

FIGO



**RECOMENDACIONES SOBRE TEMAS DE ÉTICA
EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Hechas Por El Comité Para El Estudio
de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana
y salud de la mujer de la FIGO**

NOVIEMBRE 2006

INDICE

PROLOGO

ASPECTOS GENERALES RELATIVOS A LA SALUD
DE LA MUJER Y A SU APOYO

1. El papel de los obstetras y ginecólogos en la defensa de la salud de la mujer 1999	197
2. Violencia perpetrada contra la mujer 1995	198
3. Selección del sexo para fines no medicos* 2005	199
4. Marco de referencia ética para los cuidados ginecológicos y obstétricos 1994	202
5. Directrices relativas a un consentimiento bien informado 1996	203
6. Aspectos éticos de los derechos sexuales y la reproducción 1997	205
7. Algunos aspectos éticos de la relación entre médico y paciente 1997	205
8. Directrices éticas relativas a mujeres en situación de enfermedad terminal 1999	206
9. Confidencialidad, privacidad y seguridad de la información sobre el tratamiento de los pacientes 2005	208
10. Rebanamiento genital femenino* 2006	213
11. Directrices éticas sobre la objeción de conciencia 2005	216
12. Obligaciones profesionales hacia los colegas obstetras y ginecólogos* 2006	218

ASPECTOS RELATIVOS A LA GENETICA,
INVESTIGACIÓN PRE-EMBRIONICA

1. La clonación de seres humanos 2005	219
2. Patentes de genes humanos 1997	220
3. Investigaciones sobre los embriones 2005	222
4. Directrices éticas relativas a la alteración de genes en seres humanos 1997	223
5. Donación de material genético para reproducción humana 1994	226
6. Directivas para el uso de tejidos embrionarios o fetales para aplicarlos en terapeutica clinica 1992	227
7. Análisis de predisposición genética a enfermedades del adulto 2001	228

*Estas directivas éticas son el resultado de una amplia discusión basada en una cuidadosa investigación entre el Comité para los Aspectos de Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer y el Comité sobre los Derechos Reproductivos y Sexuales de la Mujer.

ASPECTOS RELATIVOS A LA CONCEPCIÓN Y REPRODUCCIÓN

1. Directrices éticas sobre embarazos múltiples 2005	231
2. Asuntos éticos relacionados con la donación de gametos por donantes conocidos 2000	234
3. Recomendaciones relativas a la maternidad substituta 1999	236
4. Trabajos de ética relativos al diagnóstico prenatal de enfermedades del concepto 1991	237
5. Aspectos éticos de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la reproducción 1997	238
6. El virus de la inmunodepresión humana y el tratamiento de la infertilidad 2005	240
7. Aspectos éticos de la conservación criogénica de oocitos y ovarios femeninos 2005	242
8. Directrices éticas sobre la infertilidad iatrogena y autoinducida 2006	245

ASPECTOS RELATIVOS AL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL FETO

1. Directrices éticas relativas a la gestión del embarazo en caso de fallecimiento materno inesperado 1998	248
2. Aspectos éticos relativos a la cesárea por razones no medicas 1998	249
3. Directrices éticas relativas a intervenciones en pro del bienestar del feto 1998	250
4. Definición de embarazo 1998	251
5. Aspectos éticos relativos a fetos gravemente malformados 1996	252
6. Aspectos éticos de terminación del embarazo siguiendo al diagnóstico prenatal 1990	253
7. Directivas para el uso de tejidos embrionarios o fetales para aplicarlos en terapéutica clínica 1992	254
8. Recomendaciones sobre anencefalia y trasplante de órganos 1998	255
9. Directrices éticas sobre la fístula obstétrica 2006	256
10. Maternidad en condiciones de seguridad 2006	259

ASPECTOS RELATIVOS AL NEONATO

1. Directrices éticas relativas al procedimiento de extracción de sangre del cordón umbilical para su puesta en bancos de sangre 1998	262
2. Directrices éticas para resucitar a los recién nacidos 2006	263
3. Aspectos éticos del manejo de recién nacidos con malformaciones severas 1997	267

ASPECTOS RELATIVOS AL ABORTO Y A LA ANATICONCEPCIÓN

1. Consideraciones éticas sobre la esterilización 2000	269
2. Consideraciones éticas relativas al empleo de antiprogesterona 1994	272
3. La introducción de aspectos éticos de métodos anticonceptivos para el uso femenino 1997	272
4. Directrices éticas relativas al aborto provocado por razones no médicas 1998	274
5. Directrices éticas relativas a la anticoncepción de emergencia 2002	278

CUESTIONES RELATIVAS A LA PUBLICIDAD Y MERCADOTECNIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Antecedentes éticos relativos a publicidad y mercadotecnia 2003	279
2. Directrices relativas a las relaciones de los médicos con la industria 2003	280
3. Recomendaciones relativas a la información médica y la mercadotecnia en internet 2003	281

CUESTIONES ETICAS EN LA FORMACION MÉDICA

1. Cuestiones de ética en la formación médica: dones y obligaciones 2006	284
2. Cuestiones éticas relativas a la publicidad de credenciales y formación académica 2003	286

DIRECTRICES ÉTICAS QUE HAN ESTADO REMPLAZADAS:

Recomendaciones relativas a la selección del sexo 1994	
Directrices éticas relativas a la privacidad y confidencialidad en la medicina reproductiva 2001	
La clonación en la reproducción humana 1997	
Directrices éticas relativas a la clonación 1998	
Investigación en pre-embriónes 1989	
Directiva ética para prevenir los embarazos múltiples iatrogenicos 2000	
Reducción selectiva de embarazos múltiples 1989	
Aspectos éticos del cuidado del recién nacido 1991	
Aspectos éticos de la gestión de recién nacidos en el umbral de la viabilidad 1997	
Consideraciones éticas sobre la esterilización 1989	

PROLOGO

La Obstetricia y la Ginecología que tocan todos los episodios mas significativos de la vida – el nacimiento, la reproducción, el envejecimiento y la muerte – han debido enfrentar dilemas éticos imprevistos con cada avance significativo del conocimiento médico. Los dilemas morales de la Obstetricia y la Ginecología van desde la advocacia pública por las necesidades básicas de la salud y los derechos humanos de la mujer, hasta las mas intrincadas consecuencias del creciente conocimiento y uso del genoma humano.

En 1985 la FIGO estableció el Comité para el Estudio de la Etica en la Reproduccion Humana y en la Salud de la Mujer. Los principales objetivos del Comité son el contatar y estudiar los problemas éticos de tipo general que emanan de la investigación y la práctica en relación a la salud de la mujer, asi como el llamar la atención de las médicos y del público sobre estos hechos en todos los países del mundo. Desde su inicio, el Comité ha hecho recomendaciones para guiar y estimular la discusión entre los colegas en ejercicio y, en particular, para su uso por las Sociedades miembros para estimular un debate nacional y regional de asuntos éticos controversiales.

Todas las recomendaciones pueden ser publicadas, traducidas y circuladas, sin pedir permiso de publicación, siempre que se cite su origen y se incluya una introducción explicativa (ver página 196).

El Comité ha sido constituido por las siguientes personas:

Miembros del comité desde 2003 - 2006

G. Serour – Director (Egypt), J. Milliez (France), B. Dickens (Canada), J. Cain (USA), S. McLean (UK), R. A. Ramos (El Salvador), F. Shenfield (UK)

Miembros del comité desde 2000 - 2003

J. Cain – Directriz (USA), J. G. Schenker (Israel), G. Serour (Egypt), J. Barzelatto (USA), M. I. Plata (Colombia), M. Hansotia (India), S. Arulkumaran (UK), J. Milliez (France), S. McLean (UK), R. A. Ramos (El Salvador)

Miembros del comité desde 1997 - 2000

J. M. Cain – Directriz (USA), J. G. Schenker – (Israel), G. Serour – (Egypt),

P. Dunn (UK), M. Liljestrom (Finland), J. Barzelatto (USA), I. S. Plata (Colombia), M. Hansotia (India), S. Arulkumaran (UK)

Miembros del comite desde 1994 - 1997:

J. G. Schenker – Director (Israel), L. Andolsek (Slovenia), P. Baird (Canada), J. Cain (USA), P. Dunn (UK), M. Liljestrom (Finland), H. Ludwig (Switzerland), C. Macnaughton (UK), F. Manguyu (Kenya), R. Nicholson (Argentina), I. S. Plata (Colombia), R. S. Samil (Indonesia), S. Sheth (India), G. Serour (Egypt)

Observers: J. Barzelatto (USA), M. Fathalla (Egypt), J. J. Sciarra (USA)

Miembros del comite desde 1985 - 1994:

C. Sureau - Director (France), F. Beller (Germany), R. Cook (Canada), P. Correa (Senegal), J. Dionisi (Argentina), P. Dunn (UK), M. Fathalla (Egypt), H. Hathout (Kuwait), L. Lampe (Hungary), J. Lauritsen (Denmark), S. Michalas (Greece), S. Sakamoto (Japan), B. Saxena (India), J. G. Schenker (Israel), J. J. Sciarra (USA)

G. Serour

*Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana
y Salud de la Mujer de la FIGO*

*Declaración del comité a incorporar en la publicación
de las directrices éticas adjuntas*

El Comité de la FIGO para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y de la Salud de la Mujer considera los aspectos éticos de asuntos que impactan la Obstetricia, la Ginecología y la Salud de la Mujer. Las directivas que el Comité produce son el resultado de una amplia discusión basada en una cuidadosa investigación.* Estos documentos no pretenden reflejar una posición oficial de la FIGO, sino que proveer material para la consideración y debate de estos aspectos éticos de nuestra disciplina por parte de las organizaciones afiliadas y de sus miembros.

*Las directivas marcadas son el resultado de una amplia discusión basada en una cuidadosa investigación entre el Comité para los Aspectos de Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer y el Comité sobre los Derechos Reproductivos y Sexuales de la Mujer.

ASPECTOS GENERALES RELATIVOS
A LA SALUD DE LA MUJER Y

EL PAPEL DE LOS OBSTETRAS Y GINECÓLOGOS
EN LA SALUD DE LA MUJER

1. Los obstetras y ginecólogos tienen el deber ético de abogar por el cuidado de la salud de la mujer. Como facultativos, cuentan con un acervo de conocimientos que incluyen los de la salud sexual y de la reproducción. Generalmente, son los primeros profesionales a quienes se acerca una mujer con problemas de salud de su tipo. Ellos tienen por lo tanto el deber de proporcionar los cuidados propios de sus conocimientos y experiencia. La base de conocimientos y la categoría social de los médicos les colocan en una situación en que es posible influir en la política y programas que rigen la salud de la mujer.
2. Tal obligación se ve aumentada por la excepcional vulnerabilidad de las mujeres en su función rol reproductivo. La discriminación y la agresividad sociales que se basan en el género por infravaloración de la mujer pueden comprometer aun más su salud. La preocupación por el bienestar familiar puede tomar precedencia sobre la salud personal, incrementando así también sus riesgos.
3. La salud sexual reproductiva y el acceso a tratamiento médico por las mujeres se ven influidos por su excepcional exposición a la violencia, pobreza, mala alimentación y falta de oportunidades de educarse o emplearse. Todo esto obliga al obstetra-ginecólogo a actuar en pro de la elevación de la estima social de la mujer.
4. Los obstetras y ginecólogos están obligados, tanto personal como profesionalmente, a vigilar y divulgar los índices de la salud reproductiva y ofrecer los datos que sean necesarios para sensibilizar al público acerca de las cuestiones de la salud y los derechos de las mujeres. Esta función informativa no se deberá limitar a la cuantificación de los problemas, sino también a la identificación en cada país de las causas culturales y sociales que concurren para que se pueda desarrollar una que pueda mejorar la situación.
5. Si no se defienden políticas que ayuden a elevar el nivel de las

atenciones de salud de la mujer y propugnen ampliamente sus derechos, el resultado será el menoscabo de la atención individual de los pacientes por los obstetras-ginecólogos.

6. Éstos deberán tener informada a la comunidad sobre los problemas que se registren en salud sexual y reproductiva y promover amplios debates para influir en la práctica y en la legislación de la salud. Tales debates deberán extenderse a un ancho espectro de la sociedad, que comprenda a otras asociaciones médicas, organizaciones femeninas, legisladores, educadores, abogados, científicos sociales y teólogos. Además, los obstetras y ginecólogos quedan obligados a organizarse entre sí y junto con otros grupos profesionales para garantizar la disponibilidad de servicios de salud básicos esenciales para las mujeres que se encuentren en desventaja y carezcan de los debidos privilegios.

Londres, abril de 1999

VIOLENCIA PERPETRADA CONTRA LA MUJER

1. Las formas de violencia que sufren las mujeres reflejan la relación de desigualdad de poder entre ellas y los varones en distintas sociedades. Esta desigualdad reviste distintas formas, comprendido el matrimonio a edad prematura, la falta de información y de opciones sobre el control de la fertilidad, y el embarazo forzado dentro del matrimonio.
2. Se condena la violencia contra la mujer, tanto si se plantea en el escenario de culturas determinadas (tal como el de la mutilación genital femenina) o en uno doméstico (en forma de abusos por parte del cónyuge). No se trata de una cuestión particular ni familiar. La violencia contra la mujer no es aceptable sea cual fuere el ambiente en que la sufra, razones por las cuales los facultativos que atienden a las mujeres se encuentran bajo las siguientes obligaciones de índole ética:
 - i Informarse de las manifestaciones que reviste la violencia y reconocer los casos. Su documentación debe considerar la necesidad de confidencialidad para evitar que las mujeres sufran consecuencias a este respecto, cosa que, a su vez, podría requerir que los datos tomados figuren por separado y no sean identificables con las personas concretas.
 - ii Tratar los resultados físicos y psicológicos de la violencia.

- iii Afirmar a sus pacientes que los actos de violencia contra ellas no son aceptables.
 - iv Abogar por las infraestructuras sociales que proporcionen a la mujer la elección de refugiarse en lugar seguro y de asesorarse de continuo.
3. Los tipos de vulnerabilidad física, económica y social de las mujeres son fundamentalmente dañinos para el futuro de una sociedad. Si no se corrigen, no se prevendrán los perjuicios que sufrirán las futuras generaciones, y se contribuirá a que se perpetúe el ciclo de violencia. Por ende, cabrán a los facultativos que traten mujeres las siguientes obligaciones:
 - i Afirmar el derecho femenino a no padecer de violencias físicas ni psicológicas, en especial de índole sexual, ejemplos de lo cual son los crímenes de guerra en los conflictos entre Estados y la cópula sin consentimiento femenino dentro del matrimonio.
 - ii Abogar por las resoluciones no violentas en relaciones dadas recurriendo a la ayuda de asistentes sociales y otras personas a quienes corresponda en el campo sanitario.
 - iii Hacerse conscientes de los efectos dañinos de la discriminación contra la mujer que entrañan distintos sistemas sociales, e inculcárselo a los demás.
 4. Existe la necesidad de una mayor conciencia acerca de la gran magnitud que tiene el problema de la violencia contra la mujer. Los facultativos están en magnífica posición para ofrecer su ayuda. Sólo cuando se reconoce el problema es cuando se puede corregir. Por este motivo, tanto las sociedades profesionales como los facultativos tienen el deber de divulgar la información correspondiente a la frecuencia y tipo de violencia que se registren contra las mujeres.

Jerusalén, 1995

SELECCIÓN DEL SEXO PARA FINES NO MÉDICOS

Preámbulo

1. El contexto internacional de la selección de sexo se basa en un

escenario donde la mayoría de las mujeres se encuentran en desventaja en cuanto al disfrute de derechos económicos, sociales, educativos, sanitarios y otros. Las consecuencias mundiales del deseo de seleccionar el sexo de los bebés ha resultado en abusos sistemáticos de derechos, tales como el aborto selectivo de fetos femeninos, infanticidio femenino, descuido de las niñas y negativa de facilitar acceso o apoyo sanitario para las mismas. Esto ha repercutido en un desequilibrio mundial de resultados variables en la composición sexual de las poblaciones.

2. Los comités deploran toda forma de discriminación contra las mujeres y el uso de toda clase de técnicas clínicas que puedan exacerbar la discriminación contra cualquiera de ambos sexos.
3. Desde el punto de vista ético, la elección de sexo causa especial preocupación cuando está guiada por diferencias de valor de cada sexo o que esté motivada por la estereotipación convencional de los sexos.
4. En vista de las directrices de las asociaciones médicas y científicas de todo el mundo, las cuestiones éticas que se han suscitado comprenden preocupaciones por la selección de los sexos de niños por atribución de ciertas supuestas características que desean los padres, en lugar de considerar a los niños como un fin por sí mismos.
5. Los aspectos legales de la elección de sexo por razones no clínicas varían entre los países y oscilan entre ausencia de reglamentación específica y completa prohibición y estimación como actos de delincuencia.

Técnicas actuales:

1. Es posible que las técnicas que se utilizan para la selección del sexo del embrión o feto para fines no clínicos sean las mismas que para impedir minusvalías asociadas a los sexos.
2. Las técnicas de la elección de sexo se han extendido a los estadios previo y posterior a la concepción. La selección previa incluye la separación espermática. El diagnóstico genético previo a la implantación (siglas inglesas, PGD) necesita la fertilización *in vitro* y la biopsia de células de embriones. Una vez hecha la implantación, el

ADN del feto con el gen Y puede identificarse en la sangre materna mediante la reacción en cadena de la polimerasa (siglas inglesas PCR). Otros medios por los que se puede identificar el sexo del feto son el muestreo del vello coriónico (siglas inglesas CVS), la amniocentesis y la ecografía.

Directrices:

1. En general se considera clínicamente justificable la selección de sexo para evitar discapacidades genéticas relacionadas con el sexo.
2. Como la separación espermática y el PGD evitan la interrupción de embarazos en curso, podrían parecer técnicas a las que oponer menos reparos para la selección no clínica del sexo. No obstante, siendo como es que pueden resultar en discriminación de sexos, a estos respectos no son éticamente diferentes de los métodos que se emplean durante embarazos en curso.
3. Las sociedades profesionales deben garantizar que sus socios y el personal de éstos se consideren responsables del empleo de técnicas de selección de sexo, únicamente para indicaciones o fines clínicos que no contribuyan a la discriminación social sobre la base de los sexos.
4. Cuando en alguna región dada se detecte un desequilibrio marcado entre los números de las personas de ambos sexos, las sociedades profesionales deberían cooperar con los gobiernos para garantizar que se regule estrictamente la selección de los sexos para fomentar la desaparición de la discriminación entre ellos.
5. La libertad de reproducción garantiza su protección, excepto cuando su ejercicio resulte en discriminación sexual. El derecho de las personas a la libertad reproductiva necesita equilibrarse con la necesidad de proteger la igualdad de mujeres y niños en toda comunidad.
6. Prescindiendo del aspecto no clínico de la elección de sexo, cabe a los profesionales sanitarios y a sus sociedades la obligación de promover y abogar por estrategias que fomenten y faciliten la consecución de la igualdad entre los sexos.

Londres, marzo de 2005

MARCO DE REFERENCIA ÉTICA PARA LOS CUIDADOS GINECOLOGICOS Y OBSTÉTRICOS

1. Las mujeres tienden a ser vulnerables por circunstancias sociales, culturales y económicas. Este es el caso en las relaciones médico-paciente porque en el pasado, los cuidados de las mismas fueron con frecuencia dominados por el paternalismo de sus consejeros.
2. El principio de autonomía enfatiza el importante rol que la mujer debe adoptar en la toma de decisiones con respecto al cuidado de su salud. Los médicos deberán tratar de reparar la vulnerabilidad femenina, solicitando expresamente su elección y respetando sus opiniones.
3. Cuando les sean requeridas decisiones relativas a cuidados médicos, las mujeres deberán ser provistas con una información completa sobre los procedimientos alternativos disponibles, incluyendo riesgos y beneficios.
4. Cuando un médico no sea capaz de ó no desee suministrar el servicio médico descado por razones extramédicas, él o ella debe hacer todo lo posible para lograr una adecuada referencia.
5. Debido a la naturaleza íntimamente personal de los cuidados obstétricos y ginecológicos, surge la especial necesidad de proteger la confianza de la paciente.
6. Además de la provisión de los servicios médicos, los profesionales tienen la responsabilidad de considerar el bienestar de la mujer y su satisfacción psicológica, juntamente con sus cuidados ginecológicos y obstétricos.
7. En la administración de los cuidados de la salud a la mujer, la justicia requiere que todas sean tratadas con igual consideración independientemente de su situación socio-económica.

1994

DIRECTRICES RELATIVAS A UN CONSENTIMIENTO BIEN INFORMADO

1. La obligación de obtener el consentimiento bien informado de una mujer antes de someterla a una intervención médica tiene su origen en el respeto fundamental por sus derechos humanos. Se ha convenido ampliamente en estos derechos, enunciados en documentos tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), los Convenios Internacionales paralelos de Derechos Civiles y Políticos, y Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1975), la Convención Internacional para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención Internacional sobre los Derechos Infantiles (1989). La Conferencia Internacional de la Población de El Cairo (1994) también ha identificado los Derechos Humanos Sexuales de la Reproducción, que se han reafirmado en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Pekín (1995).
2. La siguiente definición (1) de lo que es el consentimiento bien informado, emana de tales derechos humanos y está respaldada por el Comité de la FIGO para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana:

“El consentimiento informado es el que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda acerca de:

 - a) La estimación del diagnóstico.
 - b) El objeto, método, duración probable y ventajas que puedan esperarse del tratamiento que se propone.
 - c) Otras formas de tratamiento, incluidas las que sean menos intrusivas.
 - d) Los posibles dolores o incomodidades, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto.”
3. Aunque este criterio está claro, el ponerlo en práctica podría ser difícil y consumiría mucho tiempo, por ejemplo en caso de mujeres de escasa educación o cuando la gran desigualdad de poderes dentro de las relaciones en una sociedad concreta menoscaban la autodeterminación de la mujer. Sin embargo, estas dificultades no

absuelven a los facultativos al cuidado de la mujer de procurar el cumplimiento de los anteriores puntos para obtener un consentimiento bien informado. Sólo la mujer podrá decidir si las ventajas que para ella tenga un cierto procedimiento a seguir merecerán la pena de los riesgos e incomodidades que pudiese sufrir. Por ejemplo, incluso cuando otros familiares piensen que son ellos quienes han de tomar la decisión, constituye obligación ética del facultativo conseguir que el derecho humano de autodeterminación se satisfaga mediante el proceso de comunicación anterior a la obtención del consentimiento bien informado.

