

Cartas al Editor

BIOÉTICA Y DERECHOS DE LOS NIÑOS (I)

Sr. Editor:

La lectura del texto del Dr. Rezzónico titulado "Bioética y Derechos de los Niños" ha motivado en nosotros algunas reflexiones que es nuestro deseo compartir. Reflexiones que se relacionan directamente con el sentido y alcance de esta nueva perspectiva multidisciplinaria de abordaje de situaciones complejas, que se ha dado en llamar precisamente "bioética".

1. La bioética se constituye, en las últimas décadas, como una de las ramas más transitadas de la "ética aplicada". Descifrar su sentido supone adentrarse en una compleja trama de etimologías, supuestos teóricos, procesos críticos y prácticas institucionales que exceden la extensión de estas páginas. A pesar de ello, consideramos posible plantear algunas cuestiones centrales, que a la manera de mojonos, nos orientan en la construcción de un modo particular de ejercicio de la ética, en especial de la ética aplicada a la atención de la salud. Las observaciones que aquí se citan tienen, entonces, como objetivo primero presentar los puntos centrales de una concepción de la bioética que caracterizamos por su dimensión deliberativa y democrática. Pero "bioética" así, con minúscula, precisamente porque nos aleja de las jerarquías de los dogmas y las autoridades, para acercarnos al diálogo abierto y participativo que integra miradas, voces y perspectivas.

- 1.1. En primer lugar, se impone recordar el carácter esencialmente práctico de la bioética. La bioética no es teoría, sino praxis. No es teoría aplicada a la acción sino, en todo caso, acción generadora de marcos teóricos que nos ayudan a resolver situaciones problemáticas que se presentan en el punto de confluencia de diferentes espacios institucionales: el de la moral, la ciencia, el derecho, la religión, entre otros.

Si recordamos su génesis, advertimos que la bioética surge –hace ya varias décadas– en el interior de un proceso de revisión de los vínculos entre la moral, la ciencia y la sociedad, que avanza hacia el campo propio de las diferentes áreas profesionales.

"Ética aplicada" es el nombre que se da a la sistematización de este proceso, que alcanza a la práctica educativa, la gestión empresarial, el manejo de la información, el cuidado del medio ambiente, por citar sólo algunos ejemplos. En el espacio propio de la atención de la salud, se erige entonces la "bioética" en sentido estricto,¹ como la rama más transitada de la ética aplicada. Esta prevalencia le otorga quizás una responsabilidad agregada, la de ser el indicador del destino del proceso crítico señalado. Y no es esta una responsabilidad menor, ya que lo que está en juego es el sentido que vamos a otorgar a la vida, al saber, a la autoridad, a la participación y al respeto por las diferencias en decisiones cotidianas que determinan en qué modo pueden ser decisivos para la existencia efectiva de las personas.

- 1.2. A pesar del innegable carácter práctico de la bioética, ocurre que un ancestral prejuicio filosófico que podemos remitir a tiempos griegos –fundacionales de nuestra civilización occidental– nos complica a la hora de reconocer precisamente esta centralidad de la práctica, es decir, su prioridad respecto a la teoría. Prejuicio que, a lo largo de los siglos, ha sido fortalecido por hombres e instituciones: los padres de la Iglesia medieval y los científicos modernos, quienes reclamaban –ya para la Iglesia, ya para la Academia o la Comunidad Científica– la exclusividad, tanto del manejo de los "principios", "normas", "criterios", como de los paradigmas de aplicación de estos a casos y situaciones.

- 1.3. Este prejuicio, sin duda, se encuentra presente en el momento de emergencia de las éticas aplicadas. En el caso de la bioética, se muestra en el ya

clásico esquema sistematizado por Beauchamps y Childress,² que se articula sobre la base de cuatro principios generales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Pero ocurre que una bioética basada en principios o “criterios” es una bioética organizada de acuerdo con un modelo que podemos llamar “deontológico” que establece, por una parte, la prioridad de la “ley” sobre las situaciones de vida de las personas, que resultan entonces tipificadas para poder ser subsumidas bajo el espectro de aplicación de los principios en cuestión. Se materializa en declaraciones de principios de alcance diverso, como códigos, convenciones, declaraciones internacionales de derechos, etc.