4. Es importante tener presente el hecho de que el consentimiento bien informado no es una firma, sino un proceso de comunicación e interrelación.
5. La opinión de los niños y adolescentes objeto de intervención médica deberá estimarse dentro de las limitaciones de su nivel de desarrollo, edad y grado de comprensión.
6. Incluso cuando una mujer sea incapaz de decidir por sí misma debido a retraso o incapacidad mental, también deberá intervenir en el proceso de tomar decisiones en la máxima medida que permita su capacidad, debiéndose tener en cuenta sobre todo lo más conveniente para ella.
7. Si los facultativos, por razón de sus propias creencias religiosas o de otro orden, no desean satisfacer el anterior criterio relativo al consentimiento bien informado porque no desean ofrecer información acerca de algunas de las alternativas, como mera cuestión de respeto para los derechos humanos de sus pacientes, siempre quedarán bajo la obligación ética de transferir el caso a otros según convenga mejor, de forma que la mujer involucrada pueda obtener toda la información necesaria para decidir lo más conveniente.

Nota 1.

Resolución de las N.U. sobre Principios para la Protección de Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de la Sanidad Mental 11.2.

Ljubljana, octubre de 1996

ASPECTOS ÉTICOS DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LA REPRODUCCIÓN

Los derechos sexuales y reproductivos de las personas forman parte íntegra de los derechos humanos. Nunca se deben transferir, denegar ni hacer objeto de renuncia por razón alguna tomando como base sexo, raza, edad, idioma, religión, nacionalidad de origen, opiniones políticas ni condiciones económicas. Para las mujeres dentro de un sistema sanitario, y especialmente cuando el que dispensa los cuidados es un obstetra o ginecólogo, la declaración de los derechos humanos, sexuales y reproductivos implica ciertos imperativos éticos.

1. Las mujeres y los hombres tienen derecho a las más elevadas cotas de atenciones sanitarias en todos los aspectos de su salud sexual y reproductiva. Esto comprende el acceso a información adecuada, pertinente y precisa. Los gobiernos tienen la responsabilidad de conceder alta prioridad a las mejoras en la salud sexual y de la reproducción.
2. Las mujeres y los hombres tienen el derecho a decidir en lo que atañe a su sexualidad. La decisión de mantener o no relaciones sexuales no se debe someter a coacciones, discriminación ni violencia.
4. Las mujeres y los hombres necesitan tener acceso a métodos legales, seguros, eficaces, asequibles y aceptables de regular su fertilidad, en consonancia con su elección.
5. Las mujeres y los hombres tienen el derecho a la integridad de su cuerpo. La mutilación médicamente nociva de partes del cuerpo, asociada al sexo de una persona o a sus funciones sexuales, tal como sucede con la mutilación sexual femenina, es éticamente inaceptable.

Basilea, Mayo de 1997

ALGUNOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA RELACIÓN ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

1. Es necesario mantener una divisoria estricta entre pacientes y médicos debido al desequilibrio de poder inherente entre ellos. Dicho desequilibrio aumenta la vulnerabilidad del paciente, de forma que

existe una obligación concomitante para el médico de promover una toma de decisiones por el paciente que sea independiente y esté bien informada. La vulneración de tal divisoria destruye la situación de confianza esencial para el tratamiento sanitario y el proceso de curación.

2. Por lo anterior, es de todo punto inaceptable en todos los momentos y circunstancias una relación romántica o sexual entre el paciente y el médico que lo trata.
3. Las relaciones románticas o sexuales distanciadas de una relación activa entre médico y paciente sólo son aceptables cuando no exista dependencia residual alguna por parte del paciente.
4. Otras transgresiones de la divisoria que pueden producirse debido al desequilibrio de poder incluyen petición de asesoramiento, influencias y beneficios económicos sobre decisiones que queden fuera de contexto del tratamiento sanitario. Todos estos factores ofrecen posibilidades de que se franquee perjudicialmente la divisoria.
5. En cuanto a cuestiones económicas, tales como donaciones o cuestaciones de pacientes o de sus familias, será deseable la intervención de terceras partes para constatar si la donación se hace de libre voluntad y sin influencia sobre su independencia.

Basilea, Mayo de 1997

DIRECTRICES ÉTICAS RELATIVAS A MUJERES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

1. Los obstetras-ginecólogos pueden verse envueltos en atender a mujeres cuya muerte sea inevitable.
2. El proveedor de servicios de salud deberá tener en claro qué fines de la Medicina pueden satisfacerse en la fase terminal de la enfermedad, tales como el alivio del sufrimiento y del dolor y rodear a la enferma de las máximas comodidades. Estos factores tomarán precedencia cuando los fines de curación o remisión de la dolencia ya no puedan alcanzarse.

3. El tránsito desde las atenciones curativas a las paliativas requiere la participación prominente de médicos con conocimientos especiales de los procedimientos paliativos. No obstante, el obstetra-ginecólogo deberá continuar realizando su labor de apoyo a la paciente y su familia.
4. Deberán dilucidarse con el máximo cuidado las preferencias de la mujer en relación a su soporte vital. La elección de no intentar la resucitación se debe consultar con la paciente a medida que cambien las circunstancias de la evolución de la enfermedad, incluso cuando ya se haya registrado un parecer anterior. Tal consulta requerirá que los médicos eviten interponer sus propias tendencias sociales y culturales, a la hora de explicar a los pacientes los temas pertinentes.
5. Una decisión anterior, tal como la orden "No me resucite" no anulará la obligación del médico de proporcionar los máximos cuidados paliativos al final de la vida, incluido un adecuado control del dolor.
6. Abogar por atenciones terminales adecuadas es un importante cometido de los proveedores de servicios de salud de la mujer. Las humillaciones de la pobreza son más comunes entre las mujeres de todas las edades. Se ven abocadas a la falta de acceso a un tratamiento adecuado al final de su vida, ya en su hogar o en el hospital.
7. Las atenciones a la paciente deberán realizarse teniendo en cuenta la relación de desigualdad de poderes entre hombres y mujeres, para garantizar el respeto al derecho de la mujer a tomar sus propias decisiones al final de su vida. Deberá evitarse toda coacción o discriminación provocados por la familia o proveedores de servicios, que se basasen en razones de género y pudiesen disminuir la calidad del tratamiento.
8. Las moribundas embarazadas pueden verse enfrentadas a dilemas entre obtener las máximas atenciones paliativas para sí mismas y lograr el mayor bienestar para el feto. Esta decisión requerirá del médico que suministre una información clínica equilibrada y sin prejuicios en relación a las ventajas y perjuicios de todas las opciones posibles para la mujer misma respecto de su efecto sobre el feto.¹

¹Véanse las directrices éticas relativas a Intervenciones para el Bienestar del Feto.

9. En una comunidad, la muerte forma parte del ciclo vital. La muerte de una persona engloba a sus familiares y amigos más próximos y constituye un acontecimiento tan emotivo como importante. Teniendo en cuenta los deseos de la moribunda, que han de preponderar, debe hacerse toda clase de esfuerzos para no excluir a la familia y amigos del proceso del fallecimiento.
10. Cuando la moribunda prefiera fallecer en su hogar se deberá hacer todo lo posible dentro de lo que permita la situación, bien médica o social, para cumplir sus deseos y seguir proporcionándole las máximas atenciones paliativas que se pueda en dicho medio.
11. Las mujeres son especialmente vulnerables a padecer de un acceso insuficiente a una gestión óptima del dolor en virtud de la pobreza y de su escasa categoría social. Además, siempre pueden adolecer de la preocupación de que el gasto en aliviar sus dolores podría empobrecer a su familia. Estos factores podrían influir en que las mujeres contemplasen medios para poner fin a sus vidas, tales como suicidio asistido o eutanasia activa. El empleo de medicamentos u otros medios cuyo fin primario sea el de aliviar el sufrimiento y el dolor podrán considerarse éticos incluso cuando puedan acortar la vida. Su empleo deliberado para producir la muerte es éticamente inaceptable.

Londres, abril 1999

CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES

Antecedentes

Desde los tiempos antiguos, los médicos se han sentido profesionalmente obligados a conservar el secreto “de lo que puedan ver u oír en el transcurso de un tratamiento”. Hay dos conceptos entrelazados de confidencialidad y privacidad que son de importancia esencial en el sensibilísimo terreno de las cuestiones que se consideran en el curso del tratamiento sanitario de la mujer. La privacidad tiene un marco conceptual

más amplio, que comprende los aspectos de las decisiones, del físico y de la información. La privacidad de las decisiones afirma el derecho humano a elegir, especialmente en los tratamientos médicos, sin la intervención estatal ni de otros, en pro de la autonomía personal. La privacidad física afirma el derecho de la persona de conceder o negar permiso para su reconocimiento físico, pero incluso si el permiso se concede, sigue necesitándose cuidadosa protección contra innecesarios o embarazosos contactos o exposición del cuerpo. La privacidad de información se centra en las cuestiones de confidencialidad del tratamiento médico y es la más importante entre todas estas obligaciones éticas, especialmente en ambientes donde puede haber acceso informático, acceso de los seguros, acceso del gobierno y múltiple procuraduría de los suministradores sanitarios al acceso a los antecedentes del paciente.

Las mujeres son particularmente vulnerables a daños personales o discriminación cuando se infringe la confidencialidad, especialmente en circunstancia de violencia doméstica, enfermedades de transmisión sexual o pruebas previas a la resolución. Por sus mayores riesgos por tales infracciones de confidencialidad, existe la obligación de los profesionales sanitarios para garantizársela en mayor medida.

Ya se ha reconocido que los modernos principios de protección de los datos personales tienen importantes consecuencias para el debido almacenamiento, gestión y procesamiento de los datos personales. Estos principios exigen lo siguiente:

- Que los datos sean precisos y estén al día
- Que los datos almacenados sean adecuados, pertinentes y escuetos
- Que los datos se muestren al paciente para que verifique su veracidad
- Que los datos se procesen equitativa y legalmente
- Que los datos no se almacenen durante más tiempo de lo que requieran los intereses del paciente
- La protección de los datos requiere lo siguiente:
 - (i) Seguridad contra indebido acceso a ellos
 - (ii) Rápido acceso a ellos en interés del paciente
 - (iii) Seguridad contra pérdida o destrucción accidentales

La información clínica que se obtenga durante el tratamiento de los pacientes es muy importante para atenderlos y para mejorar los servicios sanitarios, la salud pública y los progresos de la investigación médica. Compartir información cuando el paciente sea menor de edad o incompetente podría suscitar preocupaciones especiales sobre la confidencialidad. Además, cuando la información relativa al estado de salud de una persona tenga graves repercusiones sobre la salud de los demás, podrá presentarse el dilema de si desacatar o no la obligación de confidencialidad para evitar daños a terceros.

Los pacientes competentes tienen derecho a acceder a su historial médico y a que se interpreten para ellos los datos, así como a objetar a la inclusión de informaciones concretas. Los pacientes también tienen derecho a corregir toda información fáctica inexacta que aparezca en su historial. Si los pacientes quieren que se borre información y esto afectase palpablemente a sucesivos tratamientos, los médicos deberán informarles de los efectos deletéreos de eliminar la información y escribir una nota al respecto en el registro de información al paciente.

Los progresos en informática ofrecen a un tiempo la promesa de hacer más accesible al paciente en interés de éste, pero también mayor riesgo de que se vulnere la privacidad y confidencialidad del individuo. Además, las exigencias de información sanitaria por parte de las compañías de seguros médicos, organizaciones legales u otras entidades podrían oponer otro reto a conservar la confidencialidad.

Junto con los más tradicionales principios de privacidad y confidencialidad, los principios de proteger los datos añaden otro nivel de seguridad a la información particular. Esto es, que cuando las entidades públicas tengan acceso legítimo a los datos particulares, quedarán obligadas a deberes de confidencialidad. Esto significa que el almacenamiento de datos, por ejemplo en archivos o en registros electrónicos, podrá hacerse dentro del derecho de propiedad del personal médico o, por ejemplo, de hospitales o clínicas, pero de manera que la información continúe en control del paciente identificado. El personal e instituciones médicas son fideicomisarios de la información y están sometidos a deberes éticos de gestión concienzuda en pro de los pacientes.

Recomendaciones

1. Los pacientes tienen derecho prioritario al control de la confidencialidad de sus datos.
2. Los médicos y entidades clínicas deben garantizar que los datos que conserven de los pacientes sean exactos, completos y escuetos, para su almacenamiento.
3. Los pacientes competentes tendrán derecho a acceder a su historial médico, a la interpretación del mismo y a objetar a que se incluyan en él informaciones concretas.
4. Todo facultativo tiene el deber de respetar y salvaguardar los derechos particulares de sus pacientes a la privacidad y confidencialidad de su información clínica en todo escenario, incluidos los no oficiales (por ejemplo conversaciones en vestíbulos, ascensores, reuniones sociales, publicaciones y conversaciones).
5. La seguridad de la información clínica, especialmente cuando se retransmite entre instituciones o a los pacientes que poseen medios de correo electrónico, requiere estricta adhesión a los protocolos de seguridad y a los de protección de datos. Además, el médico deberá defender la continua mejora de la seguridad de los sistemas electrónicos de grabación.
6. No todos los componentes de un equipo médico tienen derecho al acceso a la información de los pacientes: no obstante, una vez conocida, cabe a todos ellos la misma obligación de confidencialidad.
7. Cuando la salud de un paciente tenga consecuencias nocivas para otros, el médico tendrá obligación de consultar con la persona y obtener su consentimiento para que la información pueda comunicarse a quienes sea menester. En caso de amenaza directa e inmediatamente identificable contra la vida de una persona concreta, el médico tendrá derecho a informar de los riesgos a quienes corresponda.
8. Generalmente, los pacientes tendrán derecho a ser informados sobre la salud de los menores que dependan de ellos y participar en la toma de decisiones. Sin embargo, el desarrollo de la capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias se encuentra en continua evolución, y, en los casos en que el menor entienda las cuestiones

médicas, el médico quedará justificado para vedar información a la familia del menor. Esto también corresponderá cuando la revelación de la información pueda conducir a perjudicar directa y gravemente al menor.

9. No se comunicará información alguna sobre el paciente a compañías de seguros ni a sus representantes médicos, ni tampoco a otras entidades, si no se cuenta para esto con el consentimiento expreso y bien informado de la persona de que se trate.
10. Debe hacerse el máximo esfuerzo para que se garantice la confidencialidad de los historiales cuando su vulneración pueda repercutir sobre la seguridad personal de una mujer o sobre su acceso a tratamiento médico. Esto podría necesitar que se mantengan registros por separado o códigos de separación relativos a aspectos sensibles, garantía de la privacidad y particularidad de conversaciones con el personal clínico y claros mecanismos para la comunicación de resultados o pruebas, que deberán convenirse con cada mujer. La separación de historiales y mediante códigos podría comprometer el régimen sanitario de la persona, pero esta posibilidad deberá debatirse con ella.
11. La información sanitaria se deberá facilitar para investigaciones médicas y la mejora de los sistemas sanitarios, siempre y cuando que se mantenga anónima.
12. Muchas de las circunstancias que rodean a los encuentros médicos de otro modo confidenciales, podrían poner en peligro la confidencialidad. La identidad de una clínica, el membrete en la carta de un paciente, el color de los comprimidos anticonceptivos y otros particulares podrían identificar información clínica que hubiera debido ser confidencial. Hay que atender a estas pistas secundarias que rodean a los encuentros médicos para conservar la confidencialidad y son parte esencial de garantizar al paciente su confidencialidad en los tratamientos clínicos.
13. Incluso cuando un médico no tenga relación con un paciente, toda información clínica que reciba sobre él deberá mantenerse en régimen de estricta confianza.

Luxor, noviembre de 2005

REBANAMIENTO GENITAL FEMININO

1. El rebanamiento genital femenino se refiere a la mutilación genital o circuncisión femenina y es un problema mundial. Se practica en todos los continentes del mundo. Se estima que entre 100 y 140 millones de jovencitas y mujeres del planeta han sido sometidas a una forma u otra de rebanamiento genital. A pesar de todos los esfuerzos para que se abandone esta práctica, se estima que hasta 3 millones de niñas y jovencitas son sometidas a ella en el África subsahariana, Egipto y el Sudán.
2. Aunque esta ablación se está ilegalizando cada vez más en el ámbito mundial, no ha disminuido el número de niñas que la sufren. Los gobiernos no tienen medios para vigilar su propagación y práctica.
3. El rebanamiento es físicamente invasivo y emocionalmente perjudicial. Se asocia a complicaciones inmediatas que ponen en peligro la vida de la niña, así como con complicaciones a largo plazo, que pueden afectar gravemente a su salud reproductiva, sexual y mental.
4. No existen pruebas históricas que indiquen en qué continente empezó el rebanamiento ni qué tipo de procedimiento fue el primero. Fue practicado por los fenicios, hititas, etíopes y antiguos egipcios.
5. Son varios los factores culturales que apoyan la continuación de esta costumbre, y comprenden las identidades culturales y de los sexos, la creencia de que controla las funciones sexuales y reproductivas de la mujer, creencias en limpieza e higiene y creencias de que favorece la virginidad y la castidad, así como el placer sexual de los hombres.
6. Las alegaciones de que la religión exige esta costumbre están refutadas por la mayoría de los líderes religiosos y fes, comprendida el Islam, que prohíben la violación del cuerpo humano y el sacrificio de la salud y bienestar particulares sin ventaja alguna para el bienestar de la comunidad.

Aspectos Éticos

1. Según afirma la resolución de la FIGO en Montreal, en 1994, el

rebanamiento genital femenino es antiético y viola los principios de los derechos humanos.

2. La autonomía presupone el derecho de las personas a tomar las decisiones que les afectan a ellas mismas. El rebanamiento suscita conflictos entre las decisiones de los padres, que se arrogan las de sus hijos, las de los menores que dependen de ellos y los profesionales sanitarios. Quedan en cuestión el sacrificio de niñas inocentes, generalmente entre los 4 y los 10 años de edad, debido a las creencias de sus padres, y que requiere una protección especial para ellas.
3. El rebanamiento genital femenino vulnera los derechos humanos hasta las cotas más altas de la salubridad, así como la integridad física en ausencia de todo recurso médico.
4. El tratamiento médico del rebanamiento, incluso cuando pueda reducir los riesgos físicos inmediatos, desdeña sus complicaciones físicas y psicológicas, y sigue ofendiendo a los principios éticos de los derechos humanos, y muy especialmente los derechos de los niños. Crea una aprobación tácita que sólo impulsa este comportamiento, en lugar de la desaprobación consuetudinaria y el desánimo a cambiar los comportamientos.
5. El rebanamiento es un caso extremo de la discriminación sexual, como medio de control de la sexualidad femenina. Niega a las niñas y a las mujeres el pleno derecho a disfrutar de su integridad personal, tanto física como psicológica, así como de sus derechos y libertades.
6. El rebanamiento es el abuso irreparable e irreversible de la hembra infantil. Vulnera el derecho a la protección de las niñas, contra lo que indican los principios éticos de la beneficencia, la justicia y la evitación de maleficencia.

Recomendaciones

1. Los niños deben disfrutar de la oportunidad de desarrollarse físicamente de forma saludable, recibir adecuada atención médica y vivir protegidos de toda forma de violencia, lesiones, abusos y mutilaciones. Estos derechos no deben sacrificarse a interpretaciones culturales perjudiciales. Esto supone una obligación para los profesionales sanitarios y programadores políticos de promover la

concienciación pública de que es posible abandonar costumbres perjudiciales sin abandonar los aspectos relevantes de sus culturas.

2. La mejor forma de extirpar esta costumbre sería el aleccionamiento del público, de los profesionales y practicantes de la salud, líderes de las comunidades, educadores, científicos sociales, activistas de los derechos humanos y otros que ponen en práctica estas actuaciones, con el fin de que disparen la concienciación sobre el alcance del problema y los peligros del rebanamiento sexual femenino.
3. Para llegar a lo que se contempla, son muy convenientes las asociaciones con líderes religiosos para corregir las malas interpretaciones de la religión y el rebanamiento sexual, demostrando que éste no es parte de ninguna exigencia religiosa.
4. La cesación del rebanamiento sexual femenino necesita de cooperación a niveles nacionales e internacionales.
5. Los organismos de las Naciones Unidas (comprendidos UNICEF, UNFPA, OMS), así como la FIGO y otras entidades, ya han tomado medidas para la abolición de esta costumbre. Las sociedades filiales de la FIGO deben asociarse a ésta y a los organismos internacionales para promulgar firmes directrices, de manera que sus socios no participen en estas actividades.
6. Deberá impartirse tratamiento a las mujeres de todas las edades que hayan sufrido la rebanación sexual, comprendidos los estadios de embarazo y alumbramiento, con toda simpatía, respeto y cuidados basados en las pruebas médicas. Según las legislaciones de los lugares donde corresponda, a las mujeres debidamente informadas que hayan sido infibuladas y que, tras parir soliciten particularmente su resuturación, no deberá rehusárseles tratamiento. No obstante, los facultativos deberán explicar las ventajas de la desfibulación, advirtiéndoles a la mujer que no se exponga de nuevo a la sutura. También debe acentuarse que todos los procedimientos rebanadores sufren la condena profesional.
7. El tratamiento médico de las mujeres sometidas al rebanamiento deberá ser condenado a todos los niveles nacionales e internacionales. Cabe a todas las entidades y organizaciones profesionales aconsejar a sus socios y a todos los trabajadores sanitarios que no practiquen el

rebanamiento sexual de las mujeres, exigiendo responsabilidades por tal actividad antiética.

Londres, marzo de 2006

DIRECTRICES ÉTICAS SOBRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Antecedentes

2. El principal compromiso de los obstetras y ginecólogos (“los facultativos”) es el de servir al bienestar y salubridad reproductiva de las mujeres. Los facultativos que se vean incapaces de cuidar de sus pacientes con medios indicados por la Medicina por razones personales de conciencia, no dejarán por ello de ser éticamente responsables ante ellos. Cuando los facultativos se sientan obligados a poner sus intereses personales de conciencia ante los intereses de sus pacientes, se encontrarán ante un conflicto de intereses. No todos los conflictos pueden evitarse, pero cuando no puedan ser evitados, podrán resolverse mediante franca revelación; esto es, los facultativos deberán informar a sus posibles pacientes de los tratamientos a los que ellos mismos se oponen por motivos personales de conciencia.
3. Los facultativos tienen el deber de informar a sus pacientes de todas las opciones médicas que se les ofrecen en su tratamiento, comprendidas las opciones en que los propios facultativos se niegan a participar. Cuando el paciente elija alguna de estas últimas opciones, los facultativos se regirán por el Marco Ético de los Tratamientos de Obstetricia y Ginecología (1994), cuyo párrafo 4 dice así:

“Si, por razones no clínicas, el médico fuese incapaz o se mostrase remiso a ofrecer un servicio médico deseado por el paciente, deberá hacer todo lo posible para referir el caso a personas adecuadas.”
4. Los facultativos tendrán tanto derecho a tratar como a negarse a tratar clínicamente a sus pacientes con arreglo a su conciencia personal. Como profesionales debidamente formados y autorizados, les cabrá la obligación de aplicar el entendimiento profesional de la ciencia médica y reproductiva, sin superponer diferentes

caracterizaciones de procedimientos basándose en sus creencias personales.

5. Cuando, en una emergencia, sólo se puedan salvar las vidas de los pacientes o su salud física o mental mediante procedimientos a los que objete el facultativo, y éste no pueda referir a tiempo a los pacientes a facultativos no objetantes, el facultativo deberá ceder ante la prioridad de las vidas, salud y bienestar de los pacientes, efectuando o participando en los procedimientos indicados.

Directrices

1. El deber de conciencia primordial de los obstetras y ginecólogos (“facultativos”) será en todo momento el de tratar o beneficiar o impedir el daño de los pacientes de cuyo cuidado son responsables. En el tratamiento a los pacientes, toda objeción de conciencia será secundaria al antedicho deber primordial.
2. El suministro de beneficios y la prevención de daños requiere de los facultativos que proporcionen a tales pacientes acceso a tiempo a servicios clínicos, comprendidos los de informar acerca de las opciones médicas indicadas para su estado o de procedimientos para sus cuidados en los que el facultativo objete a participar por motivos de conciencia.
3. Recae sobre los facultativos el deber profesional de observar las definiciones determinadas científica y profesionalmente, con el cuidado e integridad necesarios para no desfigurarlas o descaracterizarlas por mor de creencias personales.
4. Los facultativos tienen derecho a sus convicciones de conciencia, respecto a proceder o no a tratamientos legales y a no sufrir discriminación sobre la base de sus convicciones.
5. El derecho de los facultativos a que se respeten sus decisiones a la hora de elegir los procedimientos clínicos en los que participen requiere que ellos, a su vez, respeten las decisiones de sus pacientes, dentro del abanico de opciones clínicamente indicadas para tratarlos.
6. Los pacientes tienen derecho a ser referidos a otros facultativos obrando de buena fe, respecto a los procedimientos clínicamente

indicados para el tratamiento al que el facultativo objeto y a facultativos que no tengan objeción al mismo. La transferencia de servicios no constituye participación en ninguno de los procedimientos convenidos entre los pacientes y los facultativos a quienes sean transferidos.

7. Cuando el facultativo no pueda referir sus pacientes a otros facultativos a tiempo y el retraso pueda poner en peligro su salud y bienestar, tal como cuando la paciente padezca de un embarazo que no desee (véase la Definición de Embarazo, Recomendaciones sobre Cuestiones Éticas en Obstetricia y Ginecología de la FIGO, página 251, relativa a que el embarazo “comienza con la implantación del concepto en la mujer”).
8. En situaciones de emergencia y para conservar la vida o la salud física o mental, los facultativos deberán proporcionar a sus pacientes los tratamientos clínicamente indicados que elijan sus pacientes, prescindiendo de las objeciones personales de los facultativos.

Agosto de 2005

OBLIGACIONES PROFESIONALES HACIA LOS COLEGES OBSTETRAS Y GINECÓLOGOS

Recaen sobre los obstetras y ginecólogos las responsabilidades relativas a mujeres de todas las edades. En el transcurso de los tratamientos competentes, responsables y basados en pruebas fidedignas dentro de los oportunos parámetros legales, los facultativos de las sociedades afiliadas se han enfrentado a intimidaciones y abrogación de sus derechos humanos y civiles. Constituye obligación profesional de todas las sociedades afiliadas y sus socios abogar por los derechos y seguridad de cada obstetra y ginecólogo para que ejerzan sus profesiones dentro de la ley y con protección contra interferencias e intimidaciones de todas clases, gubernamentales o no.

ASPECTOS RELATIVOS A LA GENETICA, INVESTIGACION PRE-EMBRIONICA

LA CLONACIÓN DE SERES HUMANOS

Antecedentes

1. En 1997 se registró el primer nacimiento de un mamífero mediante Transplante Somático de Núcleos de Células (TSNC), concretamente de la oveja Dolly, demostrándose así la factibilidad de la reproducción asexual de los mamíferos. Además existe información del éxito en la clonación de otros mamíferos, lo que apoya las probabilidades de que la clonación pueda generar seres humanos.
2. Esta técnica presenta un escaso índice de éxitos, con gran proporción de abortos espontáneos, y complicaciones tales como el riesgo de numerosa progenie y el fallo del sistema inmunológico. Por lo dicho, prácticamente todos los científicos consideran que el TSNC no encierra condiciones de seguridad. En sí, esto constituye una avasalladora objeción para la utilizarlo en la reproducción humana en estos momentos.
3. Las investigaciones sobre el TSNC es necesaria, puesto que esta técnica puede impedir el rechazo de células donadas y puede ser un instrumento excepcional para comprender los desórdenes genéticos. En su mayoría, los científicos están de acuerdo en que deben continuarse las investigaciones del TSNC en seres humanos, por lo menos para fines de clonación terapéutica.

Recomendaciones

1. Es importante la formación del público sobre las diferencias entre la clonación reproductiva y terapéutica (o para “investigaciones”).
2. La clonación para producir personas humanas mediante el TSNC no es aceptable sobre la base de la seguridad personal. Las investigaciones con animales podrían justificarse éticamente por sus posibles ventajas para los seres humanos.
3. Se fomenta la investigación de células madre de embriones humanos,

producidos mediante el TSNC para producir diferentes cadenas celulares con fines terapéuticos a objeto de aliviar el sufrimiento humano, dentro de lo que dispongan las directrices éticas.

Luxor, noviembre de 2005

PATENTES DE GENES HUMANOS

Antecedentes

1. En los próximos años se conocerán todos los eslabones de la cadena del genoma humano. Los gobiernos han instituido sistemas de patentes para fomentar las innovaciones. La patente proporciona al inventor derechos exclusivos en monopolio durante cierto tiempo, a cambio de revelar a todo el mundo los particulares del invento, de forma que éste entre a formar parte del acervo general de conocimientos.
2. Debido a las inversiones en investigación fomentadas por la posibilidad de obtener patentes se dispone ahora de muchos productos y procesos beneficiosos, comprendidos eficaces agentes preventivos y terapéuticos contra graves enfermedades. Sin embargo, la legislación sobre patentes está orientada a tratar con materia inerte y ahora es necesario estimar si es conveniente actuar de igual manera con los genes humanos.
3. Las decisiones correspondientes se toman actualmente en las oficinas de patentes, que no están estructuradas para tomar en cuenta las más profundas consecuencias sociales, sanitarias, económicas y éticas de patentar genes humanos.
4. Hay muchos que consideran que el genoma humano pertenece a todos y que permitir la privatización de ciertas secuencias de genes mediante patentes es una injerencia en el patrimonio común. Da mayor peso a esta opinión el hecho de que gran cantidad del trabajo fundamental de investigación y aperebimiento del ADN se ha realizado por organizaciones de investigación que trabajan con fondos del contribuyente y por instituciones benéficas.

5. Si se permite patentar los genes humanos o fragmentos del genoma, esto podría tener efectos económicos distributivos para ciertos países y entre países. El dinero y el poder se acumularán en los dueños de tales patentes, que con gran probabilidad serán compañías multinacionales.
6. También existe el peligro de que la necesidad de compensación por las grandes inversiones realizadas por tales compañías conduzca a una mercadotecnia de agresión y a un uso prematuro y abuso de sondas y productos genéticos. Incluso aunque las aportaciones privadas del sector proporcionan gran parte de los fondos de investigación y desarrollo en este campo, el permitir que los intereses particulares se apoderen de los genes humanos podría no ser conducente al bien común.

Recomendaciones

1. Los gobiernos y la comunidad internacional tienen la responsabilidad de proteger los intereses públicos en este campo.
2. Entre tanto, las oficinas de patentes deberán actuar con gran cautela y toda prudencia a la hora de hacer sus evaluaciones. Éstas deberán incluir las consideraciones de posibles repercusiones globales de carácter nacional e internacional.
3. La forma en que tratemos la adjudicación de patentes de los genes humanos tiene consecuencias para la humanidad. Se trata de un problema mundial, que ninguna nación puede resolver por sí sola.
4. Por lo anterior, exhortamos al organismo de las Naciones Unidas en particular y a los sistemas de pública elección en general, a que sometan a estudio y debate los temas correspondientes, de forma que se pueda decidir sobre ellos democráticamente y teniendo en cuenta el bien público a largo plazo.

Basilea, mayo de 1997

INVESTIGACIONES SOBRE LOS EMBRIONES

Antecedentes

1. Desde principios del decenio de 1980, han venido publicándose estudios sobre las células madre embrionarias de animales. Se han ofrecido investigaciones y empleo terapéutico de la diferenciación celular para la regeneración de tejidos frente a una serie de enfermedades graves pero corrientes.
2. Las células madre conservan su potencia de autorrenovación y diferenciación en uno o varios tipos de células. Pueden obtenerse en embriones, sangre del cordón umbilical, fetos o adultos. En los seres humanos pueden obtenerse de embriones supernumerarios (en la fase de blastocito) en ciclos de fertilización in vitro, embriones criados de novo a partir de gametos donados o posiblemente de embriones clonados mediante Transplante Somático de Núcleos Celulares (siglas inglesas SCNT).
3. La investigación con embriones es necesaria para mejorar los tratamientos de fertilidad. Los ensayos con animales manifiestan una promesa de elucidación de la utilidad de las técnicas a partir de células madre par combatir muchas enfermedades, así como para mejorar los tratamientos de fertilidad. Sin embargo, existen preocupaciones concretas acerca del uso de embriones humanos en las investigaciones, que se derivan de la categoría incierta de la implantación previa del embrión en la mayoría de las sociedades.
4. Los dilemas éticos rodean a la necesidad de la creación de embriones con fines específicos de investigación. La creación e investigación de embriones previamente implantados especialmente con fines de investigación sólo serán aceptables cuando la información no pueda realizarse en embriones supernumerarios ya existentes.
5. Es imprescindible que no exista coacción ni inducción indebida sobre mujeres ni hombres para que donen esperma, oocitos ni embriones para realizar investigaciones con ellos.
6. Cuando los embriones se crean de novo, una importante preocupación es la fuente de obtención de oocitos con fines del SCNT. El procedimiento conlleva más riesgos para las hembras,

quienes necesitarán ser protegidas cuidadosamente mediante el suministro de información sobre las consecuencias de su donación.

7. Las nuevas técnicas, tales como la maduración in vitro ofrecen otras alternativas para crear oocitos. Los oocitos inmaduros se pueden obtener del tejido ovárico de los fetos, niños y mujeres en situación pre y postmenárgica. Las consecuencias éticas relativas a cada una de dichas fuentes son complejas y controvertidas.

Recomendaciones

1. Para las posibilidades de investigación con uso de embriones, deberá conseguirse consentimiento específico a la hora de tomar gametos.
2. En programas de fertilización in vitro, deberá recabarse el consentimiento de los que reciban los embriones resultantes, respecto del empleo de los embriones supernumerarios para fines de investigación.
3. No deberían crearse embriones para investigación a menos que exista una necesidad demostrada de estudios planificados, que deberán presentarse ante el comité de ética para su evaluación y revisión entre colegas. También deberán continuar las investigaciones sobre otras alternativas de tratamiento.
4. Las mujeres deberán ser protegidas contra toda coacción o influenciación indebidas, especialmente cuando se encuentren en situación vulnerable por motivos médicos, psicológicos o económicos.
5. Como los oocitos son recursos escasos para las mujeres estériles y para la investigación, su adjudicación a aquéllas o ésta requerirán justificación ética.

Luxor, noviembre de 2005

DIRECTRICES ÉTICAS RELATIVAS A LA ALTERACIÓN DE GENES EN SERES HUMANOS

1. Los rápidos progresos de la información científica acerca del genoma

humano y la creciente capacidad para manipular el ADN han suscitado numerosos debates relativos a la forma en que estos conocimientos debieran aplicarse a las personas. Como la aplicación de los conocimientos científicos a la reproducción humana cae dentro de la esfera de la obstetricia y ginecología, es importante que los especialistas estén al tanto de las abundantes consecuencias éticas de peso que inciden en el posible uso de la genética.

2. Se ha empleado la expresión “terapia genética” para referirse a la modificación del ADN humano con distintos fines. Dicha expresión es una tergiversación, pues implica esencialmente que todas las modificaciones constituyen “terapias”. Sólo podrá denominarse propiamente “terapia genética” una modificación genética que se dedique a aliviar el padecimiento de un individuo que sufra una enfermedad.
3. La alteración de los genes humanos puede caer en tres categorías, cada una de las cuales tiene distintas repercusiones. Existe la alteración genética de las células somáticas para tratar enfermedades (terapia genética), alteración genética de la línea germinal, y alteración genética no terapéutica (mejora de los genes).
4. Alteración genética de las células somáticas para tratar enfermedades.
 - (i) Como el material genético alterado no se introduce en las células germinales, la alteración no se transmite a generaciones sucesivas. La alteración somática genética suscita importantes cuestiones de igual forma que lo hacen las investigaciones en seres humanos y de otras terapias experimentales nuevas. Por esta razón, todos los proyectos de investigación que propongan la alteración del ADN o de células somáticas en sujetos humanos para fines terapéuticos deberán revisarse previamente para su aprobación por parte de una junta ética de investigación debidamente constituida por las autoridades nacionales (según se describe más abajo). Los aspectos a evaluar en el examen deberán incluir datos detallados relativos a seguridad y riesgos, así como si existe un consentimiento totalmente informado de la situación y las medidas tomadas para proteger la confidencialidad.
 - (ii) Los proyectos de investigación en que se altere el ADN de células somáticas sólo podrán considerarse en caso de graves desórdenes que produzcan una gran debilitación de la persona o puedan

conducir a su fallecimiento prematuro, y no puedan tratarse debidamente por otros medios.

- (iii) Si los resultados de los proyectos de investigación de esta terapia genética tuviesen éxito, podrían hacerse futuras propuestas para la alteración de genes de células somáticas del feto en el útero. Tales propuestas requerirán un escrutinio suplementario para asegurarse de que se respeta la autonomía de la mujer y no se suscita una relación adversaria entre la mujer y su feto.
5. Alteración genética de la línea germinal

Esto involucra cambiar los gametos de una persona, de forma que el cambio genético se transmita a generaciones sucesivas. En la actualidad no existen técnicas para la alteración de genes específicos con precisión, con fiabilidad y seguridad. Cuando los procreadores potenciales tienen genes mutantes, es posible identificar entre sus cigotos aquellos que no han heredado el alelo o alelos mutantes. Entonces ellos tienen la oportunidad de que sus cigotos normales se implanten en el útero. Dado el estado actual de los conocimientos y su desarrollo inmediatamente predecible, es más seguro y apropiado transferir al útero cigotos no afectados por el gen de la enfermedad, que proceder a identificar los cigotos afectados, intentar alterar su ADN e implantarlos después. Por este motivo y en estos momentos, las investigaciones que comprendan la alteración del ADN de los cigotos humanos o del óvulo o espermatozoides empleados para formar un cigoto que vaya a implantarse en el útero, no serán éticamente aceptables y no se deberán permitir.
 6. Modificación genética no terapéutica (mejora genética)

Esto comprende el intento de mejorar un conjunto genético ya saludable introduciendo un gen de “mejora” (por ejemplo, altura, inteligencia, color de los ojos). Se han suscitado muchos aspectos del criterio de acceso a esta clase de tecnología y cuáles serían las consecuencias sociales de permitir que sea el mercado quien determine el uso de tal tecnología.

Existe un potencial de lucro en el mercado para tales tecnologías: sin embargo, en este campo las personas no poseen los conocimientos necesarios para proteger sus propios intereses. Los riesgos

involucrados, sin suficiente justificación para correr tales riesgos, inducen a concluir que la investigación en sujetos humanos que involucra alteración del ADN para fines de “mejora” no es éticamente aceptable, por lo que no debe ser permitida.

7. En resumidas cuentas, queda claro que la aplicación de alteraciones a los seres humanos suscita la posibilidad de daños y explotación de personas. Por este motivo, todos los países tienen el deber de establecer unos límites e instituir una autoridad con base legal para supervisar las actividades realizadas en este campo y tomar cuentas a su respecto.

Ljubljana, octubre de 1996

DONACIÓN DE MATERIAL GENÉTICO PARA REPRODUCCIÓN HUMANA

1. La donación de material genético, sea éste espermatozoides, óvulos ó pre-embriónes, para generar un hijo, motiva una cantidad de publicaciones, tanto éticas como sociales, religiosas y legales.
2. La donación de material genético ha sido preferentemente utilizada para el tratamiento de la infertilidad. También se la ha empleado en el tratamiento de la insuficiencia ovárica, el manejo del aborto habitual, trastornos genéticos, disfunción eyaculatoria, en mujeres solteras deseosas de tener un hijo biológico y para el logro de la fertilidad post-menopáusica.
3. Cuando se utiliza la donación de material genético, es necesario considerar los intereses del niño tanto como los de la pareja receptora y el donante. Por esta razón, en algunos países se prohíbe la donación de material genético a mujeres solteras. El Comité consideró que ésta debe ser primordialmente una decisión cultural y legal.
4. En los países donde se permite la donación de material genético, es necesario que ésta sea regulada teniendo en cuenta la relación entre los padres biológicos y los sociales, el almacenaje y la disposición del material genético (p.ej. estado legal del pre-embrión), el resguardo de

los intereses del niño, la calidad del manejo médico y reglas relativas a la preservación de los datos registrados.

5. La donación de material genético debería ser altruista y libre de la explotación comercial. Sin embargo es adecuada una razonable compensación por legítimas expensas.
6. No debería emplearse material genético para donación, sin el formal consentimiento escrito del donante, el receptor y su pareja legal (excepto en casos de mujeres solteras). El retiro del consentimiento podrá ser aceptado en ciertas circunstancias (ej. divorcio).
7. Los donantes de material genético deberían ser personas sanas, en edad reproductiva, libres de enfermedades de transmisión sexual y de trastornos hereditarios. No deberá emplearse material genético de una persona fallecida, salvo que exista la disposición escrita del donante. Los miembros del equipo médico que actúa en el tratamiento de un receptor no deberían ser sus donantes.
8. El número de donaciones de cualquier donante soltero debería ser limitado para evitar el futuro peligro de consanguinidad y/o incesto.
9. El material genético donado, en general, no debería emplearse para extender el período natural de la vida reproductiva por el riesgo potencial que significa para la mujer.

1994

DIRECTIVAS PARA EL USO DE TEJIDOS EMBRIONARIOS O FETALES PARA APLICARLOS EN TERAPEUTICA CLINICA

El empleo de tejidos embrionarios o fetales o el trasplante celular para mejorar o curar enfermedades, debe ser considerado con las mismas reglas que se aplican a los trasplantes terapéuticos en general. Sus procedimientos y la investigación relativa al mismo, deben ser permitidos. El tema de los trasplantes terapéuticos de tejidos o células debe mantenerse separado del debate por el aborto. La obtención de los tejidos necesarios debe ajustarse a las leyes y reglamentaciones locales, las que, por lógica, varían en los diferentes países.

Las siguientes directivas se entregan para asegurar que la decisión de una mujer de terminar con un embarazo no sea influenciada por el subsecuente empleo de los tejidos embrionarios o fetales donados.