1.4. Ahora bien, sin negar la importancia de estos instrumentos marcatorios, cabe señalar su franca insuficiencia a la hora de construir la práctica bioética. En primer lugar, su tono es nítidamente formal, esto es, vacío de contenidos sustantivos. Precisamente es esta dimensión formal la que garantiza su alcance universal, pero cabe preguntarse si algo tan propio como el ejercicio de construcción de los sentidos y valores que vamos a otorgar a las diferentes situaciones de nuestra vida, resulta enmarcable en principios de tan pretencioso alcance. Pero además, si prestamos atención a las palabras que se repiten una y otra vez en las declaraciones señaladas, advertimos que se relacionan directamente con el deber, la responsabilidad o el derecho, pero en ningún caso con la preferencia, la conveniencia, o la importancia sustantiva, que arraigan siempre un nivel personal, familiar o comunitario, pero difícilmente “universal”. Porque si bien es cierto que la aplicación de fórmulas o normas para “todos los casos” resulta inapropiada, esto no se debe a la ausencia de una predicción de los resultados, se debe a que “todos los casos” es una abstracción incompatible con la dimensión humana de la existencia, que se forja día a día en el marco de situaciones concretas y singulares de vida.

2. Por los motivos señalados creemos que es en valores y sentidos donde debe buscar su arraigo una bioética que exceda el cam-

po de lo meramente formal. Pero no en valores supuestamente “absolutos” sino en sentidos socialmente construidos, en compromisos que se expresen en acciones concretas tendientes a potenciar el aspecto más humano de la existencia, ese que por ningún motivo debe ser enajenado: la capacidad de otorgar valor y sentido a nuestra vida, nuestra muerte, nuestras acciones.

3. Es frecuente además que, junto con la ley, surjan “hermenéuticas de la ley”. Esto es, un círculo experto que se inviste del poder de interpretar los artículos que ya sabemos demasiado generales de los códigos en cuestión. Una vez más la teoría por sobre la acción. Y una vez más los maestros de verdad tomando la palabra en nombre de aquellos que pretenden proteger. Aparecen entonces artificios semánticos que establecen distinciones, en ocasiones algo borrosas, entre conceptos como eutanasia,³ consentimiento, asentimiento, mejores intereses, citando sólo algunos de ellos.
4. Todo esto se complica aún más cuando los hermeneutas en cuestión responden, al igual que todos los hombres, a una determinada moral sin examinar sus límites. Porque si bien en el intercambio coloquial es frecuente utilizar como sinónimos los términos “moral” y “ética”, una mirada más aguda requiere de ciertas precisiones que exceden lo meramente nominal para adentrarse en una dimensión francamente conceptual.⁴ La moral supone entonces sistemas y códigos de normas establecidas por la familia, la tradición, o quizás algún credo religioso, es decir, por la cultura en sus diferentes dimensiones. Sin embargo, la ética se presenta como una reflexión crítica de las normas y los valores que guían la conducta de las personas, en especial en el campo propio de las diferentes prácticas profesionales. Por lo tanto y aun cuando en nuestro espacio privado adoptemos alguno de los códigos morales vigentes, nuestra tarea como eticistas implica una distancia crítica que nos permita revisar los alcances y límites de los diferentes sistemas de normas.

5. Ahora bien, la tradicional ética filosófica concibió esta tarea crítica como una actividad desplegada por un sujeto autónomo, que confiando en su pura razón enfrentaba los desafíos de revisar el significado moral otorgado tanto a decisiones como a acciones. Pero en las últimas décadas, los conflictos detonados por el impacto social de la ciencia y la tecnología imponen a la perspectiva tradicional o "monológica" ceder su lugar, esta vez a una ética "dialógica" que ubica en el intercambio deliberativo el eje de las éticas aplicadas en general y de la bioética en particular.

6. Cabe preguntar, sin embargo, qué significa esto a la hora de tomar decisiones ante situaciones conflictivas que derivan de la práctica de atención de la salud. Significa, simplemente, permitir que las personas recuperen el derecho a la palabra. Considerar a los otros como interlocutores válidos a la hora de definir los valores en un diálogo creativo y respetuoso es, sin duda, la máxima expresión de la bioética.

7. Precisamente, una nueva figura institucional –la de los comités de ética–,⁵ emerge y constituye el marco adecuado para el despliegue del citado diálogo. Por lo tanto sus funciones deben destacarse y aun resignificarse, porque de esto depende que el ejercicio de la ética no se desvirtúe, circunscribiéndose ya a la pontificación de valores o normas desde algún supuesto lugar de privilegio, ya a un conciliábulo de expertos que en función de la posesión de algún tipo de saber excelente, asume la misión de decidir por los otros.

7.1. Resignificadas porque en primer lugar, es necesario crear las condiciones para que este diálogo sea posible. Esto implica, por una parte, la tarea de revisión de los límites de los discursos y perspectivas propias. Sólo indagando en los supuestos de los valores que detentamos, estaremos dispuestos, sin renunciar a ellos, a abrirnos a la perspectiva de los otros en un encuentro que nos permita la producción colectiva y cooperativa de sentidos nuevos. Implica también, por la otra, la tarea de despliegue de herramientas de comunicación, tanto entre los

miembros del equipo de salud como entre ellos y la comunidad en su conjunto.

8. Si se tienen en cuenta los puntos anteriores podemos afirmar que, sin desconocer los códigos vigentes, además de la extensa bibliografía dedicada al tema de la bioética y los derechos de los niños, es en el marco de los comités de ética que esta cuestión debe plantearse y revisarse a partir de un diálogo que incluya las voces de todas las personas implicadas en la situación convocante. Comités que propicien en todo momento el ejercicio de la deliberación participante y la socialización del proceso de toma de decisiones.

"todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello, en especial tratándose de derechos personalísimos (tales como requerir información...)"⁶

Subcomisión de Ética de la Sociedad Argentina de Pediatría

Dr. Fernando Matera, Dra. María Clelia Orsi,
Dra. Teresa Pereira Silva y Prof. Silvia Rivera

Referencias

1. Es ya tradicional distinguir entre un sentido "restringido" de la bioética, que tal como lo plantea Hellegers se centra en la ética médica y un sentido "global", presentado por Potter como el saber que vincula el conocimiento biológico de las ciencias de la vida con el conocimiento de los sistemas de valores humanos.
2. Cfr. Beauchamps T, Childress J. Principles of Biomedical Ethic. Oxford University Press, 1983.
3. Cfr. Platts M. Dilemas éticos Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones filosóficas. Eutanasia: algunas distinciones. Fondo de Cultura Económica, México, 1998.
4. Cfr. Maliandi R. Ética: conceptos y problemas, Buenos Aires. Biblos, 1991.
5. Cfr. Rivera S. El desafío de los comités hospitalarios de ética. En: Cuadernos de Trabajo N° 2 del Centro de Investigaciones Éticas, Lanús, Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús, junio 2000.
6. Decreto N° 2316. Consentimiento Informado. Boletín Oficial de la Ciudad de Bs As 26/11/2003. Modificase el art.4° inciso h) del Reglamento de la Ley Básica de Salud, aprobado por Decreto número 208, B.O. N° 1149.

Referencias bibliográficas

- Estevez, A. *Bioética, de la cuestión nominal a la caracterización de su concepto*, Bahía Blanca: Universidad Nacional del Sur, 2002.
- Potter, Van Rensselaer. *Global Bioethics*, Michigan: Michigan State University Press, 1988.

BIOÉTICA Y DERECHOS DE LOS NIÑOS (II)

Sr. Editor:

He leído el artículo del Dr. Rezzónico con sus opiniones sobre la bioética y los derechos del niño. Se trata de un tema tan amplio que es pasible de diversos enfoques y diferentes perspectivas, por lo que me pareció que podría ser de interés agregar citas bibliográficas sobre algunos de los tantos aspectos tocados por su autor, con el objeto de enriquecer el campo de lectura de los pediatras.