1. La decisión final de terminar un embarazo debe ser previa a la discusión relativa al uso potencial de tejidos embrionarios o fetales para investigación o aplicación terapéutica clínica.
2. La decisión sobre las técnicas empleadas para la inducción de la terminación del embarazo deben basarse únicamente en la idea de la seguridad de la embarazada.
3. El receptor de los tejidos no debe ser designado por el donante.
4. Los tejidos embrionarios o fetales no deben ser provistos para beneficio económico.
5. Los médicos que realicen la terminación del embarazo no deben poder beneficiarse con el subsecuente empleo de los tejidos embrionarios o fetales.
7. Debe obtenerse el consentimiento informado para el empleo de los tejidos embrionarios o fetales, sea para la investigación o para su empleo en terapéutica clínica.

1992

ANÁLISIS DE PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A ENFERMEDADES DEL ADULTO

Antecedentes

1. Los análisis de predisposición genética a enfermedades del adulto hoy en día cubren un amplio espectro, desde una alta probabilidad de contraer una enfermedad letal a un ligero incremento en el riesgo de contraer una enfermedad de fácil tratamiento. La capacidad de analizar varias predisposiciones a enfermedades y condiciones del adulto (tales como la obesidad) está expandiéndose con rapidez. La precisión de la mayor parte de los diagnósticos genéticos está aún en desarrollo o actualmente no se conoce.

2. El uso de estos análisis de predisposición y cómo prevenir sus efectos negativos, tales como la discriminación social y económica basada en estas pruebas, es una preocupación ética. Las pruebas que definen diferentes grupos en la sociedad (p.ej. aquellos que muestran ciertas predisposiciones en sus genes y aquellos que no) crea la posibilidad de discriminación social, dada la propensión que las culturas tienen a definir la aceptabilidad social mediante una multitud de características evitables y no evitables. Esta información también puede utilizarse para calcular el riesgo de la edad de comienzo de enfermedades, lo que puede influir en la posibilidad de casarse, de obtener empleo o de asegurarse. A causa de estos riesgos es apropiada la existencia de directrices nacionales e internacionales para el uso de los análisis de predisposición.
3. El análisis de predisposición en niños puede ser problemático porque no se sabe qué opción relativa a esta información preferirían como adultos.
4. La investigación de la predisposición y el desarrollo de pruebas genéticas de predisposición presentan cuestiones de confidencialidad únicas, puesto que el acceso a los resultados puede afectar la salud del individuo y la de su familia genética.
5. El acceso al análisis de predisposición plantea problemas únicos de salud internacional, particularmente cuando el gene se ha identificado en la población de un país en vías de desarrollo. Si el acceso a esta información puede causar una diferencia importante en la longitud y calidad de vida (por ejemplo, evitando la exposición a ciertas medicinas ante un diagnóstico de deficiencia enzimática o haciendo cambios pertinentes en los hábitos) el corolario es la obligación de asegurar el acceso a la población que proporcionó la información genética.

Recomendaciones

1. No se deberían ofrecer o efectuar análisis de predisposición sin consentimiento informado. El consentimiento informado para análisis de predisposición es distinto de otros análisis para obtener diagnósticos, dada la compleja interacción de causas genéticas y

ambientales que influyen en la aparición de una determinada enfermedad.

2. Los análisis de predisposición en la infancia deberían limitarse a aquellas condiciones en las cuales el tratamiento en la infancia influiría o mejorará significativamente la presentación de la enfermedad
3. El consentimiento informado requiere el asesoramiento de un especialista en genética antes y después del análisis (independientemente de si se ha encontrado predisposición o no). Si no se obtiene un asesoramiento en profundidad antes del análisis se puede causar un daño personal y familiar significativo. En particular se ha de explorar con el individuo antes del análisis la influencia de la información recibida, tanto positiva como negativa, en las elecciones relativas al cuidado de la salud de sus familiares genéticos.
4. La confidencialidad del análisis y de los resultados es crítica. En casos en los que las opciones de los miembros de la familia sobre sus propios análisis se pueden predicar de los resultados de los análisis individuales la confidencialidad de la información y a quién se distribuye ha de decidirse antes de efectuar los análisis. Aún cuando se elija la confidencialidad, los individuos necesitan que un especialista les comunique que su comportamiento puede ser un signo tan claro como la revelación del diagnóstico para los miembros de su familia.
5. Los investigadores deberían ofrecer a los individuos que participan en la investigación de análisis de predisposición genética la oportunidad de establecer si ellos mismos desean información sobre los resultados, teniendo en cuenta que en muchas investigaciones el significado y precisión de los resultados puede aún estar en desarrollo. Además, los sujetos deberían tener oportunidad de señalar si miembros de sus familias genéticamente relacionados deberían tener acceso a la información, si ellos así lo desean y si esta información puede influir de modo significativo en su cuidado médico.

Londres, junio del 2001

ASPECTOS RELATIVOS A LA CONCEPCIÓN Y REPRODUCCIÓN

DIRECTRICES ÉTICAS SOBRE EMBARAZOS MÚLTIPLES

Introducción

1. En años recientes se ha apreciado un espectacular incremento de embarazos múltiples en todo el mundo. Por ejemplo, en algunos países se ha acusado el doble de nacimientos de mellizos y el cuádruple de trillizos, sobre lo registrado en los últimos veinte años. El aumento relativo de embarazos aún más numerosos ha sido todavía mayor.
2. No cabe duda de que el máximo factor determinante de este fenómeno es la ovulación producida por fármacos y la múltiple transferencia de embriones en el tratamiento de la infertilidad.
3. También se han agudizado los tratamientos de infertilidad por factores tales como enfermedades de transmisión sexual y la tendencia a embarazos en edades tardías.
4. Los embarazos múltiples conllevan consecuencias muy graves para la mujer y su progenie, así como para la familia y la comunidad en general, y especialmente para los recursos exigidos a los servicios sanitarios neonatales, cuando éstos son limitados o no existen.

Recomendaciones:

1. Mediante más investigaciones, debe hacerse todo lo posible para impedir la infertilidad. Es necesario impartir a tiempo información y aleccionamiento sobre los riesgos de la prevención de la infertilidad. Además se requiere urgentemente investigación y formación para mejorar los resultados de las técnicas de reproducción asistida.
2. Los facultativos deben asumir su propia responsabilidad de mejorar al máximo su proceder, con vistas a evitar embarazos múltiples.
3. Recae sobre los obstetras y ginecólogos la responsabilidad de concienciar a sus clientes y al público en general de los muchos riesgos que suscitan los embarazos múltiples, especialmente desde

trillizos en adelante, por cuanto su gestión requiere una experiencia que puede no existir en algunos medios rurales y pequeñas poblaciones.

4. En caso de múltiple preñez, las parejas que busquen tratamiento contra la infertilidad deben ser informadas por escrito de los riesgos tan numerosos como complejos y de imprevisibles consecuencias para la mujer y su progeñe. Los consejos también pueden ser impartidos por equipos perinatales experimentados.
5. El uso indebido de fármacos para inducir la ovulación es el que produce muchos embarazos múltiples iatrogénicos. Por ende, no deberá proceder el uso de dichos fármacos sin previa familiaridad con las indicaciones para el mismo, sus efectos secundarios contraproducentes y los métodos para supervisar y prevenir preñeces múltiples iatrogénicas.
6. Los obstetras y ginecólogos que utilicen técnicas reproductivas asistidas, bien por inducción de la ovulación o por el trasplante de ovarios deberán procurar embarazos únicos. En condiciones óptimas, deberá procederse al trasplante de embriones únicos, tras disponer de un buen programa de conservación criogénica. Cabe a las organizaciones profesionales nacionales e internacionales la responsabilidad de impartir recomendaciones para fomentar los buenos métodos de disminuir los casos de embarazos iatrogénicos múltiples. Deberán crearse centros autorizados o acreditados con certificación para que se alcancen baremos uniformes de alta calidad práctica.
7. Para supervisar y regular la práctica profesional, la auditoría de estas técnicas deberá comprender no sólo el índice de fertilizaciones conseguidas, sino también estadísticas de nacimientos con éxito de bebés vivos fruto de embarazos únicos., de la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales, de los nacimientos prematuros, de poco peso de los bebés al nacer, de discapacidades a largo plazo entre la progeñe y el empleo de reducciones del número de fetos. Las parejas deberán tener acceso a estadísticas homogéneas de su centro local y de estadísticas nacionales e internacionales.
8. Los riesgos para la madre y los hijos desde trillizos en adelante se

deberán manifestar y debatir con la pareja. Durante el debate se deberá poner en su conocimiento la disponibilidad, práctica y consecuencias de la reducción del número de fetos.

9. Las clínicas y facultativos que discutan en público sus resultados obtenidos evitarán anunciar como un éxito los embarazos múltiples, sino mencionarlos como una complicación del tratamiento. Los medios de comunicación deberán ser informados de que la opinión profesional más autorizada considera que los embarazos múltiples son una complicación.

Reducción del número de fetos

Recomendaciones:

1. Los embarazos múltiples de número superior a mellizos conllevan alto riesgo para la mujer y para sus fetos, pues pueden producirse partos prematuros con alto riesgo de muerte o defectos en los neonatos.
2. La prioridad clínica deberá seguir la pauta de una cuidadosa planificación y supervisión del tratamiento de infertilidad, a efectos de evitar o reducir el número de embarazos múltiples. No obstante en caso de presentarse esta situación, desde el punto de vista ético deberá considerarse preferible reducir el número de fetos en vez de no actuar.
3. Clínicamente, la reducción del número de múltiples fetos no se considera como interrupción de la preñez, sino como un procedimiento para conseguir los mejores resultados.
4. La información que se facilite deberá incluir los riesgos que existen para las madres y los fetos en los dos casos de reducción del número de fetos o sin ella, comprendidos los de abortos espontáneos. Se debe comunicar a la pareja que, tanto si deciden reducir el número de fetos como no hacerlo, se les proporcionará el mejor tratamiento que se pueda ofrecer.

Londres, marzo de 2005

ASUNTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA DONACIÓN DE GAMETOS POR DONANTES CONOCIDOS (DONACIONES DIRECTAS)

1. Asuntos éticos relacionados con la donación anónima de gametos han sido considerados por este Comité¹. Estas directivas son complementarias. Se refieren a situaciones en que los recipientes son seleccionados por personas que les son conocidas (donaciones directas). Situaciones que son poco discutidas en documentos de análisis ético.
2. Las demandas para donación directa de semen son poco frecuentes debido a la disponibilidad de técnicas micromanipulativas avanzadas para la reproducción asistida, Sin embargo, el alto costo y la poca disponibilidad de tecnologías avanzadas en apices en desarrollo son razón para demanda de donaciones directas.
3. La demanda para donaciones directas de oocitos esta en aumento, debido al número limitado de donantes y al creciente número de mujeres que requieren donación de oocitos por falla ovárica.
4. Donaciones directas pueden solicitarse por diversas razones que incluyen el conocimiento del estado de salud, caracteres genéticos, personalidad y características sociales y culturales.
5. Muchos recipientes de donaciones de oocitos pueden tener fuertes preferencias por una donación anónima en vez de directa. Ellos parecen más inclinados a mantener la privacidad, en comparación con los que eligen un donante directo.
6. La confidencialidad difiere en donaciones directas respecto de las anónimas, porque los conocimientos relativos al origen genético del hijo potencial son conocidos no sólo por los profesionales de la salud involucrados sino que también, por lo menos, por el donante y el recipiente. En consecuencia, la confidencialidad esta determinada no sólo por la reeglamentación legal y la ética médica, sino también por las relaciones entre las partes involucradas.
7. Un hecho de la mayor importancia en las donaciones directas de gametos es la protección de los intereses del posible hijo, así como los

¹*Donation of Genetics Material for Human Reproduction* 1993. Published Int J Gynecol.

del recipiente y las del donante y su pareja. Cuando los recipientes solicitan la donación, los consentimientos informados del donante y del recipiente deben considerar los problemas específicos que surgen del hecho que tanto el donante como el recipiente conocen el origen genético del niño. Las relaciones entre donantes y recipientes pueden ser influenciadas por la donación de muy diversas maneras.

8. De ser posible, debe ofrecerse evaluación psicológica y consejería al donante y su pareja. El impacto potencial de la relación entre donante y recipiente debe ser explorada. El donante debe estar en conocimiento acerca de cualquier plan potencial y de contactos futuros entre donante, recipiente y el niño.
9. El interés del niño requiere una profunda discusión sobre los efectos de este tipo de secreto familiar sobre su desarrollo psicológico. Como el origen genético del niño es conocido por el donante y el recipiente, el dilema de informar o no al niño es aun más difícil que en el caso de una donación anónima. Aun si la intención del recipiente es de no informar al niño, existe siempre el riesgo que la verdad sea revelada accidentalmente o por desaveniencias familiares, de una manera que no sea la más apropiada para el niño. En consecuencia, se debe alentar a las potenciales donantes y recipientes a que enfrenen las posibles consecuencias de una eventual revelación al niño, antes de iniciar el procedimiento.
10. Los potenciales donantes y recipients deben ser aconsejados para que busquen asesoría legal independiente. Se les debe alentar a que lleguen a un acuerdo formal que describa los asuntos críticos posible y los derechos y responsabilidades de todas las partes. El acuerdo debe incluir el qué hacer con los oocitos que no sean utilizados.
11. Los donantes de gametos conocidos deben ser sometidos a los mismos requisitos de selección que los donantes anónimos. Los recipientes de gametos de donantes conocidos no deben tener la opción de eliminar ninguno de estos requisitos. El donante potencial debe tener el derecho a mantener la confidencialidad de esta selección. Los recipientes no deben ser advertidos que la confidencialidad absoluta puede ser problemática, ya que los recipientes saben de la selección y pueden asumir que hay un riesgo de salud si la donación no es posible.

12. El consentimiento informado para una donación directa debe obtenerse sin la presencia del recipiente. Los médicos deben tratar de determinar si los donantes directos están motivados por presiones indebidas, por coerción o por beneficio financiero y, en tales casos, el médico debe rehusar a continuar con la donación.
13. El informar a los niños resultantes de donaciones de gametos directas acerca de su origen genético es una importante protección para evitar una futura consanguinidad accidental. El médico debe asegurarse que el donante no tiene relación de consanguinidad con el recipiente de un grado que pudiera configurar un incesto.

Londres, mayo de 2000

RECOMENDACIONES RELATIVAS A LA MATERNIDAD SUBSTITUTA

El Comité Permanente de la FIGO sobre Aspectos Éticos de la Reproducción Humana discutió aspectos de la maternidad substituta y confeccionó la siguiente declaración:

- (1) Hasta el momento el Comité tiene firmes reservas sobre la práctica de la substitución.
- (2) El Comité estuvo consciente que la substitución, por lo general, puede violar ciertos valores familiares.
- (3) La substitución puede ser aplicada solamente en casos muy limitados de indicación especial (opinión mayoritaria).
- (4) El Comité consideró que debe prestarse una especial atención al principio ético de protección a la madre substituta, la cual puede ser explotada por su situación socio-económica.
- (5) La autonomía de la madre substituta debe ser respetada y los acuerdos para la substitución no deben ser comerciales (organizados por intermedio de agencias.)
- (6) La substitución, cuando es conducida por médicos en forma individual, debe ser previamente aprobada por un comité de ética y practicada bajo supervisión médica estricta.

- (7) Cuando se realice esta práctica, debe prestarse completa atención a las leyes del país involucrado y los participantes deben ser exhaustivamente informados sobre la posición legal.

1998

TRABAJOS DE ÉTICA RELATIVOS AL DIAGNOSTICO PRENATAL DE ENFERMEDADES DEL CONCEPTO

El diagnóstico prenatal se ha convertido en un servicio establecido para el cuidado de la mujer embarazada. Futuros avances, especialmente a nivel molecular, ampliarán la exactitud y el panorama diagnóstico de enfermedades manifiestas y también de la susceptibilidad para enfermarse en la vida posterior. Dicha información puede llevar a la terminación del embarazo, la aplicación de ingeniería genética ó a cambios en el futuro estilo de vida. Existe también el peligro potencial de estigmatización ó discriminación contra los padres ó el niño afectado por algún desorden ó potencial desorden.

1. Los procedimientos para el diagnóstico prenatal tales como la biopsia del corion vellosos, amniocentesis y cordocentesis, presentan riesgos para el feto. Estos riesgos, incluyendo la existencia de resultados falsos positivos ó negativos, pueden ser exactamente controlados por el resultado del diagnóstico que sigue al nacimiento ó al aborto. Un control similar puede seguir a la investigación diagnóstica en pre-embriones.
2. Un beneficio potencial del diagnóstico prenatal es el posible rechazo del concepto enfermo, cuando tal cosa es requerida por la mujer y permitida por la ley. La posición legal y la actitud deseada por la mujer para la terminación del embarazo, deben ser previamente averiguadas.
3. Antes de emprender procedimientos diagnósticos, la mujer debe ser ilustrada sobre los riesgos y beneficios de la técnica a emplear. Tal información debe ser exacta, respetuosa de la perspectiva de la mujer y no coercitiva. Se debe obtener el consentimiento para el empleo del procedimiento.

4. No se debe negar a la mujer la posibilidad del diagnóstico prenatal porque ella no quiera aceptar previamente la terminación de su embarazo como una opción. Tampoco las técnicas deben ser descartadas por motivos sociales ó económicos.
5. El diagnóstico prenatal puede resultar del empleo de un método específico de diagnóstico ó del control rutinario del embarazo, usando ultrasonido u otro test de control. La necesidad de información y consentimiento se aplica igualmente al empleo de estas últimas técnicas.
6. Las mujeres que acepten el empleo de procedimientos de diagnóstico prenatal, deben establecer de antemano que parte de la información resultante desean ignorar durante el resto del embarazo. Esta información puede ser la relativa al sexo del feto. También puede aplicarse al conocimiento de la existencia de enfermedad ó malformación fetal en circunstancias, legales ó personales, que no permitan ó justifiquen la terminación del embarazo como una opción.

1991

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y LA REPRODUCCIÓN

1. La infección por el VIH es una enfermedad contagiosa de graves consecuencias sociales y psicológicas para la mujer, su marido y familia, y para el equipo sanitario y la sociedad en general. Sus características incluyen un prolongado período de latencia, alta morbilidad y mortalidad y un estigma social. Además, no se ha encontrado vacuna ni tratamiento curativo para él. Se puede producir su transmisión vertical de la madre al feto, o al niño a través de la leche materna. La incidencia de esta transmisión se puede reducir mediante el tratamiento con drogas.
2. Estos hechos llaman poderosamente la atención hacia el conflicto ético existente entre las condiciones de privacidad y confidencialidad del paciente y la necesidad de proteger a sus compañeros sexuales, el equipo sanitario y el público de una enfermedad contagiosa mortal.

3. Como la enfermedad tiene posibilidades de alcanzar proporciones epidémicas, la consideración preponderante del control de la infección para la totalidad de la población incide en una tensión de los límites de los derechos personales. Además de programas educativos agresivos, pueden considerarse otras medidas imperativas, tales como la detección antenatal y la revelación confidencial de la existencia del VIH a los compañeros sexuales y al personal sanitario sometido al riesgo de contagio. La información relativa al número de personas seropositivas deberá estar a disposición de los encargados de la sanidad pública.
4. Las personas a quienes se informa de su estado seropositivo sufren de una grave secuela psicológica, comprendido el conocimiento de estar sentenciados a muerte. Además, en tal situación es ineludible la discriminación personal relativa a vivienda, trabajo y seguros de vida y salud. Los médicos tienen el consiguiente deber de suministrar no sólo asesoría y cuidados individuales a tales pacientes, sino abogar públicamente para su protección contra actos punitivos y falta de equidad.
5. Aunque se aprecia la importancia de la confidencialidad y privacidad del paciente, esto no rebaja la responsabilidad ética de éste para impedir daños a otros. Deberá obtenerse un consentimiento bien informado antes de hacer las pruebas de la infección del VIH e impartir la información resultante. Mediante el oportuno asesoramiento se deberá hacer el máximo esfuerzo para inculcar a cada paciente de sus responsabilidades ante los demás, comprendida la importancia de que tal información pueda emplearse para proteger a sus compañeros sexuales y personal sanitario. Si a pesar de todos los esfuerzos no se obtuviese un consentimiento y el riesgo de transmisión fuese alto en ciertas circunstancias, tras oportuna consulta podría justificarse la transgresión de la confidencialidad del paciente.
6. La tecnología de la reproducción asistida requiere la donación electiva de gametos, embriones o embarazo subrogado. Debido a la naturaleza electiva de esta tecnología, podrán realizarse pruebas serológicas y asesoramiento confidenciales y únicamente será posible la inclusión de aquellos que se encuentren en estado negativo respecto al VIH. Para proteger los intereses de los que podrían ser expuestos

al virus, incluso los posibles niños resultantes, sólo se permitirá la participación de personas seronegativas.

7. Alimentación al pecho: En las sociedades en que existan métodos seguros y asequibles de alimentación infantil, no sería ético que una madre infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana alimente a su hijo al pecho. Cuando existan riesgos de que otros métodos de alimentación también sean peligrosos, el equilibrio de riesgos del niño podría justificar éticamente su alimentación al pecho.

Ljubljana, octubre de 1996

EL VIRUS DE LA INMUNODEPRESION HUMANA Y EL TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD

Antecedentes

1. Durante los últimos 20 años, la epidemia del VIH ha determinado 20 millones de muertes, a menudo de jóvenes en edad de reproducción. La creación de regímenes antirretrovirales eficaces ha conducido a un gran aumento de las esperanzas y calidad de vida de las personas infectadas con el VIH durante los 10 años pasados (en total, 39 millones con mayoría de mujeres y sobre todo en edad reproductiva), junto con una notable reducción de la transmisión perinatal del virus, cosa que ha cambiado las perspectivas de reproducción de los pacientes afectados por esta enfermedad.
2. El riesgo de la transmisión de madres a hijos puede reducirse desde un 15 – 35% hasta menos del 2% con el tratamiento antirretroviral, especialmente durante el tercer trimestre, con la evitación de alimentación mamaria y un parto cuidadosamente planificado en sus fases y tiempos.
3. En los países que disfrutan de abundantes recursos, un excepcional aspecto del tratamiento antirretroviral ha sido el de un espectacular aumento del número de hombres infectados por el VIH y del número de mujeres que piden reproducción asistida y consejos sobre cómo concebir en seguridad. En estos momentos, la reproducción asistida para parejas afectadas por el VIH debe restringirse a centros

especializados en esta afección, Sin embargo, cuando la enfermedad pasa a ser SIDA, la prognosis y riesgos devienen tan graves que no se deberá ofrecer reproducción asistida.