Los temas sobre los que me gustaría agregar referencias son los siguientes:

- **La Convención de los Derechos del Niño**, citada en el artículo, fue fuertemente defendida por la sociedad Argentina de Pediatría en ocasión de la Sesión Especial por los Niños de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que tuvo lugar en Mayo 2002, y en la que nuestra Sociedad definió su posición en un documento cuyos textos se encuentran en la Biblioteca de la Sociedad.¹ También merece citarse la posición de nuestra Sociedad en relación a los derechos de los Niños en esa Reunión Especial, con motivo de la Mesa Redonda organizada por la Sociedad Internacional de Pediatría (IPA) en la Sesión Especial, que también se encuentra en la Biblioteca de la SAP.² LA SAP continúa trabajando por los derechos del niño en el marco de la Convención, a través del Grupo de Trabajo de los Derechos del Niño, que está preparando una guía para monitorizar el cumplimiento de los acuerdos firmados por más de 150 jefes de estado de todo el mundo (incluida la Argentina) en el documento "Un mundo apropiado para los Niños", (Naciones Unidas, UNICEF, 2002).³
- **Los padres como representantes de sus hijos**, es un tema complejo, sobre todo cuando se trata de niños golpeados o abusados o de casos planteados por creencias religiosas como lo testigos de Jehová. Hay bibliografía accesible y de mucho interés.^{4,5}
- Otro punto citado por el autor del artículo, es el de **la actuación de los médi-**

cos que debe orientarse hacia el mejor interés de los pacientes. Hay bastante coincidencia en la literatura sobre este punto. Sin embargo, este mejor interés, que constituye el primer principio de la ética médica, se establece desde el punto de vista del médico, mientras hay otro principio igualmente importante y respetable, que es el que sostiene el mejor interés del paciente definido por el paciente mismo (o sus padres), y que es el principio de la autonomía. En ocasiones, ambos principios pueden entrar en conflicto, y este conflicto es una fuente frecuente de dilemas éticos en medicina. Los cuatro principios de la ética médica fueron originalmente descriptos por Beauchamps y Chil-dress, en una publicación fundacional, y que está citada en el artículo.⁶ El tema también está muy bien planteado en un documento institucional hecho por el Hastings Center, llamado Las Metas de la Medicina, un documento que considero muy importante,⁷ y en el que no sólo se habla de los principios éticos de la medicina, sino que se hace una crítica a los actos médicos mecánicos dirigidos ciegamente a prolongar la vida sin tener en cuenta los aspectos globales de lo que significa la salud, la integración social y familiar del pacientes, sus deseos y el sentido que la vida tiene para cada paciente. Desde hace unas décadas están apareciendo nuevas maneras de ver la medicina, centradas en una visión holística e integral. El documento plantea la problemática del acceso a las nuevas tecnologías que aparecen en forma incesante, los límites de la accesibilidad económica, no ya para los individuos sino para los países, las fuerzas del mercado, y sus implicancias éticas para el ejercicio de la práctica médica cotidiana. En el mundo se están planteando nuevas definiciones de la salud y de la medicina, como una entidad en mayor armonía con el medio ambiente, que evite la fragmentación del paciente, que desplace el énfasis que actualmente tiene en el diagnóstico y tratamiento, que evite la fragmentación del paciente, por una activi-

dad respetuosa de las opciones y de la dignidad humana, justa y equitativa, especialmente sensible, pluralista, moderada, prudente, honorable, y en permanente diálogo con la sociedad.⁷

- En el artículo de Archivos se menciona la **investigación médica** y la protección que debe darse a los pacientes cuando son objeto de trabajos de investigación. También aquí la literatura muestra un acuerdo bastante amplio. Sin embargo, es importante que los lectores se mantengan avisados de la extraordinaria limitación que tiene el enfoque de la ética de la investigación centrada solamente en la protección del paciente. No hay ninguna duda que debemos proteger a los pacientes, pero esto es sólo una parte de la gran problemática de la investigación, la parte final de todo el proceso de investigación científica. Debemos también ocuparnos del análisis de todo lo que está antes de que un procedimiento o un fármaco se desarrollen. Debemos ocuparnos de los aspectos morales de la elección del tema de investigación, de las condiciones en que es concebido, de las personas e instituciones que se benefician con él, de los aspectos económicos y sus implicancias comerciales, de los entes financiadores de los trabajos, de las formas en que los médicos participan de ellos, y de las formas en que se relacionan con las empresas.⁸ Hoy sabemos que la ciencia no es una disciplina neutral aislada de los procesos sociales y de los intereses económicos sino que forma parte del mundo, es una actividad humana y, como tal, está expuesta a todos los riesgos de este mundo. Como dice Silvia Rivero, "...no hay un único camino para avanzar hacia el futuro y hay diversas maneras de ponderar los avances científicos, y cada uno de nosotros somos responsables de esta ponderación y ese futuro".⁹ Pueden encontrarse escrito muy valiosos sobre este tema publicados por epistemólogos de nuestro país.^{10,11}
- **La suspensión de medios que sostienen la vida y la eutanasia.** La suspensión de medios que sostienen la vida es

un tema sumamente controvertido. Además de la posición expresada en el artículo, merecen citarse los escritos pioneros de Florencio Escardó sobre la naturaleza ética de nuestra profesión¹² seguidos por los trabajos de Gianantonio sobre los límites éticos de la terapéutica, que continúan enriqueciendo el pensamiento de varias generaciones de pediatras.^{13,14} También el Comité de Ética del Hospital Garrahan de Buenos Aires trabajó sobre este tema¹⁵ y hay publicaciones del *Royal Collage of Pediatrics* del Reino Unido que deben conocerse porque relatan las vivencias y opiniones de 57 médicos y, sobre todo, de 119 enfermeras del país sobre la suspensión de tratamientos que sostienen la vida.^{16,17} El pensamiento de las enfermeras está ausente en muchos artículos de ética médica y debería tenerse más en cuenta. Dentro de esta gran área está el problema de la indicación de métodos desproporcionados en neonatos de muy bajo peso, que ha sido abordado en numerosos artículos, entre ellos, en una publicación de *Pediatrics*.¹⁸

Con respecto a la eutanasia, no todos los autores coinciden en su definición, pero esencialmente, el problema asienta sobre si el ser humano es o no dueño de su propia vida. Los argumentos morales que están en contra de la eutanasia se basan fundamentalmente en la creencia de que la vida no le pertenece a la persona que vive; es algo que se nos ha cedido por un tiempo indefinido y que no tenemos bajo ningún concepto el derecho de destruir. Sin embargo, las religiones no tienen una postura uniforme sobre este tema,¹⁹ y aun dentro de una misma religión encontramos posturas diversas. Por ejemplo, Hume, acepta que "Dios nos otorgó la vida, así como todas las facultades humanas que las acompañan, y que no son menos sagradas que la vida misma. Por lo tanto, una decisión humana como la de suspender la propia vida es finalmente una operación divina".²⁰ Recomendamos el trabajo sobre el tema escrito por Max Platts, de la Universidad de México.²¹