4. El hecho de que el peso de los efectos del VIH recae sobre países que no pueden permitirse el tratamiento antirretroviral tiene graves repercusiones éticas. En las naciones carentes de recursos esto se complica con el hecho de que los servicios médicos básicos pueden no ser accesibles a los pacientes. Además, en tales naciones, el riesgo de transmisión del paciente al personal sanitario y entre madre e hijo es aún mayor, en vista del limitado acceso a los servicios que previenen el contagio.
5. A la hora de decidir sobre la oferta de tratamientos contra la infertilidad en parejas infectadas, hay varios factores a considerar. Comprenden la infección horizontal a la pareja no infectada, la esperanza de vida de la persona infectada, la anuencia del paciente, cuestiones de comportamiento y estilos de vida de alto riesgo y la red de apoyo, en caso de que la persona infectada enferme seriamente o fallezca.
6. Es imprescindible el aleccionamiento acerca de la transmisión vírica y su prevención, comprendida la formación de los suministradores de servicios y los consultores. Cuando lo aconseje una relativa infertilidad, será importante impartir formación acerca de medidas preventivas, tales como protegerse en todo momento durante el coito, la inseminación intrauterina con esperma lavado y otras técnicas.

Recomendaciones

1. Hay que esforzarse por convencer a todas mujeres y hombres en edad de reproducirse de las ventajas clínicas de conocer su estado respecto al virus de la inmunodeficiencia humana.
2. Es imprescindible ofrecer a las mujeres (y a los hombres) con VIH, o cuyos compañeros den positivo, el asesoramiento más conveniente cuando deseen reproducirse, de forma que quede protegida su propia salud, la de sus compañeros y la de la progenie. Tienen probada eficacia los tratamientos de parejas seropositivas mediante reproducción asistida, que reduzca las probabilidades de riesgo de la

mujer y sus descendientes, por lo que es ético ofrecer estas técnicas en los casos oportunos.

3. Se deberá promover el acceso a tratamientos antirretrovirales y a las técnicas de reproducción asistida de todas las poblaciones que sufren el VIH, así como a los pacientes seropositivos, sobre una base equitativa.
4. Toda restricción al acceso a la reproducción asistida deberá explicarse claramente, sin basarse en ninguna discriminación. Las mujeres, comprendidas las trabajadoras sexuales, tienen el derecho humano a optar por su comportamiento sexual.
5. Es de máxima importancia la información y acceso del público a los medios de prevenir el contagio del VIH para mujeres y hombres en todas las fases de su vida reproductiva, y esta cuestión necesita la dedicación de todas las organizaciones asociadas y facultativos particulares. Los que dispensan tratamientos sanitarios a personas seropositivas tienen la obligación de garantizar que su quehacer no conlleve riesgos para sus pacientes.
6. Es imprescindible la prevención mediante el suministro de información sobre comportamientos de alto riesgo. Deberá acentuarse la necesidad de comportamientos responsables para no propagar el virus e impedir su contagio a los niños por nacer, comprendida la aceptación de tratamientos antirretrovirales durante el embarazo.

Luxor, noviembre de 2005

ASPECTOS ÉTICOS DE LA CONSERVACIÓN CRIOGENICA DE OOCITOS Y OVARIOS FEMININOS

El tema de la supervivencia al tratamiento del cáncer a largo plazo durante la infancia y en los años reproductivos de la mujer se está haciendo muy común por causa del deseo de conservar la fertilidad con vistas a futuros alumbramientos. Aunque es posible el almacenamiento y fertilización de embriones in vitro para que opte a ella una pequeña proporción de mujeres con compañeros conyugales y disponibilidad de recursos

económicos, el éxito cada vez mayor de la conservación y transplante criogénico de ovarios y oocitos, ofrece un abanico más amplio de opciones de cara al futuro.

También deben considerarse los asuntos subyacentes del acceso, coste y eficacia que se derivan de la donación de esperma para la conservación criogénica de oocitos y ovarios. La cuestión de dar esperanzas infundadas en el tratamiento del cáncer, tales como que un individuo podrá sobrevivir para contemplar su propia progenie, presenta problemas éticos para los adultos que contemplan esta opción. Los problemas de ética se complican cuando los padres intentan suplantar a sus hijos en la toma de decisiones.

El tratamiento del cáncer es el fin médico, y los riesgos de retrasarlo para inducir el estímulo y recolección de ovarios o su transplante deben considerarse cuidadosamente sin que repercutan perceptiblemente en tal tratamiento.

La estimación del éxito a largo plazo de la conservación de la fertilidad dependerá de la naturaleza y duración del tratamiento del cáncer. Algunos tratamientos resultarán en la irradiación del útero o su extirpación, no dejando al paciente otra opción que la delegación de la preñez como único medio de transmitir sus gametos. Esto se debe tomar en cuenta al debatir estas técnicas.

Recomendaciones:

1. Siempre que las condiciones de la mujer lo hagan practicable, la técnica más normalizada y eficaz se debe ofrecer en plan de FIV o de congelar embriones.
2. Por el momento, la conservación criogénica del tejido de los ovarios y oocitos sólo ofrece una eficacia bastante incierta. El acceso a tales técnicas innovadoras debería limitarse a condiciones de investigación de esmerado diseño, con eficaz evaluación de resultados.
3. En los experimentos en que todavía son insuficientes la experiencia o investigación acumuladas, los médicos tienen una mayor obligación de enmarcar las ventajas y riesgos, de forma que los padres y otros individuos comprendan que las ventajas esperadas nunca han de ser posibles de alcanzar.

4. Los médicos tienen la obligación de llevar las investigaciones hasta su punto de éxito y eficacia, junto con la averiguación de sus posibles riesgos, tales como la transmisión de células malignas en los tejidos tratados criogénicamente conservados, es decir, en la conservación criogénica de oocitos y ovarios.
5. Claridad sobre los costes, comprendido el de almacenamiento a largo plazo; asimismo deben trazarse plazos de tiempo para uso o destrucción, que deberán anunciarse al comenzar a considerar estas opciones.
6. El cáncer puede presentarse en cualquier momento de la vida de una persona, por lo que es importante la claridad de las disposiciones relativas a la conservación criogénica. En primer lugar, cuando el cáncer afecte a adultos. En este caso, el afectado tendrá derecho a dar o no dar su consentimiento a la conservación, siempre que sea legalmente competente para tomar tal decisión. Cuando no lo sea, a menos que la ley le otorgue un representante con la debida autoridad para tomar la decisión en su nombre, no se permitirá el almacenamiento de sus tejidos. Cuando se trate de un niño muy pequeño, corresponderá a los padres la toma de decisiones en pro de los mejores intereses del niño. Sea o no ventajosa para el niño la posible conservación de la capacidad futura de su reproducción, será materia de discernimiento. En su decisión, los padres habrán de sopesar los riesgos inmediatos de la obtención de oocitos u ovarios frente a la conservación de la futura reproducción para sus hijos. A la hora de retirar y guardar los tejidos, deberá ofrecerse suficiente información a la persona joven cuando llegue a una suficiente madurez para decidir. No deberá presumirse que las personas cancerosas por debajo de la edad de decisión pero próximas a ella no son capaces de formar sus propios juicios. Los jóvenes con madurez suficiente suelen encontrarse en las mejores condiciones para tomar decisiones y se les debe permitir hacerlo si comprenden la información pertinente para basar en ella su decisión.
7. Como el cáncer puede acaecer en cualquier edad, los médicos deberán ser muy conscientes de la capacidad de consentimiento a la conservación criogénica dentro de la legalidad.
8. El deseo de tener hijos en el futuro no debe limitarse a los que poseen

medios u oportunidades basados en su economía o situación geográfica para tener acceso a ellos. Los médicos tienen la obligación de hacerse una base de pruebas sobre la que desarrollar el programa de aportación de fondos.

Londres, marzo de 2005

DIRECTRICES ÉTICAS SOBRE LA INFERTILIDAD IATROGÉNICA Y AUTOINDUCIDA

Antecedentes:

1. La infertilidad iatrogénica es la causada por los actos de los médicos, comprendidas las reacciones ante medicamentos recetados o tratamientos clínicos o quirúrgicos. La infertilidad también puede resultar de daños producidos por otros o por la misma paciente sobre sí.
2. Los tratamientos perjudiciales y la gestión indebida de distintas prácticas, tales como la mutilación genital femenina, la fístula obstétrica, métodos populares de tratar la infertilidad, la hidrotubación y la cirugía pelviana innecesaria pueden resultar en adherencias en la pelvis, causantes de infertilidad iatrogénica.
3. En los países desarrollados, la infertilidad iatrogénica se estima culpable del 5% de la infertilidad masculina y femenina. En los países en vías de desarrollo se estima que la proporción de infertilidad iatrogénica y autoinducida es superior a la de los desarrollados. Esto puede deberse a algunas costumbres culturales y ancestrales para el tratamiento de la infertilidad, tales como la mutilación genital femenina y una mayor prevalecencia de la fístula obstétrica y de las sepsis siguientes a distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos contra la infertilidad, tales como la inseminación intrauterina y, en algunos casos, la recolección de oocitos en las técnicas de reproducción asistida.
4. La infertilidad iatrogénica puede presentarse como efecto secundario de distintas prácticas obstétricas y ginecológicas, tales como la histerectomía para hemorragias posteriores al parto, raspados

excesivos, radio y quimioterapia para distintas enfermedades malignas durante la infancia y edad reproductiva, extensa cirugía, enfermedades benignas o malignas del útero u ovarios, adherencias postoperatorias para cirugía de la pelvis y extensas perforaciones ováricas en pacientes con síndrome policístico ovárico.

Directrices:

1. En algunas circunstancias no se puede evitar la infertilidad iatrogénica, pues se presenta como efecto secundario de procedimientos médicos o quirúrgicos. En tales casos, constituye deber para los obstetras y ginecólogos tomar todas las medidas necesarias para aminorar la presentación de tales casos. Los obstetras y ginecólogos deben garantizar que las mujeres sepan los riesgos que corren.
2. Los ginecólogos y cirujanos que practiquen cirugía pélvica en jovencitas y mujeres jóvenes en la edad de reproducirse deben recordar que la utilización de técnicas y precauciones microquirúrgicas resultan en una reducción al mínimo de la formación de adherencias pélvicas.
3. Lo ginecólogos y cirujanos deben recordar asimismo que todos los tratamientos diagnósticos y terapéuticos de la infertilidad deben seguir técnicas estrictamente asépticas, por sencillos que sean.
4. Aunque las barreras contra la prevención de adherencias son capaces de reducirlas después de operaciones quirúrgicas, no eliminan del todo la formación y reformación de adherencias. Se debe fomentar la investigación médica para prevenir dichas formaciones y sus reproducciones.
5. Cuando sea posible, deberán ofrecerse a las pacientes con hemorragia posterior al parto otras alternativas de tratamiento de que se pueda disponer, tales como con prostaglandinas, ligamento de los vasos ilíacos o embolización de los vasos uterinos o bien la sutura de Lynch, antes de someter a las pacientes a histerectomía como último extremo.
6. Siempre que sea posible, a las mujeres jóvenes que no hayan terminado de formar su pleno hogar familiar y sufran de

enfermedades benignas de los órganos reproductores, deberán dispensárseles alternativas técnicas conservadoras de la fertilidad y cirugía tendente a preservarla.

7. Los pacientes con formas tempranas de enfermedades malignas en sus órganos reproductores y que no hayan podido formar un hogar familiar pleno, deberán ser aconsejados sobre las alternativas que ofrece la cirugía, a partir de los hallazgos en este campo. Si optasen por conservar su fertilidad, deberá concertarse un constante seguimiento de su estado.
8. Deberán tomarse medidas para prevenir los riesgos de fallos ováricos prematuros. Esto podrá conseguirse antes de recurrir a la radio o quimioterapia de estados malignos, mediante la transposición ovárica o la conservación criogénica de embriones, oocitos o tejido ovárico. Cuando pueda hacerse, el subsiguiente autoinjerto de cualquier tejido ovárico, embriones o gametos descongelados tras su conservación criogénica deberá debatirse con los pacientes y/o sus padres o tutores, comprendidos los riesgos probados.
9. Se deberá hacer el máximo esfuerzo para practicar los mejores tratamientos obstétricos de las mujeres, especialmente en regiones con escasos recursos. La mejora de los tratamientos pre y perinatales de las embarazadas y la disponibilidad de los tratamientos obstétricos de emergencia contribuirán a impedir la fístula obstétrica, que resultaría en infertilidad iatrogénica.
10. La dotación de decisión a las mujeres y la formación sanitaria del público sobre distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva – en especial de las niñas en edad escolar –, así como el asesoramiento prematrimonial, los peligros de los métodos ancestrales, el aborto con riesgos, la fístula obstétrica y la mutilación genital femenina también deberán contribuir a aminorar la infertilidad iatrogénica o de otra clase.

Londres, marzo de 2006

ASPECTOS RELATIVOS AL EMBARAZO,
LA MATERNIDAD Y EL FETO

DIRECTRICES ÉTICAS RELATIVAS A LA GESTIÓN
DEL EMBARAZO EN CASO DE FALLECIMIENTO
MATERNO INESPERADO

1. Una vez declarada fallecida la embarazada por muerte cerebral o cuando se estima inminente su fallecimiento por insuficiencia de sus funciones circulatorias y respiratorias, la vida y bienestar del feto se convertirán en materia de urgente consideración.
2. Hasta tanto que no se llegue a una decisión sobre la actuación a seguir, deberá hacerse todo tipo de esfuerzos para mantener la circulación y ventilación de la madre, a menos que se sepa que el hacerlo así sería contrario a sus deseos recientes y claramente explícitos.
3. He aquí las posibles opciones:
 - a) Operación cesárea inmediata.
 - b) Continuación de los esfuerzos para mantener las funciones circulatorias y respiratorias de la madre, de forma que el feto pueda madurar.
 - c) Interrupción de asistencia a la circulación y respiración materna.
4. Entre las circunstancias a considerar se encuentran las siguientes:
 - a) En qué medida es viable el feto.
 - b) El probable estado de salud del feto.
 - c) Todo deseo expresado por la madre.
 - d) La opinión de su compañero y/o familiares.
5. En caso de incapacidad de sostener las funciones de los órganos vitales de la mujer, deberá recurrirse de inmediato a la cesárea, puesto que todo retraso aumente las probabilidades de menoscabo del feto, pero a condición de que no concurren las siguientes excepciones:
 - a) Que la intervención fuese contraria a los recientes y claramente explícitos deseos de la mujer.
 - b) Que el feto sea demasiado inmaduro o sea probable que su estado de salud sea malo.

6. La preservación del embarazo para que el feto adquiriera mayor madurez requerirá labor de asesoramiento y consejería con el compañero y/o familiares de la mujer para que puedan otorgar un consentimiento informado.

Londres Septiembre de 1988

ASPECTOS ÉTICOS RELATIVOS A LA CESÁREA
PRACTICADA POR RAZONES NO MÉDICAS

1. En todo el mundo y desde hace muchos años, la profesión médica viene preocupándose por el aumento del índice de partos por cesárea. Hay muchos factores de índole médica, legal, psicológica, social y económica que han contribuido a este aumento. Los esfuerzos encaminados a reducir la excesiva práctica de este procedimiento han sido desalentadores.
2. La cesárea es una intervención quirúrgica que comporta posibles peligros para la madre y para el niño. También requiere mayores recursos médicos que el alumbramiento vaginal normal.
3. Los médicos tienen el deber profesional de abstenerse de realizar lo que pueda perjudicar a sus pacientes. También les cabe la obligación ética ante la sociedad de adjudicar juiciosamente los recursos sanitarios a métodos y tratamientos para los que existan claras pruebas de que son netamente beneficiosos para la salud. Los médicos no están obligados a realizar intervenciones que no conlleven ventajas desde el punto de vista médico.
4. En algunas sociedades, los obstetras han experimentado recientemente un aumento de peticiones femeninas para dar a luz por cesárea, por razones que son más bien personales que médicas.
5. En la actualidad no existe información suficiente respecto de los riesgos y ventajas relativos del parto por cesárea a término por razones de naturaleza no médica, en comparación con los partos vaginales. No obstante, los datos de que se dispone sugieren que el parto vaginal normal es más seguro a plazos corto y largo, tanto para la madre como para la criatura. La cirugía del útero también tiene

repercusiones para embarazos posteriores y los consiguientes alumbramientos. Además, existe una preocupación natural tocante a utilizar un método artificial en lugar del proceso natural, si para ello no existe justificación médica.

6. Cabe a los médicos la responsabilidad de informar y asesorar a las mujeres a estos respectos. Por el momento, como no existen pruebas de que se obtengan unas ventajas netas, la intervención cesárea por razones de naturaleza no médica no se justifica éticamente.

Londres, septiembre de 1998

DIRECTRICES ÉTICAS RELATIVAS A INTERVENCIONES EN PRO DEL BIENESTAR DEL FETO

1. En su mayoría, las mujeres actúan de motu proprio para mejorar sus posibilidades de partos normales y bebés saludables, siempre que tengan acceso a la información y apoyo correspondientes.
2. Cuidar del feto mediante el apoyo a la embarazada en lo tocante a sus necesidades, elevará al máximo el bienestar, tanto del feto como de la madre en ciernes.
3. Aunque el feto se puede beneficiar de tales cuidados, su beneficio depende por completo de su madre, y el cuerpo de ella será el mediador de todo tratamiento de que se le haga objeto.
4. Aunque la mayoría de las mujeres actúan de manera que provean un entorno saludable e incluso están dispuestas a arriesgarse en pro del feto, hay situaciones en que los intereses de ambos no coinciden
 - a) El comportamiento de la madre puede crear riesgos, tanto para ella como para el feto (por ejemplo, por consumo de drogas, tabaco y alcohol, la no asistencia a los debidos servicios prenatales, etc.)
 - b) La madre puede optar por no aceptar métodos de diagnóstico, médicos o quirúrgicos destinados a conservar el bienestar del feto, incluida la cesárea.
5. El equipo médico tiene la responsabilidad de informar plenamente a la madre, asesorándola con paciencia y simpatía, y suministrándole

los servicios de apoyo que necesite. Entonces ella podrá aceptar el asesoramiento médico recomendado y/o cambiar de forma de vida.

6. No obstante, para conservar la vida o salud de su feto no se deberá obligar a ninguna mujer a someterse a intervención quirúrgica o medio alguno que no desee, pues esto constituiría una transgresión de su autonomía y derechos humanos fundamentales.
7. No es aconsejable el recurso a los tribunales o a intervención judicial cuando una mujer haya rehusado tratamiento médico o quirúrgico una vez que ya está bien informada, por ser inapropiado y generalmente contraproducente.
8. En caso de disminución de la competencia materna para la toma de decisiones de naturaleza médica, los proveedores de servicios de salud deberán actuar primeramente en pro de los intereses de la mujer, y de los del feto en segundo lugar. La información que diese la familia y otras personas podría ayudar a colegir lo que ella hubiese decidido en caso de encontrarse en condiciones normales.
9. Deberán respetarse los deseos de las menores embarazadas que sean competentes para otorgar consentimientos basados en una información adecuada en relación a intervenciones médicas y quirúrgicas. Cuando no se les considere competentes a estos efectos, antes de decidir la actuación a seguir se deberá solicitar la asesoría de los parientes más allegados y, si corresponde, de los tribunales.

El Cairo, marzo de 1998

DEFINICIÓN DEL EMBARAZO

La reproducción natural humana es un proceso que comprende la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización. El embarazo es la parte del proceso que comienza con la implantación del "conceptus" en el seno de una mujer¹, y que termina con el nacimiento² de un bebé o con un aborto³.

El Cairo, marzo de 1998

¹Por el momento, la verificación de esta circunstancia es habitualmente posible, sólo a las tres semanas de la implantación.

²Definición de nacimiento de la OMS: Pasadas 22 semanas o más desde la última menstruación.

³En algunos casos, el producto de la concepción muere y puede ser reabsorbido o retenido en el cuerpo.

ASPECTOS ÉTICOS RELATIVOS A FETOS GRAVEMENTE MALFORMADOS

1. El Comité convino en que toda mujer embarazada de un feto gravemente malformado tiene éticamente el derecho a concluir su embarazo.
2. El calificativo de “grave” se emplea en este contexto para indicar deformaciones que sean posiblemente letales o de naturaleza tal que incluso si se someten a tratamiento médico puedan tener probabilidades, a juicio de sus padres y de sus asesores médicos, de resultar en una minusvalidez inaceptable de tipo mental y/o físico.
3. El Comité fue de la opinión de que la conclusión del embarazo que resultase en la supervivencia de un criatura malformada con la tara adicional de ser prematuro es éticamente inaceptable. Por este motivo deberá justipreciarse atentamente si proceder o no a dicha conclusión una vez que el feto malformado pero de características no letales pueda haber llegado a la fase de conservar una vida independiente.
4. Por causa de las razones legales, religiosas y de otra índole, la conclusión del embarazo podría no ser una opción abierta. En tales circunstancias, es especialmente importante asesorarse y obtener un consentimiento bien informado sobre el empleo de técnicas diagnósticas tales como el examen por ultrasonidos, que revelen una deformación fetal. Al mismo tiempo, debe recabarse la información de que la embarazada quiera disponer en caso de que la deformación fetal pueda diagnosticarse o sospechase fortuitamente.
5. Es contrario a la ética permitir que el sexo del feto influya en la decisión de concluir un embarazo cuando la deformación no sea relativa al sexo.
6. En embarazos múltiples con existencia de fetos normales y deformados, el derecho a sobrevivir del feto normal deberá prevalecer en la toma de decisiones, excepto, claro está, en los raros casos en que la salud de la madre se viese en peligro.
7. En la eventualidad de diferencias de opinión entre los padres sobre la actuación a seguir, la opinión de la mujer deberá prevalecer para la toma de decisiones.

8. Cuando el asesor médico de los padres sea incapaz de aceptar la petición de éstos para concluir el embarazo, siempre tendrá el deber de aconsejarles a consultar la opinión de terceros.
9. La decisión de concluir un embarazo deberá residir esencialmente en los padres. Ninguna coacción médica ni gubernamental que se apoye en razones de tipo económico o demográfico deberá pesar sobre ellos.
10. Tras la conclusión del embarazo, el grupo médico tiene el derecho, con consentimiento de los padres, a confirmar y documentar la malformación fetal (por ejemplo por autopsia, estudio cromosómico, etc.) e informar y aconsejar a los padres.

1990

ASPECTOS ÉTICOS DE LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO SIGUIENDO AL DIAGNOSTICO PRENATAL

1. Los modernos métodos de diagnóstico prenatal proveen información sobre las características normales y patológicas del concepto. Las condiciones patológicas pueden aparecer durante el período prenatal, infancia, niñez ó vida adulta. El espectro de anomalías ó enfermedades puede variar desde las menores, sin impacto en calidad de vida ó duración de la misma, hasta aquéllas que causan incapacidades severas y disminuyen la longevidad.
2. Las mujeres que consienten el empleo de procedimientos de diagnóstico prenatal, deben ser requeridas para manifestar antes de la información resultante, si éllas no desean conocerla durante el resto del embarazo. Esta información puede referirse al sexo del feto. También puede aplicarse al conocimiento de la existencia de enfermedades ó malformaciones fetales, en circunstancias, legales ó personales, que no permitan ó justifiquen la terminación del embarazo como una opción.
3. El conocimiento adquirido mediante el diagnóstico prenatal concede la posibilidad de terminar con el embarazo, en aquéllos países donde ésto es legal. Esta posibilidad genera serios problemas éticos relativos al grado de anomalía y de reducción en la calidad de vida que

puedan justificar este curso de acción. La actitud de los padres, en particular de la madre, después del consejo, es de la mayor importancia para tomar una decisión. No es ético para nadie ejercer presión para influir en la pareja con vistas a que acepten una opción determinada.

4. Los médicos deben ser conscientes del deseo de los padres de un "niño perfecto". Sin embargo, este deseo no es realista y los padres deben ser aconsejados en consecuencia.
5. La terminación del embarazo debe ser desaconsejada cuando el trastorno es tratable y no afectará necesariamente la futura calidad de vida.
6. Para facilitar a los padres la toma de una decisión apropiada, la primera inquietud debe ser valorar la calidad de vida y la longevidad posible del individuo. Una segunda consideración debe ser el efecto que el nacimiento y la vida de tal niño tendrá en la madre misma y en su familia. A este respecto, también se debe considerar el efecto que la terminación del embarazo puede tener sobre la salud física y/ó psíquica de la mujer y su familia. Un tercer aspecto es la posibilidad de obtener recursos y apoyo para un largo tratamiento.
7. Un problema especial lo plantea la enfermedad de un individuo que no se manifestará hasta muy avanzada la edad adulta. Existe la posibilidad que en los años intermedios los avances médicos puedan proveer medios para tratar ó aliviar dicha condición. Esta posibilidad debe tenerse en mente durante la elaboración del consejo.

1990

DIRECTIVAS PARA EL USO DE TEJIDOS EMBRIONARIOS O FETALES PARA APLICARLOS EN TERAPEUTICA CLINICA

El empleo de tejidos embrionarios o fetales o el trasplante celular para mejorar o curar enfermedades, debe ser considerado con las mismas reglas que se aplican a los trasplantes terapéuticos en general. Sus procedimientos y la investigación relativa al mismo, deben ser permitidos. El tema de los trasplantes terapéuticos de tejidos o células debe

mantenerse separado del debate por el aborto. La obtención de los tejidos necesarios debe ajustarse a las leyes y reglamentaciones locales, las que, por lógica, varían en los diferentes países.

Las siguientes directivas se entregan para asegurar que la decisión de una mujer de terminar con un embarazo no sea influenciada por el subsecuente empleo de los tejidos embrionarios o fetales donados.

1. La decisión final de terminar un embarazo debe ser previa a la discusión relativa al uso potencial de tejidos embrionarios o fetales para investigación o aplicación terapéutica clínica.
2. La decisión sobre las técnicas empleadas para la inducción de la terminación del embarazo deben basarse únicamente en la idea de la seguridad de la embarazada.
3. El receptor de los tejidos no debe ser designado por el donante.
4. Los tejidos embrionarios o fetales no deben ser provistos para beneficio económico.
5. Los médicos que realicen la terminación del embarazo no deben poder beneficiarse con el subsecuente empleo de los tejidos embrionarios o fetales.
6. Debe obtenerse el consentimiento informado para el empleo de los tejidos embrionarios o fetales, sea para la investigación o para su empleo en terapéutica clínica.

1992

RECOMENDACIONES SOBRE ANENCEFALIA Y TRASPLANTE DE ORGANOS

El Comité Permanente de la FIGO sobre Aspectos Eticos de la reproducción Humana discutió aspectos de la anencefalía y trasplante de órganos y confeccionó el siguiente informe:

Han existido comunicaciones sobre el empleo de órganos de niños anencéfalos para trasplantarlos. Se reconoció que los principios éticos de beneficencia y protección del ser vulnerable pueden contraponerse. Por un

lado, el principio de beneficencia, el imperativo de hacer el bien, puede aplicarse a la persona que necesita órganos. Por el otro lado, el principio de protección al recién nacido vulnerable puede ser aplicado al recién nacido anencéfalo, ya que éste necesita protección para no ser tratado como un medio para beneficio de otra persona.

Teniendo en cuenta la influencia ética potencial, el Comité ha desarrollado las siguientes directivas:

- (1) Se admite que el propósito de donar órganos constituye una base ética para la mujer que elija continuar con la gestación de un feto anencéfalo, siempre que haya sido correctamente informada y aconsejada.
- (2) Cuando un niño nace con signos vitales, pero no tiene desarrollado el cerebro anterior (anencefalía) y, por lógica, no tiene perspectivas de sobrevivir, debe ser considerado como muerto cerebral y con el permiso de los padres colocado en un respirador con el propósito de donar sus órganos.

Las distintas definiciones legales de muerte están ligadas entre sí, pero es el sentir general que deben ser revisadas para estar acordes con el desarrollo científico.

1988

DIRECTRICES ETICAS SOBRE LA FISTULA OBSTETRICA

Antecedentes

La fístula genital femenina es una dolencia muy perturbadora que puede suscitarse por diversas causas. En los países en vías de desarrollo, la fístula genital más común y devastadora es la fístula obstétrica. Se trata de una fístula resultante de complicaciones del parto, que es totalmente prevenible y resulta de que la mujer sufre de obstrucción durante el parto y no tiene acceso a un parto con operación de emergencia. En casi todos los casos resulta en la muerte del niño y en incontinencia urinaria para la madre, con incontinencia fecal no tan frecuente, o ambas cosas a la vez.

En otros tiempos muy común en el mundo, la fístula obstétrica ha

quedado prácticamente eliminada en los países desarrollados mediante los adelantos en tratamientos tocológicos. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo hay más de dos millones de mujeres que la sufren; todos los años se presentan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos, la mayoría entre mujeres jóvenes y adolescentes. Podría ser que estas cifras estén muy subestimadas, pues se basan únicamente en el número de mujeres que recaban tratamiento. En los países en vías de desarrollo y con alto índice de mortalidad materna, los casos de fístula pueden alcanzar el número de 2 ó 3 por cada 1.000 embarazos.

En los países en vías de desarrollo contribuyen a la endemia de la fístula obstétrica distintos factores socioculturales y del sistema sanitario. Comprenden la falta de tratamientos tocológicos de emergencia, la excesiva juventud en la primera preñez y parto, la grosera práctica de la mutilación genital femenina, la discriminación entre sexos, la extrema pobreza, la escasa alimentación y los deleznable servicios sanitarios.

Muchas son las repercusiones médicas, sociales y psicológicas de las fístulas que no reciben tratamiento. Pueden degenerar en frecuente ulceración, infecciones, afecciones de los nervios de las piernas y de los riñones, deshidratación, depresión y muchas veces muerte prematura, entre otras cosas por suicidio. Frecuentemente, las mujeres que las sufren son abandonadas por sus maridos y familia o son condenadas al ostracismo por sus comunidades. Por desgracia, muchas de ellas no saben que su afección puede tratarse o creen que no pueden sufragarlo.

Estas pacientes, no sólo necesitan tratamiento clínico, sino apoyo social y psicológico y reintegrarse a sus comunidades.

El índice de éxitos en la curación de la fístula por cirujanos experimentados puede alcanzar el 90%. Tras un tratamiento felizmente acabado, la mayoría de las mujeres pueden reanudar plenamente sus actividades, aunque sus posteriores partos necesitarán cesárea. No obstante, en la mayoría de los países en que la fístula obstétrica es endémica, los servicios son insuficientes, inaccesibles o prohibitivamente onerosos para la mayoría de las pacientes.

Los programas preventivos contra la fístula deberán contribuir abundantemente al alivio de la tragedia de morbilidad y mortalidad maternas que ahora se experimenta.

Recomendaciones:

1. Deberá concederse prioridad a garantizar el acceso de todas las mujeres a tratamientos clínicos durante su embarazo y parto, así como a tratamientos tocológicos de emergencia para las que puedan sufrir complicaciones durante el alumbramiento.
2. Para la reducción de casos de fístula obstétrica se necesita una mejoría general de la salud y alimentación de la joven, dotarla del poder de tomar decisiones, descartar matrimonios prematuros, nacimientos en su excesiva juventud y gran paridad como persona con los demás; además se requiere que la planificación familiar esté a disposición de todos los que la necesiten.
3. Se precisa una estrategia oportuna para que desaparezca la mutilación genital femenina, que puede generar la obstrucción del parto en muchas naciones en vías de desarrollo.
4. Hasta que tengamos éxito en que desaparezca la fístula obstétrica, deberá otorgarse prioridad a reforzar la capacidad de la fístula para que se cure mediante la fundación de centros especializados, debidamente equipados y adecuados para impartir formación. A este respecto es vital la colaboración entre los hemisferios Septentrional y Austral.
5. La gestión de los casos de fístula obstétrica necesita abordarse mediante la coordinación entre equipos. Los casos sencillos podrán tratarse en hospitales de distrito, mientras que los complicados deberán cederse a hospitales regionales especializados.
6. La prevención y el tratamiento de la fístula obstétrica deberá estudiarse debidamente en los programas de estudios de salud reproductiva de las facultades de Medicina de los países en vías de desarrollo. Tras la carrera, los alumnos en formación deberán intervenir en la curación de la fístula para adquirir los conocimientos quirúrgicos en los países que se vean más afectados por ella.
7. Hay gran necesidad de campañas de aleccionamiento sanitario en las comunidades amenazadas por la fístula obstétrica. Deberán prepararse expresivos slogans que apunten a sus causas y a las medidas de prevenirla, ajustándolos a los diferentes públicos y a las

comunidades meta. Los proveedores sanitarios deberán fomentar alianzas en la sociedad civil entre los jefes religiosos y de la comunidad, para abordar la recóndita y grave tragedia de la fístula obstétrica.

8. Las sociedades nacionales de ginecólogos y tocólogos deberán impulsar a sus gobiernos para que creen una estrategia nacional para combatir la fístula obstétrica, con la ayuda de la Campaña Mundial de Eliminación de la Fístula, que engloba al Fondo de Población de las Naciones Unidas, la OMS y la FIGO. Según ha estipulado la OMS en su Informe mundial de la salud de 2005, “una actuación colectiva puede desterrar la fístula y garantizar el tratamiento de las mujeres que sufren tan penosa dolencia, de forma que puedan vivir dignamente”.

Londres, marzo de 2006

MATERNIDAD EN CONDICIONES DE SEGURIDAD

Antecedentes:

1. La maternidad no es una enfermedad, sino una función eminentemente social. Cabe a las sociedades la obligación y el deber de proteger el derecho a la vida de las mujeres que se enfrentan al riesgo de cumplir esta función social que garantiza la supervivencia de nuestra especie. El tratamiento de la salud materna no sólo es importante para evitar la morbilidad y mortalidad maternas, sino que es importantísimo para reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad perinatales.
2. Unas 600.000 mujeres mueren todos los años (una cada minuto) en sus embarazos y partos, lo que arroja un índice de 400 muertes por cada 100.000 nacimientos con supervivencia. De estas muertes, el 99% se produce en países de escasos recursos. En África, el riesgo de muerte por embarazo es de 1/19, frente al 1/9.850 en Europa.
3. La reducción de la mortalidad materna es uno de los Fines de Desarrollo de la NN.UU. para el Milenio. Se ha fijado la meta de reducción de un 75% para el año 2015. Sin un esfuerzo concertado,

no se alcanzará esta meta, especialmente en el África subsahariana y en el Sudeste asiático.

4. La causa más importante de la mortalidad materna es la hemorragia durante el parto, que origina un tercio de todas las víctimas.
5. La mayoría de las víctimas maternas se produce durante el parto. Casi siempre, su muerte se debe a que alumbran sin el apoyo de personas experimentadas.
6. Ha quedado probado que la formación de parteras ancestrales es ineficaz en sí misma para aminorar la mortalidad materna. La gestión de las complicaciones posiblemente mortales en el embarazo y el parto necesita servicios que no pueden aportar estas parteras.
7. Las muertes maternas se relacionan casi siempre con tres retrasos en recibir tratamiento adecuado: el retraso en reconocer complicaciones amenazadoras para la vida, el retraso de trasladar a la paciente a donde se le pueda tratar y el retraso en someterla al debido tratamiento obstétrico.
8. Se estima que el índice de cesáreas necesarias para impedir la muerte evitable de la madre es del 5%. Sin embargo, en países con elevados índices de mortalidad materna, la cesárea sólo se practica en el 1% de los casos, por falta de medios sanitarios y personal dotado de formación.
9. Los factores que intervienen en la mortalidad de las madres son el matrimonio y el embarazo en su excesiva juventud (antes de los 18 años), embarazos demasiado próximos entre sí (con intervalos inferiores a 2 años), o excesivamente tardíos (después de los 40 años), embarazos excesivamente frecuentes, y a menudo el analfabetismo, la mala alimentación, la falta de acceso a anticonceptivos y una creencia errónea en el poder anticonceptivo de la alimentación al pecho.
10. Todos los años se producen 150 millones de embarazos. De éstos, la mitad no están planificados, y la mitad de esta mitad acaba en abortos provocados, la mitad de los cuales, a su vez, son unos 20 millones de abortos inseguros, a los que corresponden 68.000 muertes anuales, que supone el 10% de todas las muertes y hasta el 20% o más en algunas naciones. Cuando los países han legislado para permitir el

aborto por motivos no clínicos, los índices de mortalidad y morbilidad generales que se derivan del proceso caen espectacularmente, sin que se registre un aumento palpable del número de abortos.

Recomendaciones

1. El índice de mortalidad de las mujeres relativo a sus embarazos sigue siendo excesivamente elevado, especialmente en sitios con pocos recursos. La prevención de la muerte materna deberá considerarse como prioridad sanitaria en todo el mundo. Las sociedades tocólogicas profesionales deberán dar publicidad a la mortalidad materna, mostrándola como una transgresión del derecho de las mujeres y no como un mero problema sanitario. Abogando por la maternidad segura como uno de los derechos humanos, los facultativos deben coadyuvar como abogados de los derechos humanos a este respecto.
2. Dado que la razón principal de la mortalidad femenina es el retraso inevitable en recibir un debido tratamiento de emergencia durante los partos con complicaciones, deben hacerse esfuerzos para proveer a todas las mujeres embarazadas de un servicio debidamente formado durante el parto.
3. Para la cobertura universal de los servicios de maternidad, los tocólogos deberán desempeñar el papel de jefes de equipo y delegar las responsabilidades oportunas en otras categorías de personal sanitario debidamente formadas y supervisadas.
4. El tratamiento prenatal y perinatal deberá organizarse de forma que todas las mujeres que padezcan de complicaciones tocólogicas que pongan sus vidas en peligro puedan trasladarse sin dilación a centros médicos que brinden los recursos técnicos y humanos necesarios para su cuidado en emergencias, comprendida la cesárea y las transfusiones de sangre.
5. Cuando el aborto provocado no sea ilegal y tras ser debidamente aconsejada, toda mujer tendrá derecho a medicación o aborto quirúrgico. El servicio sanitario tiene la obligación de proveer tales servicios de la forma más segura posible. El debido tratamiento desde

los puntos de vista humano y médico deberá estar a disposición de las mujeres que hayan sufrido abortos no seguros.

6. Deberá poderse disponer de los servicios y la información de planificación familiar para espaciar y prevenir los tiempos de los alumbramientos.
7. La revisión de los casos de muertes maternas deberá explorar a fondo las causas subyacentes, más allá del diagnóstico clínico.
8. La reducción del índice de mortalidad materna depende también de programas no médicos, tales como el de transportes adecuados y carreteras accesibles a vehículos, amén de las necesidades económicas de las mujeres extremadamente pobres, muy especialmente en comunidades rurales y zonas apartadas.
9. Cuando sólo se dispone de pocos recursos, los tocólogos deberán desbrozar el camino demostrando cómo se pueden dispensar tratamientos de emergencia de forma eficaz respecto al gasto. Se exigen esfuerzos de colaboración recíproca entre Norte y Sur para progresar en estrategias eficaces de bajo coste.

Londres, marzo de 2006

ASPECTOS RELATIVOS AL NEONATO

DIRECTRICES ÉTICAS RELATIVAS AL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL PARA SU PUESTA EN BANCOS DE SANGRE

1. El descubrimiento de que la sangre del cordón umbilical es rica fuente de células sanguíneas indiferenciadas, empleadas en trasplantes para enfermedades tales como la leucemia, ha conducido a la recolección organizada de sangre de este origen y su retención en bancos de sangre hasta su empleo.
2. En algunos países el proceso de extracción, almacenamiento en bancos y utilización de la sangre del cordón umbilical de recién nacidos de término se ha comercializado.

3. Es éticamente necesario que la madre otorgue su consentimiento sobre una base de plena información (antes del alumbramiento) para extraerle sangre del cordón destinada a ser conservada en bancos.
4. La información que en la actualidad reciben habitualmente las madres cuando se les pide el consentimiento es que la sangre de la placenta ya no va a servir a la criatura y que esta sangre “de desperdicio” podría contribuir a salvar vidas de otras personas. Esta información es incompleta y no permite a la madre formarse un juicio bien informado para dar su consentimiento.
5. El pinzamiento precoz del cordón umbilical tras el alumbramiento por vía vaginal tiene probabilidades de privar al recién nacido, por lo menos de una tercera parte del volumen normal en su sistema circulatorio, y producirá asimismo una perturbación hemodinámica. Estos factores pueden resultar en grave morbilidad.
6. Para que pueda considerarse que el consentimiento se basa en la información adecuada hay que revelar a la madre los efectos nocivos del rápido pinzamiento del cordón umbilical, y asegurarse que la extracción de sangre del cordón no comportará un pinzamiento precoz.
7. En suma, el permiso obtenido para la extracción de sangre del cordón umbilical para su almacenamiento en bancos no deberá conducir al pinzamiento del cordón antes de transcurridos 20-30 segundos tras el alumbramiento del recién nacido.

El Cairo, marzo de 1998

DIRECTRICES ÉTICAS PARA RESUCITAR A LOS RECIEN NACIDOS

Antecedentes

1. Con arreglo al Convenio sobre Derechos de los Niños de las NN.UU., todos los niños tienen derecho a vivir desde su nacimiento y a quedar protegidos contra toda suerte de discriminaciones, prescindiendo de la raza de sus padres o tutores, sexo, color, idioma, religión, opiniones

políticas o de otra índole, nacionalidad, origen étnico o social, patrimonio, minusvalías o categoría social en su nacimiento u otras cosas. Los instrumentos internacionalmente aceptados respecto a los derechos humanos comprenden el derecho general de todos a disfrutar de la máxima cota posible de salud física y mental.

2. Es imprescindible considerar el bienestar particular de cada niño dentro del contexto de sus derechos humanos, puesto que se han presentado casos de discriminación indebida contra los recién nacidos por mor de su sexo, color, discapacidad o pertenencia étnica.
3. En muchos casos, existen incertidumbres sobre las probabilidades de supervivencia del recién nacido y de sus riesgos de discapacidad permanente. Además, las grandes diferencias de los resultados originados por factores vecinales, añaden nuevos factores de incertidumbre.
4. Existe una inmensa disparidad en la disponibilidad de medios para el tratamiento de los recién nacidos entre las regiones con pocos y muchos recursos, y entre unos hospitales y otros.
5. La disponibilidad y calidad de los tratamientos prenatales tienen gran influencia en las condiciones en que se encuentra el niño durante su nacimiento y a largo plazo. Los planes coherentes de gestión antes y después del nacimiento pueden mejorar tales condiciones. Los conflictos y disputas entre los obstetras, pediatras y otros profesionales sanitarios pueden producir confusión y turbación en los padres, comprometiendo la eficacia de los cuidados al niño.
6. Como los intereses de los padres y el resto de la familia están totalmente entrelazados con los del recién nacido, los padres tienen derecho a ser informados de los diagnósticos y prognosis y a participar en el proceso de toma de decisiones.
7. Los estudios de resultados uniformemente demuestran que la supervivencia de los niños que nacen mucho antes de su tiempo se ve muy favorecida cuando se traslada a sus madres a grandes hospitales, antes de que nazcan.
8. La supervivencia y resultados de neonatos muy prematuros dependen mucho del tiempo de gestación y de su peso al nacer. Estudios a largo

plazo realizados sobre niños muy prematuros ponen de manifiesto una importante incidencia de problemas neurológicos, cognitivos y de comportamiento en los sobrevivientes. Sin embargo, en la mayoría de los estudios se ha estimado favorable la calidad de vida de la mayoría de los sobrevivientes adolescentes y adultos.