- Por último, en el artículo no se habla de los Comités Hospitalarios de Ética, que la Sociedad Argentina de Pediatría promueve y que constituyen un instrumento valioso de apoyo en la toma de decisiones médicas sobre problemas morales. Estos comités se basan en la idea que la excelencia médica en un tema científico específico no garantiza la sabiduría en la toma de decisiones en la que están involucrados conflictos de orden moral. En estas situaciones, el análisis conjunto del problema entre un grupo de personas respetables, bien intencionadas y con capacidad de escucha y reflexión puede contribuir a una toma de decisión más adecuada. Esto, a su vez, puede ayudar significativamente al médico cuando tiene que tomar decisiones con implicancias morales. También encontramos aquí bibliografía local sobre este tema.²² En la Argentina hay muchas instituciones hospitalarias que cuentan con comités de Ética que trabajan en forma cotidiana junto con el resto del equipo asistencial en esta tarea tan significativa. Algunos de estos comités del país han hecho publicaciones de sus trabajos.²³⁻²⁸ La Sociedad Argentina de Pediatría cuenta con un Comité de Ética Médica cuyo principal objetivo es el de promover la constitución y actividad de los Comités Hospitalarios de Ética en nuestro país. Los comités hospitalarios de ética son un lugar en el que la duda, el disenso, la escucha al otro, son prácticas cotidianas, en un verdadero ejercicio espiritual de tolerancia y reflexión. Creo que estas son las condiciones que deben prevalecer en todo análisis sobre aspectos morales de la medicina.
- Por último, cabe recomendar algunos artículos de orden general publicados por autores argentinos²⁹⁻³¹ y mencionar que la SAP está suscripta a la revista *Journal of Medical Ethics*, disponible en el centro de Información Pediátrica de la SAP: biblioteca@sap.org.ar

Bibliografía recomendada

1. Sociedad Argentina de Pediatría. Posición de la Sociedad Argentina de Pediatría en la primera reunión sustantiva del Comité Preparatorio para la Sesión Especial de la Asamblea General para el

- Seguimiento de la Cumbre Mundial de la Infancia. Nueva York, Junio de 2001. [en línea] Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2001. <<http://www.sap.org.ar>> [Consulta: mayo de 2004]
- 2) International Society of Pediatrics (IPA). Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Healthy Children for a Healthy World. Discurso Dr. Horacio Lejarraga en representación de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE). United Nations UNICEF Special Session for Children. New York, 10 de mayo de 2002. Boletín Informativo de la SAP 2002; (19) 1: 8-9.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF). Un mundo apropiado para los niños. Documento de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Nueva York: UNICEF, 2002.
4. Scrigni A. Consentimiento informado. Dilemas y controversias en los menores de edad. *Medicina Infantil* 2000;7: 313-315.
5. Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Comité de Ética. Recomendaciones para la asistencia de pacientes testigos de Jehova. *Medicina Infantil* 1999;6:230-233.
6. Beauchamps T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 2da. ed. Oxford: Oxford University Press, 1983.
7. Asociación Argentina de Investigaciones Éticas. Comité de Ética para investigaciones clínicas. The Hasting Center Report. Buenos Aires, 1996.
8. Margolis LH. The ethics of accepting gifts from pharmaceutical companies. *Pediatrics* 1991;88(6): 1233-1237.
9. Rivera S (coord). Hacia una epistemología ampliada hacia lo auxológico y social. Seminario de Ciencia y Ética. Comité de Ética Hospitalaria. Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan". Buenos Aires, 2003.
10. Díaz E. La filosofía de la ciencia como tecnología de poder político-social. En: Lerma F (ed). *Pensar la ciencia. Los desafíos éticos y políticos del conocimiento en la posmodernidad*. Caracas: IESAL/ UNESCO, 2000:9-36.
11. Asociación Argentina de Investigaciones Éticas. Centro de Investigaciones Éticas Dr. Risieri Frondizi. Ética y ninez. III Jornadas Nacionales de Ética. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires, 1993.
12. Escardó F. ¿Qué es la pediatría? Colección Esquemas. Buenos Aires: Columbia, 1965.
13. Gianantonio CA. Los límites éticos de la terapéutica. *Medicina y Sociedad* 1987; 10(6): 229-231.
14. Gianantonio CA. Ética clínica en Pediatría. *Arch. argent. pediatr* 1987;85:23.
15. Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan. Comité de Ética Hospitalaria. Recomendaciones para la toma de decisiones terapéuticas en pacientes gravemente enfermos. *Arch. argent. pediatr* 1998;96:399-403.
16. Royal College of Pediatrics and Child Health. Withholding and withdrawing life saving treatment in children. A framework for practice. London RCPCH, 1997.
17. Mchaffie HE. Withdrawing and withholding treatment: comments on new guidelines. *Arch Dis Child* 1998;79:1-5.
18. Steinberg A. Decision making and the role of surrogacy in withdrawal or withholding of therapy