9. Además, la praxis obstétrica y neonatal continúa evolucionando y mejorando a gran ritmo. De aquí que, por su propia naturaleza, los estudios de resultados a largo plazo miden los resultados por unos baremos que ya podrían estar desfasados.
10. Existen pruebas de que, tras la muerte de un recién nacido, todo apoyo brindado con sensibilidad y simpatía, tiene consecuencias psicológicas muy positivas para el bienestar de los padres y de toda la familia.

Recomendaciones

1. Los bebés deberán tratarse con el respeto y consideración que se debe a todo ser humano. Son las personas más vulnerables de nuestra sociedad y, por tanto, tienen derecho a ser cuidados antes, durante y después de su alumbramiento.
2. Las decisiones de su gestión deberán basarse en lo que perciban sus padres y sus asesores médicos, siempre en interés del niño, sin influencias de factores religiosos, demográficos o económicos. En caso de conflicto de pareceres, se deberá recurrir a consultas independientes.
3. Los más expertos facultativos de que se disponga en esos momentos (preferiblemente un obstetra y un pediatra jefes de sus departamentos, junto con una matrona experimentada), deberán concertar un plan de gestión provisional que se base en la información clínica y en los datos que se vayan obteniendo sobre los resultados. Cuando sea posible, deberá dejarse un tiempo para que todos los encartados mediten sus opiniones y asimilen la información.
4. Cuando las rémoras y riesgos de la resucitación y el tratamiento invasivo sean superiores a las posibles ventajas para el niño, los intereses de éste serán que no se inicie ni se retire ningún intento de resucitación.

5. Cuando no quede claro si un niño pueda beneficiarse de tratamientos intensivos, podría ser oportuno instituir un tratamiento intensivo “provisional” hasta constatar los progresos clínicos, y, mediante consulta entre un facultativo experimentado y sus padres, poner en claro si continuar o interrumpir tal tratamiento intensivo.
6. Cabe al personal médico la responsabilidad ética de mantener informados a los progenitores acerca de los posibles resultados clínicos que se deriven de las decisiones sobre la gestión clínica. Los doctores deberán ser conocedores de los datos pertinentes sobre los resultados a obtener, en relación con el período de gestación y los datos que se hayan obtenido en sus propios centros nosocómicos.
7. El médico que aconseje el mantenimiento o la interrupción del tratamiento deberá ser el más experto posible. Cuando corresponda, podría desear la consulta con otros colegas o con un comité de ética. Deberá debatir el problema y el plan de gestión con otras personas del grupo sanitario, comprendido el de enfermería.
8. Cuando los progenitores difieran entre ellos o cuando no acepten el consejo del médico respecto a mantener o no el tratamiento intensivo, este tratamiento deberá proseguirse hasta que se registre algún cambio en el estado del niño o hasta que ulterior consultoría resuelva la situación. Sólo como último recurso, en circunstancias excepcionales y cuando se hayan agotado todos los recursos, podrá recurrirse a los tribunales.
9. Cuando se haya tomado la decisión de retirar el tratamiento de conservación de la vida, deberán hacerse constar en la ficha del niño todas las conversaciones con los progenitores, las razones aducidas y la evolución clínica del niño, haciéndolo con diligencia y detalle.
10. Cuando sea necesario, los niños a quienes se les interrumpa o suprima el soporte vital deberán recibir analgesia y medicación de control de síntomas, proporcionándoseles calor, alimentos e incesantes cariño y atenciones. Deberá procurarse al máximo que sus padres le hagan compañía si así lo desearan.
11. Después del fallecimiento consiguiente a la supresión o interrupción del soporte vital, recaerá sobre el equipo médico la responsabilidad ética de recabar de los progenitores el consentimiento para practicar

- la necropsia, de forma que se pueda confirmar y completar el diagnóstico y poder asesorarles y aconsejarles sobre los resultados de sus futuros embarazos.
12. Las sociedades adscritas y las que actúan en pro de los neonatos deberán aconsejar a sus gobiernos sobre la importancia de fundar centros perinatales, conjuntamente con la organización regional de cuidados perinatales. Deberá destacarse la importancia de estos centros para reducir la morbilidad y la mortalidad. Es imperativa la continua formación de todo personal profesional que intervenga en la resucitación y tratamientos perinatales.
 13. Las sociedades afiliadas y neonatales deberán fomentar la estrecha vigilancia y debido registro de los tratamientos perinatales, archivando todos los nacimientos y sus resultados, sobre una base regional.
 14. A estos respectos, deberá fomentarse toda colaboración en todos los aspectos neonatales entre Sur y Norte y Norte y Sur.

Londres, marzo de 2006

ASPECTOS ÉTICOS DEL MANEJO DE RECIÉN NACIDOS CON MALFORMACIONES SEVERAS

1. El Comité ha reconocido que los recién nacidos con severos defectos de desarrollo tienen el derecho a morir con dignidad, sin una intervención caprichosa o indebida, siempre que se considere, tanto por los padres como por los médicos, que tal resultado sería en pro del máximo interés del niño.
2. El adjetivo “severo” se emplea aquí para indicar un desarrollo defectuoso que es potencialmente letal o de índole tal que incluso con tratamiento médico es muy probable que resulte, en opinión de los padres y de sus asesores médicos, en una discapacidad mental y/o física inaceptable.
3. El Comité concluyó que la eutanasia activa es éticamente inaceptable, incluso cuando parezca favorecer el máximo interés del niño. Sin embargo, la reserva o retirada de los cuidados médicos (por ejemplo,

respiración artificial, antibióticos, alimentación nasogástrica, suplementación de oxígeno) se justifica en tales circunstancias siempre que se mantengan los elementos de bienestar, tales como la alimentación oral, el calor, la ternura y el respeto. El empleo de analgésicos y sedantes para eliminar las molestias y sufrimientos se considerará apropiado siempre que su intención fundamental no fuese la de producir la muerte.

4. La decisión individual de reservar o retirar los cuidados sanitarios deberá tomarse en interés del niño, sin que la determinen aspectos tales como su sexo o factores eugénicos, demográficos o económicos.
5. Antes de discutir la posibilidad de reservar o retirar los cuidados sanitarios, el equipo médico tiene la responsabilidad de investigar y documentar a fondo el estado del niño defectuoso y aconsejar a sus padres acerca de las condiciones en que se encuentra, su pronosis y opiniones acerca de su manejo.
6. Sin embargo, cuando un niño defectuoso no respire al nacer, será éticamente aceptable no aplicarle medidas resucitadoras cuando la anomalía sea de tal gravedad que no deje duda acerca de lo poco juicioso de prolongar su vida. En caso de duda deberá emprenderse la resurrección, proporcionándose cuidados médicos hasta tanto que se hayan realizado ulteriores investigaciones y consultas con los padres y colegas.
7. En general, el doctor que aconseje la reserva o retirada de cuidados sanitarios deberá ser el de mayor categoría de los que intervengan. Cuando corresponda, el doctor podría valerse de la consulta con otros colegas o un comité ético. El doctor deberá discutir el problema y acción a seguir con otros integrantes del grupo sanitario, comprendidos los de enfermería.
8. Al aconsejar a los padres, el médico deberá tener cuidado en no imponer sus propios prejuicios culturales y religiosos a aquellos cuyas creencias y observancia puedan ser diferentes, teniendo en cuenta además los requerimientos legales del país. Cuando las creencias de un médico impidan la revelación de todas las opciones posibles a los padres, cabrá a aquél el deber de referirlos a un colega que pueda hacerlo.

9. Al discutir el problema, deberá alentarse a los padres a que busquen el asesoramiento de otras personas. Cuando corresponda, se les deberá animar positivamente a obtener otros consejos profesionales. Siempre se les deberá dar la oportunidad de hablar entre sí en privado antes de llegar a una decisión.
10. El médico que aconseje a los padres no ha de procurar necesariamente que se llegue a una decisión inmediata, sino intentar enterarse con toda la delicadeza posible de sus deseos para evitarles zozobras y culpabilidad evitables.
11. Cuando ambos padres no queden de acuerdo entre sí acerca de la retención o retirada de los cuidados, deberá proseguirse el tratamiento médico hasta que la situación se aclare, bien a causa de cambios registrados en el estado del niño o como resultado de mayor asesoramiento y discusión. Sólo como último recurso, en excepcionales circunstancias y tras haberse agotado todas las demás opciones deberá referirse el problema a los tribunales.
12. Cuando se haya tomado la decisión de reservar o retirar los cuidados de conservación de la vida, se deberán documentar con todo cuidado todos los actos realizados y las razones en que se apoyen, así como el progreso médico del niño.
13. Tras la muerte que se produzca por reservar o retirar cuidados sanitarios, el equipo médico tendrá la responsabilidad ética de pedir el consentimiento de los padres para una necropsia que confirme y complete el diagnóstico con el propósito de aconsejar a los padres y asesorarlos de los posibles resultados de futuros embarazos.

Ljubljana, October 1996

ASPECTOS RELATIVOS AL ABORTO Y A LA ANTICONCEPCIÓN

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN RELACIÓN CON LA ESTERILIZACIÓN

1. Los derechos humanos incluyen el derecho a controlar y decidir en materias relacionadas con la sexualidad y la salud reproductiva,

incluyendo la planificación familiar, libre de coerción, discriminación y violencia.

2. Todo el mundo tiene el derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. Esto incluye el derecho a decidir no tener hijos o cuando tenerlos, así como el tener acceso a los medios para ejercer este derecho.
3. La esterilización quirúrgica (ocusión tubaria o de "vas deferens") es uno de los métodos de contracepción más usados.
4. La histerectomía con el solo propósito de esterilizar no es apropiada, dado los riesgos y costos desproporcionados.
5. La consejería respecto a la esterilización debe basarse en los derechos humanos. Servicios de esterilización aceptables son aquellos que aseguran que la persona da un consentimiento plenamente informado, que respetan su dignidad, garantizan confidencialidad y son sensible a sus necesidades y perspectivas.
6. El proceso de selección informada debe preceder al consentimiento informado para la esterilización quirúrgica¹. Debiendo darsle debida consideración a alternativas disponibles, en especial a formas reversibles de planificación familiar que pueden ser igualmente efectivas. El médico que hace la esterilización tiene la responsabilidad de asegurarse que la persona ha recibido consejería apropiada acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento, así como de sus alternativas.
7. No deben otorgarse incentivos ni ejercer coerción para promover o cambiar la decisión personal respecto de la esterilización. En particular, es inaceptable el condicionar otros servicios médicos a la aceptación de una esterilización.
8. Hay la obligación de discutir con la persona, los siguientes tópicos :
 - a. Información acerca de y acceso a, otros métodos contraceptivos. Esto es de especial importancia para individuos jóvenes que toman una decisión para toda la vida.
 - b. Debe insistirse en que la esterilización intenta ser permanente. Las

¹Ver Directrices relativas a un consentimiento bien informado. Int J Gynecol Obstet 53:300, 1996.

circunstancias de la vida pueden cambiar y la persona lamentar más tarde su decisión de esterilizarse.

- c. Debe explicarse que hay una posibilidad muy baja pero significativa de fracaso, para cualquier procedimiento de esterilización.
9. Las limitaciones para la esterilización quirúrgica, una vez obtenida un consentimiento informado, deben minimizarse. En particular:
 - a. La esterilización debe estar disponible para cualquier persona que ha alcanzado la mayoría de edad.
 - b. Ni un número mínimo ni máximo de hijos pueden usarse como criterio para obtener una esterilización.
 - c. El consentimiento de la pareja no debe ser obligatorio. Dado que la habilidad de una persona para procrear puede afectar significativamente la vida de otros, el médico debe alentar a la persona para que incluya a su pareja en el proceso de consejería.
10. Los derechos de los enfermos mentales y de otras personas vulnerables, para tener acceso y para no ser forzadas a ser esterilizadas quirúrgicamente, deben ser cuidadosamente protegidos. Aun cuando una persona no sea capaz de tomar una decisión por incapacidad mental o retardo mental, siempre debe ser involucrada en el proceso de toma de decisión en la mayor medida que lo permita su capacidad y sus mejores intereses deben ser tomados en cuenta.
11. Algunos médicos pueden, en razón de sus propias creencias, tener objeciones respecto de la esterilización. El respeto a su autonomía implica que ningún médico puede estar obligado a practicar una esterilización en contra de sus convicciones personales. Sin embargo, ese médico tiene la obligación de referir la persona a un colega dispuesto a practicar el procedimiento. Los valores personales de un médico o su sentido de los objetivos de la sociedad no deben interferir con la consejería a una persona, ni a favor ni en contra de la esterilización.
12. A nivel de políticas públicas, la profesión médica tiene el deber de ser vocero de la razón y de la compasión, haciendo notar cuando la legislación o los reglamentos pueden interferir con la libre decisión de las personas y con el tratamiento médico más apropiado.

Londres, mayo de 2000

CONSIDERACIONES ÉTICAS RELATIVAS AL EMPLEO DE ANTIPROGESTERONA

1. El comité acordó que los individuos tienen el derecho de gozar de los beneficios proporcionados por los nuevos conocimientos científicos.
2. Una antiprogesterona ha sido comercializada como un método seguro y efectivo para la terminación médica del embarazo y su presentación ha sido causa de controversias generalizadas.
3. En los países donde la antiprogesterona puede adquirirse, no existe evidencia que sugiera que haya aumentado la frecuencia del aborto inducido. El método simplemente permite a las mujeres la elección entre la terminación médica o quirúrgica del embarazo.
4. Se estima que el aborto inseguro de un embarazo no deseado es responsable de la muerte de una mujer cada tres minutos en todo el mundo, muchas más sufrirán una morbilidad severa. La sociedad tiene la obligación de afrontar este grave problema de la salud pública. Juntamente con otros métodos, la antiprogesterona puede ayudar a resolver este problema.
5. Se reconoció que, en el futuro, las antiprogesteronas podrán ofrecer otros usos terapéuticos no relacionados con el empleo en la terminación del embarazo. La investigación en este campo debe ser estimulada.

1994

LA INTRODUCCION DE ASPECTOS ÉTICOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA EL USO FEMENINO

1. El principio de actuación benéfica requiere que los nuevos métodos anticonceptivos sean inocuos, eficaces y aceptables para las mujeres.
2. Al introducir nuevos métodos anticonceptivos, los médicos deberán guiarse por el respeto a la autonomía personal. Este respeto autonómico se refleja en la normativa internacional de los derechos reproductivos.
3. Dicho respeto a la autonomía requiere que la normativa

especialmente relacionada con la introducción de nuevos métodos de regulación de la fertilidad incluya la facilitación de una capacidad de elección bien informada y el suministro de atenciones sanitarias de calidad.

UNA ELECCIÓN BIEN INFORMADA

4. La elección bien informada es el proceso mediante el cual una mujer puede tomar libremente decisiones acerca de posibles intervenciones sanitarias, que pone a su alcance la toma de decisiones de tal manera que pueda ejercer sus derechos. La base de una decisión bien informada es una información “exacta, sin tendenciosidad, completa y comprensible”.
5. El respeto por una elección bien informada requiere que se suministre cierta información acerca de métodos anticonceptivos a toda mujer que considere la posibilidad de emplearlos, incluyendo:
 - la forma de empleo debida
 - contraindicaciones
 - eficacia en impedir el embarazo
 - la necesidad de una protección continuada contra infecciones de transmisión sexual.
 - posibles efectos secundarios
 - posible interacción con otros fármacos o circunstancias
6. El respeto a la autonomía personal de las mujeres requiere que cada una de ellas sea explícitamente informada de que en todo momento podrá tomar la decisión de interrumpir el empleo del método que elija (por ejemplo, a su petición se le removerá un dispositivo intrauterino o implantes anticonceptivos, según sea el caso).
7. Se requiere éticamente que las personas dedicadas a los cuidados sanitarios trabajen en pro de la eliminación de obstáculos a la elección bien informada. Para este fin y entre otros esfuerzos, los desequilibrios entre potestades individuales deberán identificarse y reducirse al mínimo. El personal sanitario deberá estar debidamente capacitado para esta labor; además se deberá disponer también de métodos alternativos de impartir información de tal manera que se pueda responder a las necesidades de las mujeres analfabetas. Las preferencias particulares y objeciones del personal con relación a los

métodos de la regulación de la fertilidad no deberán hacerse sentir por las pacientes.

CALIDAD DE LOS CUIDADOS SANITARIOS

8. El deber de beneficiar a las pacientes requiere que una meta muy importante de los que imparten los servicios sea la oferta de métodos anticonceptivos dentro del contexto de unos servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad. Existen dos aspectos muy importantes en este respecto: la necesidad de una calidad médica y el requerimiento de tomar en consideración los deseos expresos de las mujeres. En primer lugar, los requerimientos de calidad médica comprenden la oferta de toda una serie de métodos anticonceptivos, con oferta de servicios apropiados de consejería de apoyo, y que los que los suministren sean técnicamente competentes. El segundo aspecto requiere que las relaciones con el personal sanitario conlleve respeto y se tomen en cuenta las opiniones de la mujer.

Ljubljana, October 1996

DIRECTRICES ÉTICAS RELATIVAS AL ABORTO PROVOCADO POR RAZONES NO MÉDICAS

1. El aborto provocado podría definirse como la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica tras la implantación, antes de que el feto se haya convertido en viable de forma independiente (definición de nacimiento de la OMS: pasadas 22 semanas o más después de la última menstruación).¹
2. Existe un amplio consenso en el sentido de que el aborto es éticamente justificable cuando se efectúa por razones médicas para proteger la vida y la salud de la madre en presencia de molas o embarazos ectópicos, así como también en casos de enfermedades malignas. La mayoría del público también lo considera justificado en

¹Nota: Esto no corresponde a fetos teratológicos, cf Ethical Aspects of the Management of the Severely Malformed Fetus. Int. J. Gynecol. Obstet. 53:300, 1996. También es importante considerar Ethical Aspects in the Management of Newborn Infants at the Threshold of Viability, Int. J. Gynecol. Obstet. 59:165, 1997.

casos de incesto o estupro, así como cuando el feto está pronunciadamente mal formado o cuando la vida de la madre se ve amenazada por alguna otra enfermedad grave.

3. La práctica del aborto por razones sociales de otro tipo continúa siendo muy controvertida por razón de los dilemas éticos que plantea, tanto a las mujeres como a los equipos médicos. Las mujeres experimentan a menudo encontrados sentimientos respecto a tan difícil disyuntiva, tomando la decisión que estiman menos mala en tales circunstancias. Los proveedores de la salud se debaten entre los valores morales de preservar la vida, cuidar de las mujeres y evitar la práctica de abortos exentos de seguridad.
4. En los países en que se han contabilizado, se ha hallado que la mitad del total de los embarazos no son intencionados, y que la mitad de estos últimos acaban en abortos. Éstos son asuntos de gran preocupación, en especial para la profesión facultativa.
5. Los abortos que se practican por razones no médicas y que se realizan en condiciones apropiadas, especialmente durante el primer trimestre, que es cuando en su mayoría se provocan, son de hecho más seguros que los partos de término.
6. No obstante, la Organización Mundial de la Salud ha estimado que casi la mitad de los cincuenta millones de abortos provocados anualmente en el mundo pertenecen a la categoría de carencia de seguridad porque son inducidos por personas no capacitadas y/o en un entorno poco adecuado.
7. El índice de mortalidad relativo a los abortos realizados sin medidas de seguridad se estima muchas veces superior a aquél en que los abortos se practican en un ambiente médico profesional. Por lo menos 75.000 mujeres fallecen innecesariamente todos los años tras sufrir intervenciones en condiciones poco seguras, y otras, en número muy superior a éste, sufrirán de secuelas y discapacitaciones vitalicias, comprendida la esterilidad.¹
8. Los abortos practicados en condiciones carentes de seguridad vienen practicándose desde tiempos inmemoriales. Hoy se registran, sobre

¹WHO (1998) Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence and Mortality due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data, 3ª edición, OMS/RHT/MSM/97.16.

todo, en países en que rige una legislación restrictiva en relación a la interrupción del embarazo por razones no médicas. En los países con servicios sanitarios poco desarrollados y en que se niega a la mujer el derecho a controlar su propia fertilidad, también imperan altos índices de abortos carentes de seguridad.

9. Cuando países han legislado autorizando el aborto por razones de tipo no médico, la mortalidad y morbilidad por aborto han descendido espectacularmente, sin que se registre un aumento significativo de las interrupciones de embarazos.
10. En épocas pasadas, estas interrupciones se practicaban quirúrgicamente, pero sin embargo recientes avances farmacológicos permiten provocar abortos médicos seguros en embarazos tempranos.
11. Además, el proceso reproductivo puede interrumpirse antes del embarazo, comenzando por métodos anticonceptivos clásicos o anticonceptivos de emergencia de popularidad más reciente. Estos últimos no son abortivos porque hacen efecto antes de la primera etapa de la implantación. Sin embargo, tales procedimientos no resultan aceptables para parte del público.

Recomendaciones

1. Los gobiernos y demás organizaciones interesadas deben esforzarse en propugnar los derechos, grado de protagonismo social y salud de la mujer, y deben intentar prevenir los embarazos no deseados, mediante la educación (incluido lo relativo a cuestiones sexuales), consejería y asesoramiento, difundiendo información fiable y servicios de planificación familiar, así como creando métodos anticonceptivos más eficaces. El aborto nunca debería promoverse como método de planificación familiar.
2. Las mujeres tienen derecho a elegir entre reproducirse o no, y en consecuencia acceso a métodos legales de contracepción, seguros, eficaces, aceptables y a precio asequible.
3. A condición de que se haya seguido el proceso de obtención de un consentimiento apoyado en suficiente información, el derecho de la mujer a su autonomía, combinado con la necesidad de prevenir el

aborto exento de seguridad, justifican la provisión de abortos en condiciones de seguridad.

4. La mayor parte del público, comprendidos los médicos, prefiere evitar la interrupción del embarazo, y lamentan juzgar que es lo mejor que puede hacerse, dadas las circunstancias de la mujer. Algunos médicos son del parecer de que el aborto no puede permitirse bajo ninguna circunstancia. El respecto a la autonomía de estos últimos, significa que no se debe esperar que ningún médico (u otras personas pertenecientes a los equipos médicos) aconseje o practique aborto contra sus convicciones personales. Su carrera profesional no deberían verse perjudicada por este motivo. No obstante, cabrá a estos médicos la obligación de referir a las mujeres a colegas suyos que, en principio, no se opongan a la interrupción del embarazo.
5. Ni la sociedad ni los miembros de los equipos de salud responsables de asesorar a las mujeres tendrán derecho a imponer sus criterios religiosos o culturales relativos al aborto sobre las personas cuyas actitudes difieran de las suyas. El asesoramiento deberá incluir información objetiva.
6. Es muy importante que el asesoramiento a menores se realice con todo esmero. Cuando los menores sean competentes para otorgar un consentimiento una vez que estén bien informados, deberán respetarse sus deseos. Cuando no se les juzgue competentes, deberá considerarse el asesoramiento a los padres o tutores, o a los tribunales, cuando así corresponda, antes de interrumpir el embarazo.
7. La interrupción del embarazo por razones no médicas es mejor suministrado por servicios sin ánimo de lucro. Después de un aborto, se deberá proveer siempre consejería sobre el control de la fertilidad.
8. En resumen, el Comité recomendó que, tras la debida consejería, las mujeres deben tener derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, y que los servicios sanitarios tienen la obligación de suministrar tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad.

El Cairo, marzo de 1998

DIRECTRICES RELATIVAS A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Antecedentes

1. El Comité reconoce que entre los derechos humanos básicos relativos a la salud se incluye la libertad de controlar la salud sexual y reproductiva. Los individuos también tienen el derecho a beneficiarse de los nuevos conocimientos en materia de salud reproductiva y sexual.
2. El Comité mencionó en un comunicado anterior¹ que “si no se defienden políticas que ayuden a elevar el nivel de las atenciones de salud de la mujer y propugnen ampliamente sus derechos, el resultado será el menoscabo de la atención individual de los pacientes por los obstetras-ginecólogos”.
3. Tras una relación sexual sin protección la anticoncepción de emergencia es altamente eficaz en la reducción del número de embarazos no deseados sin necesidad de recurrir al aborto.^{2, 3} La evidencia inicial sugiere que la tasa de abortos entre adolescentes disminuye tras el acceso a información y al uso de anticoncepción de emergencia.

Recomendaciones

1. El pronto acceso a la anticoncepción hormonal de emergencia mejora el índice de éxito y por tanto disminuye los riesgos para la salud. Por

¹El papel de los obstetras y ginecólogos en la salud de la mujer. *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología echas por el Comité para los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO*, Agosto 2000 (páginas 136 - 137).

²Definición de embarazo: “La reproducción natural humana es un proceso que comprende la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización. El embarazo es la parte del proceso que comienza con la implantación del “conceptus” en el seno de la mujer, y que termina con el nacimiento de un bebé o con un aborto” (Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de la FIGO. Agosto 2000) Publicado en la *International Journal of Gynecology and Obstetric*, Vol. 64/3: 317 Marzo 1999.

³El aborto inducido se puede definir como la terminación del embarazo mediante medicamentos o intervención quirúrgica tras la implantación y antes de que el concepto sea viable independientemente (definición de un nacimiento según la OMS: 22 o más semanas de edad menstrual)” (Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de la FIGO. Agosto 2000) Publicado en la *International Journal of Gynecology and Obstetric*, Vol. 64/3: 318 Marzo 1999.

tanto la profesión médica debería abogar por una política que posibilite el acceso fácil y continuo de toda mujer a la contracepción de emergencia

2. La contracepción de emergencia no es apropiada como método anticonceptivo habitual. Los médicos tienen la obligación de asegurarse que la información sobre la anticoncepción de emergencia sea correcta y este disponible; así como también de discutir futuras estrategias con los individuos para evitar que tengan la necesidad de recurrir a la anticoncepción de emergencia.
3. El acceso a la anticoncepción de emergencia debería ser un componente esencial del cuidado inmediato a las víctimas de violaciones con riesgo de embarazo. En vista de su especial vulnerabilidad en la sociedad las adolescentes son otro grupo que debería tener fácil acceso a la contracepción de emergencia.

Londres, Junio del 2001

CUESTIONES RELATIVAS A LA PUBLICIDAD Y MERCADOTENICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTECEDENTES ÉTICOS RELATIVOS A PUBLICIDAD Y MERCADOTECNIA

La diseminación al público de información precisa sobre los avances en conocimiento y sus aplicaciones, medicinas y procedimientos es esencial para facilitar que las mujeres puedan dar consentimiento informado sobre sus tratamientos. El profesional tiene la obligación de asegurar que la mujeres reciben información precisa; con ello se asegura la confianza continuada del paciente en su facultativo, que es la base de la relación terapéutica entre médico y paciente.

Las autoridades de sanidad, las instituciones médicas, los medios de comunicacion y los médicos han de dar información exacta para asegurar un alto grado de salud a la población. La información que acentúa los beneficios sobre los perjuicios o da publicidad a trabajos no auditados o que no han sido revisados por profesionales cualificados no es ética. El uso de información e investigación médica con el único fin de promocionar

instituciones o médicos para incrementar los beneficios económicos tampoco es ético, independientemente de la cualidad de la información.

DIRECTRICES RELATIVE A LAS RELACIONES DE LOS MEDICOS CON LA INDUSTRIA

Antecedentes

Hay legítimos vínculos entre médicos y fabricantes de medicinas y equipo médico. Sin embargo, también hay potenciales conflictos de interés entre el deber del médico de beneficiar al paciente y la promoción de equipamiento y medicinas con fines de lucro.

El médico de hecho actúa como promotor y distribuidor de los productos de la industria. El impacto de la presión de la industria a través de representantes o de la promoción directa al paciente puede acarrear el abuso de prescripciones o el uso excesivo de medicinas o equipo médico o de análisis por parte del paciente.

Recomendaciones

1. Los médicos sólo deberían asociarse con tratamientos que han sido revisados por profesionales cualificados o que han sido investigados con la meticulosa aplicación de la metodología adecuada.
2. El médico ha de evitar cualquier conflicto de interés surgido de la posesión de facilidades médicas, acciones en compañías u otros cometidos en la industria que pudieran influir en la utilización en los pacientes a su cargo de cualquier aparato o procedimiento farmacéutico.
3. Los regalos, invitaciones y otras promociones pueden crear un conflicto de interés para los médicos. Los regalos caros, independientemente de si el regalo esta relacionado con un producto en particular o es de utilidad general, no deben ser aceptados por parte de miembros de la profesión médica ni de profesiones relacionadas.

4. El uso de regalos que anuncian productos específicos debería evitarse en la oficina de un médico.
5. Las apariciones de médicos dedicadas a promover medicinas o equipo médico son cuestionable desde un punto de vista ético incluso cuando se ha revelado el conflicto de intereses. La tentación de alterar la presentación (p. ej. incluyendo sólo los resultados positivos, o excluyendo la explicación adecuada de otras terapias) para beneficiar a la compañía que paga es real. Los médicos no deberían aceptar estas conferencias y apariciones si no pueden dar una presentación completa e imparcial.
6. Los médicos tienen una relación de confianza con sus pacientes y tienen la responsabilidad de revisar continuamente sus conflictos de interés financiero directos e indirectos para asegurarse de que estos conflictos de interés no les influyen cuando recetan medicinas, aparatos u otros dispositivos.
7. Los médicos deberían rechazar los intentos de la industria encaminados a controlar sus prácticas relativas a prescripciones, bien mediante promociones para evitar medicamentos genéricos o mediante el uso de códigos, puesto que no son en el interés de sus pacientes. Los médicos no deberían entrar en acuerdos con farmacias u otros proveedores para rellenar prescripciones escritas con códigos o para prohibir el uso de genéricos a menos que sea para beneficiar directamente al paciente.
8. Los médicos no deberían aconsejar a sus pacientes consultas, pruebas, prescripciones o tratamientos que no sean necesarias para la terapia si el motivo es su propio beneficio económico o profesional.

RECOMENDACIONES RELATIVAS A LA INFORMACIÓN MEDICA Y LA MERCADOTENCIA EN INTERNET

Antecedentes

Se puede encontrar una enorme cantidad de información médica en Internet que potencialmente puede mejorar la educación del paciente y de los profesionales de la salud. Cualquier paciente puede acceder esta base

de datos. Parte de esta información será pertinente para los intereses del paciente y validada por reseñas nacionales de experimentos clínicos o por la aparición en publicaciones revisadas por profesionales cualificados. Parte de esta información será de carácter francamente promocional e incluirá información que no ha sido validada a través de métodos científicos reconocidos e incluso será a veces engañosa, presentando resultados que no han sido nunca probados para vender un producto específico. La identificación de la calidad de la investigación y de los esfuerzos hechos para interpretar la información a la luz de la información anterior forma un filtro crítico para pacientes y cualquier otro individuo que busque información médica a través de este vehículo. No hay conciencia general de esta falta de supervisión de la información médica en Internet y a menudo el que algo esté allí publicado le otorga una validez o éxito que no es sustentable.

Instituciones tales como la prensa, partidos políticos, grupos religiosos, organizaciones culturales y grupos de presión industrial o financiera pueden intentar la divulgación de información médica parcial o no validada para apoyar sus propios puntos de vista, intereses, creencias, propaganda o filosofía. Además, algunas autoridades médicas influyentes pueden compartir y respaldar estos puntos de vista aún cuando la investigación no tiene calidad y faltan evidencias. Esta parcialidad no se identifica y la capacidad del lector para darse cuenta de que está leyendo no hechos médicos imparciales, sino un texto que expone un punto de vista puede ser limitada. Los pacientes necesitan diferenciar entre la información proporcionada por grupos de presión, cuyo fin es beneficiar a este grupo y la información cuyo fin es la educación del público.

Así mismo, la publicidad en Internet busca el beneficio personal o institucional. Los hospitales, organizaciones de salud y agrupaciones médicas tienen el derecho de promover y describir los servicios disponibles. Sin embargo, la calidad de estos servicios y los límites de su disponibilidad raramente se identifican, causando una vez más decisiones parciales y potencialmente peligrosas de los pacientes que, basándose en la publicidad, requieren cuidados que no están disponibles o cuya calidad es cuestionable. La veracidad de estas afirmaciones requiere el mismo nivel adhesión a apropiadas credenciales y disponibilidad de servicios que cualquier otro servicio médico para evitar daños a los pacientes.

Recomendaciones:

1. Puesto que las afirmaciones en Internet pueden expresar información médica inexacta se recomienda que los médicos recomienden cautela a sus pacientes al interpretar estos datos. Es importante identificar páginas revisadas por profesionales con experimentos bien diseñados y controlados o una supervisión nacional o profesional para asegurar la eliminación de parcialidades que se pueda recomendar a los pacientes que elijan esta ruta para su educación.
2. La publicidad de sistemas de salud, consultas médicas de individuos o grupos y de otros servicios de salud en la red está aumentando. Se pueden utilizar falsas declaraciones o exagerar los resultados para atraer clientes y el control es limitado o no existe. Estas declaraciones pueden perjudicar a los pacientes directamente o mediante la pérdida de confianza en sus proveedores de salud. El asegurarse de que los pacientes saben validar cualquier afirmación sobre tratamientos médicos o resultados en la red cae dentro del ámbito del médico que quiere asegurarse de que las mujeres no sean perjudicadas por una elección basada en información falsa o exagerada contenida en la red.
3. Anunciar los daños o beneficios para la salud que apoyen una determinada agenda política o religiosa sin equilibrar este punto de vista es por sí mismo perjudicial para los pacientes y la salud general de la población. Parte de la obligación del médico de asegurarse de que los pacientes se benefician de la información sobre cuidados sanitarios es hacerles comprender el papel de la tendenciosidad política o religiosa en la presentación de información.
4. La publicidad de sistemas de salud, consultas médicas de individuos o grupos y de otros servicios de salud en la red está aumentando. Se pueden utilizar falsas declaraciones o exagerar los resultados para atraer clientes y el control es limitado o no existe. Estas declaraciones pueden perjudicar a los pacientes directamente o mediante la pérdida de confianza en sus proveedores de salud. El asegurarse de que los pacientes saben validar cualquier afirmación sobre tratamientos médicos o resultados en la red cae dentro del ámbito del médico que quiere asegurarse de que las mujeres no sean perjudicadas por una elección basada en información falsa o exagerada contenida en la red.

- Anunciar los daños o beneficios para la salud que apoyen una determinada agenda política o religiosa sin equilibrar este punto de vista es por sí mismo perjudicial para los pacientes y la salud general de la población. Parte de la obligación del médico de asegurarse de que los pacientes se benefician de la información sobre cuidados sanitarios es hacerles comprender el papel de la tendenciosidad política o religiosa en la presentación de información.

CUESTIONES DE ÉTICA EN LA FORMACIÓN MÉDICA

CUESTIONES DE ÉTICA EN LA FORMACIÓN MÉDICA: DONES Y OBLIGACIONES

Uno de los documentos fundacionales entre los códigos profesionales aprendidos por múltiples generaciones de estudiantes de Medicina es el juramento de Hipócrates, que reconoce la responsabilidad inherente de los aprendices frente a sus maestros. Sin embargo, no pone en claro la constante responsabilidad que todos los profesionales tienen con la enseñanza, puesto que ellos mismos han recibido el don de la enseñanza.

El momento, los recursos económicos – tanto personales como institucionales – y el talento docente que se invierten en cada persona, generan una obligación recíproca ante el público para garantizar que tanto la próxima generación de profesionales como el público reciban una formación esmerada. Además, dadas las excepcionales cuestiones que representa la sanidad femenina y el acceso limitado a profesionales sanitarios debidamente formados, así como el actual aleccionamiento profesional de la mujer en el ámbito mundial, existe una obligación especial de transmitir los pocos recursos que este aleccionamiento representa.

No obstante, las obligaciones de los educadores y aprendices tienen sus límites, que deben apreciarse para garantizar que no se explote la desigual relación entre los que tienen el conocimiento y el poder (los educadores) y aquellos que los buscan (los educandos).

Existen responsabilidades que tanto unos como otros comparten hacia los pacientes que reciben aleccionamiento médico. Las ventajas y el peso del aleccionamiento médico tienen repercusiones directas sobre cada paciente.

La más extensa panorámica y visión características de los escenarios docentes ofrecen ventajas para la sociedad en general, así como para los pacientes. Sin embargo, es perceptible el peso de las recíprocas acciones, tales como el historial de un estudiante y los exámenes físicos, el potencial de procedimientos prolongados sobre la curva de la enseñanza y la intervención de múltiples sanitarios y estudiantes en el espacio particular de una persona.

Estas directrices tienen como objeto aclarar las obligaciones profesionales entre pacientes, estudiantes y educadores, dentro del escenario de la educación y aleccionamiento médicos.

Recomendaciones

- Cabe a los médicos la responsabilidad de aplicarse en fomentar sus capacidades y conocimientos. También tienen la obligación de compartirlos con sus colegas mediante la enseñanza, tanto en lo formal como mediante el ejemplo.
- Frente a los educandos, los educadores tienen el deber de que sólo actúen a los niveles apropiados a su aprendizaje.
- El desequilibrio de poder entre educadores y educandos requiere trazar líneas de separación que impidan la explotación. El castigo, la humillación o el miedo no tienen cabida en un ambiente docente. Se debe conceder gran atención a garantizar que en este escenario no intervengan factores tales como la espera de servicios personales, recompensas o relaciones (tales como relaciones sexuales). Además, los estudiantes deberán contar con la garantía de ver recompensado su trabajo, especialmente en un marco docente.
- La estrecha relación entre estudiantes y profesores en Medicina y en la supervisión es de gran importancia para secundar la creciente independencia del enseñado y apoyar la seguridad del paciente. Cuando haya una relación profesional entre educador y educando, no serán oportunas las relaciones sexuales o románticas entre ellos.
- Los estudiantes tienen importantes obligaciones ante sus profesores y sus pacientes. Éstas comprenden las responsabilidades éticas, de honradez, confidencialidad y respeto hacia los pacientes y profesores.

6. Aunque se reconoce ampliamente la importancia del estudio de Medicina, no se debe coaccionar a nadie para que forme parte del proceso docente, bien que, por otra parte, será oportuno explicar las ventajas de un aleccionamiento para elevar las cotas del conocimiento sobre tratamientos sanitarios.
7. Las mujeres de todo el mundo se encuentran en desventaja social debido a un diferencial de poderes entre hombres y mujeres. Esto carga una nueva obligación sobre los educadores y educandos para garantizar que la enseñanza de la Medicina no recaiga desproporcionadamente sobre las mujeres, como clase, así como para que se den a las mujeres plenas oportunidades de consentir o rehusar la personación de los estudiantes en sus tratamientos. Esto comprende las circunstancias en que la paciente pueda estar totalmente anestesiada.
8. Las categorías étnicas o socioeconómicas de las personas o su identificación con grupos concretos de la población no deberán utilizarse jamás de forma discriminatoria como base para la elección de pacientes para la práctica de la docencia.

Luxor, noviembre de 2005

CUESTIONES ÉTICAS RELATIVAS A LA PUBLICIDAD Y FORMACIÓN ACADEMICA

Antecedentes

La identificación precisa de las credenciales y cualificaciones de un individuo es una pauta importante para los pacientes que buscan al médico adecuado para tratar una enfermedad. También es importante para médicos que buscan especialistas a los que enviar a sus pacientes, puesto que su propia credibilidad y el cuidado de sus pacientes depende de una información precisa sobre cualificaciones. Las instituciones médicas tales como hospitales, organizaciones profesionales y otras organizaciones han de asegurarse de la calidad de la verificación de credenciales y de que los abusos se denuncian públicamente. La confianza que el público pone en los profesionales de la su salud así como la calidad del cuidado sanitario y

el potencial daño que un profesional de la salud no cualificado puede hacer requiere que los médicos tomen un papel activo en la precisión de la educación y las credenciales anunciadas.

Directrices

1. Los rótulos en oficinas, las tarjetas de negocios y los anuncios impresos deberían sólo incluir credenciales reconocidas por organismos reconocidos a nivel nacional o internacional.
2. Las asociaciones médicas nacionales deberían mantener registros actualizados de credenciales para médicos que los facultativos podrán utilizar como referencia cuando sus pacientes u otros lo necesiten.
3. Se deberían establecer mecanismos nacionales y dentro de cada organización para investigar las alegaciones de publicidad falsa. La autoridad médica pertinente debería imponer las medidas adecuadas para desalentar falsa publicidad y censurar a los médicos que hayan sido hallados culpables de anunciar falsas credenciales.
4. Se debería establecer un comité crítico en las distintas organizaciones de los medios de comunicación para auditar los contenidos de artículos médicos, programas o entrevistas antes de que se distribuyan en los medios de comunicación. A causa del impacto que la información falsa o engañosa puede tener en la salud pública, los medios de comunicación médicos y los facultativos tienen la responsabilidad ética de asegurarse de que cualquier credencial o experiencia médica anunciada es exacta.
5. Para evitar conflictos de interés e informar al público, los medios de comunicación deberían indicar claramente si el profesional de la salud o los fabricantes de la medicina o aparato han pagado por el artículo, comentario o perspectiva general. Esto permite al público juzgar si el material es potencialmente parcial y tomar decisiones basadas en este juicio.
6. Todos los médicos e investigadores tienen la responsabilidad de informar sobre nuevas modalidades terapéutica y de diagnóstico así como de su índice de éxito en publicaciones revisadas por profesionales para que el proceso de revisión por iguales asegure la calidad y el valor de los resultados de la investigación. Ello debe

ocurrir antes de que los resultados se diseminen a los medios de comunicación generales y los resultados de la evaluación de profesionales deberían indicarse claramente en la publicidad incluida en los medios de comunicación generales.

2003

Directivas remplazadas:

Recomendaciones relativas a la selección del sexo	1994
Directrices éticas relativas a la privacidad y confidencialidad en la medicina Reproductiva	2001
La clonación en la reproducción humana	1997
Directrices éticas relativas a la clonación	1998
Investigación en pre-embryones	1989
Directiva eticas para prevenir los embarazos múltiples iatrogénicos	2000
Reducción selectiva de embarazos múltiples	1989
Apectos éticos del cuidado del recién nacido	1990
Aspectos éticos de la gestión de recién nacidos en el umbral de la viabilidad	1997
Consideraciones éticas sobre la esterilización	1989