- in neonates. Current controversies in perinatal care. Clin Perinatol 1998;25(3):779-790.
19. Orr RD, Genesen LB. Debate: medicine and religion: rational or irrational? J Med Ethics 1992;24:385-393
 20. Mellizo C. Sobre el suicidio y otros ensayos. Madrid: Alianza Editorial, 1980.
 21. Lecouna L. Eutanasia: algunas distinciones. En: Platts M. Dilemas éticos. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones filosóficas. México: Fondo de Cultura Económica, 1997:97-119.
 22. Lejarraga H. Los comités hospitalarios de Ética. En: O'Donnell JC. Administración de Servicios de Salud. Buenos Aires: Fundación Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", 1999:152-192. [Tomo III: Perspectivas, nuevos servicios y modalidades]
 23. Lejarraga H, Álvarez A, Scignini A. Formación de un grupo de trabajo sobre Ética Clínica en el Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan". Arch.argent.pediatr 1992;90:104-110.
 24. Lejarraga H. Comité de Ética Hospitalaria. Medicina Infantil 1997;4 (Suplemento).
 25. Di Bartolo I, García Marcos F, García CE. Comité de Bioética del Hospital Alemán: experiencia de un año de trabajo. Prensa Médica Argentina 1995;82: 556-564.
 26. Bordin C, Fraccapani L, Giannaccari L, Bochaty PA. Bioética. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Mendoza, 1994.
 27. Comité de ética del Hospital Privado de Comunidad. Normativa para el rechazo de transfusiones de sangre por razones religiosas (Testigos de Jehová). Biblioteca y departamento Médico. Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata, 1998.
 28. Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan". Comité de Ética. Consideraciones sobre las actitudes del personal del Hospital para con el paciente y su familia. Buenos Aires: Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan". Dirección Médica Ejecutiva, 1998.
 29. Tealdi JC, Mainetti JA. Los Comités Hospitalarios de Ética. Bol Of San Pan 1990;108:43-438.
 30. Beauchamps TJK, McCulogh LB. Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Labor, 1984.
 31. O'Donnell JC. Ética médica y deontología. Sobre algunos aspectos de la ética Social en Medicina. Medicina y Sociedad 1987;10:38-42.
 32. Sonis A. Salud Pública y Ética Médica. En: Merfo M. Curso de Ética en Medicina. Buenos Aires: Universidad Maimónides, 2003:147-151

INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

Sr. Editor:

Una terrible tragedia acontecida recientemente en la Capital Federal en la que se perdieron 8 vidas por emanaciones de monóxido de carbono (CO) de un calefón me ha movido a buscar un ámbito en donde expresarme y colaborar desde mi lugar como pediatra y miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría en la difusión de esta dramática pero prevenible intoxicación.

La intoxicación por CO es una amenaza permanente en cualquier lugar donde hay combustión (casas, departamentos, automotores), que no respeta ninguna clase social o económica ni necesariamente ninguna época del año. Como es obvio, siempre están más perjudicadas las familias de menores recursos, con más dificultades para calefaccionar sus ambientes y menor posibilidad de control periódico de los aparatos que pueden ser fuente de CO.

Si bien creo que es responsabilidad ineludible del Estado efectuar campañas de prevención en tiempo y forma a través de los medios masivos de comunicación, también considero que nuestra Sociedad de Pediatría puede desempeñar un papel en este aspecto. Se podría contemplar alguna forma de asesorar a las autoridades, concientizar a la población sobre las causas, las formas de evitar este enorme peligro y los síntomas prodrómicos y mantener el tema vigente a través de los diferentes sistemas de educación médica continua.

Espero que esta carta también logre incentivar el rol pediátrico de aprovechar las consultas de urgencia o programadas para transmitir conceptos de prevención en el área de esta intoxicación.

Saludo a UD. atte.

Dra. Fanny Breitman
fbreitman@intramed.net