

POLICLÍNICO DOCENTE "LUIS AUGUSTO TURCIOS LIMA". SAN JOSÉ DE LAS LAJAS,

BIOÉTICA Y PUERICULTURA

Dr. Joaquín Román Lafont

Especialista de II grado en Pediatría. Profesor Auxiliar.
Master en Atención Integral al Niño

RESUMEN

Hay autores que señalan que la ética médica y la bioética han centrado su atención en los grandes conflictos derivados de la sofisticada y moderna invasión tecnológica, sin embargo, poco se habla en la práctica de la satisfacción y participación de los pacientes en la decisión de las conductas terapéuticas y procederés clínicoquirúrgicos. En ocasiones la prestación de los servicios de salud se ve afectada por situaciones inesperadas con pacientes que rechazan las indicaciones médicas. El personal que realiza la Puericultura no está exento de tales situaciones y con frecuencia deben tomarse decisiones éticas que han de ser de importancia capital para el bienestar materno infantil. En las Consultas de Puericultura Prenatal y Postnatal, tanto los profesionales que laboran en ellas como los alumnos de medicina y enfermería que se están formando como futuros profesionales, deben velar porque se apliquen los Principios de la Bioética (la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia en salud). Presionados por el cumplimiento administrativo de los treinta y tres Objetivos Específicos establecidos en el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, no siempre es reconocido por el médico o enfermera puericultora el derecho de autonomía del paciente o familiar responsable, en saber, opinar y decidir, sobre el cumplimiento de cualquier indicación médica o proceder, y aunque sea emitido con la mejor intención de promover la salud, puede que se estén violando los mencionados Principios de la Bioética.

Descriptores DeCS: **CUIDADO DEL NIÑO/ética**

INTRODUCCIÓN

A partir del Triunfo de la Rebelión el primero de enero de 1959 se dan pasos agigantados para

cambiar completamente la concepción del ejercicio de la Medicina individual, lucrativa y a predominio de acciones curativas. Con la unificación de las varias instituciones u organismos que ejercían en la práctica las acciones de salud, se logró un sistema único nacional de salud, respondiendo a partir de ese momento a un solo organismo rector, el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) (1).

El impacto del Sistema Nacional de Salud como sistema único se apreció de inmediato como beneficio social al definir y ponerse en práctica sus 5 principios fundamentales:

1. La salud es un DERECHO de todos los ciudadanos y una RESPONSABILIDAD del Estado.
2. Los Servicios de Salud ACCESIBLES a toda la población y con carácter gratuito.
3. Las acciones de salud de carácter INTEGRAL (preventivo-curativas).
4. Los servicios de salud deben ser PLANIFICADOS.
5. Participación activa de la COMUNIDAD.

De inmediato se comenzaron a confeccionar diversos Programas de Salud nacionales, pero ahora con un enfoque epidemiológico completamente diferente, con participación priorizada de las actividades preventivas.

Con la socialización de la medicina y creación del Servicio Médico Social Rural, los médicos recién graduados comenzaron a ejercer su profesión en las montañas, la ciénaga, en los campos, beneficiando a una gran masa de población que por muchos años había sido olvidada y discriminada por ser “una clase de bajo nivel económico y cultural”, lográndose en pocos años la cobertura total del territorio nacional¹. Así fueron establecidos programas nacionales de prevención de enfermedades y promoción de salud, como el de la lucha contra el paludismo, la gastroenteritis, el cáncer cérvicouterino, contra la tuberculosis, se impulsaron masivamente campañas de vacunación contra el tétanos, la difteria, la tosferina, la poliomielitis, se sistematizó la vacunación con BCG a recién nacidos como parte de la prevención de la tuberculosis: se ejecutó el control de foco de fiebre tifoidea vacunándose con antitifoídica a todo contacto o susceptible. Se fortaleció la red asistencial de atención primaria con la creación de los Policlínicos Integrales en todas las Áreas de Salud del país, garantizándose la atención secundaria con la inauguración a todo lo largo y ancho de la Isla de una red de hospitales generales, clínico quirúrgicos, maternidades, materno-infantiles, pediátricos y, con una fuerza nunca antes vista, el desarrollo de los Hospitales Rurales como impulso creativo de la Salud Pública cubana, apoyados asistencialmente por el Servicio Médico Social Rural. Además, se dispuso de la implantación de Servicios de Neonatología en todas las Maternidades, caracterizándose el desarrollo de toda esta amplia red de unidades de salud con la priorización de la atención materno infantil. Siendo los Policlínicos Integrales las principales unidades de atención primaria con un gran peso en la ejecución de los programas de prevención y fomento de la salud, se estableció como requisito imprescindible que en los mismos se brindaran consultas de las 3 especialidades básicas: Ginecobstetricia, Pediatría y Medicina Interna⁷. Y por supuesto, como colofón de todas estas transformaciones producto del nuevo enfoque de la medicina

preventiva, las Consultas de Puericultura constituyeron las herramientas idóneas para la realización de las tareas de prevención en la atención a la madre y el niño.

La palabra P U E R I C U L T U R A (del griego “*puero*”, niño, y “*cultura*”, cuidado, cultivo), expresa el cultivo de la infancia; es decir, la suma de reglas y cuidados para favorecer el mejor desarrollo fisiológico del niño desde antes del nacimiento (puericultura intrauterina) o después (puericultura extrauterina). Como el concepto de niño se refiere a todo individuo menor de 15 años, de una manera práctica se puede clasificar la Puericultura en: Puericultura Prenatal (desde la concepción hasta el parto), Puericultura Neonatal (durante la etapa hospitalaria del recién nacido), Puericultura Postnatal (durante la etapa de lactante o menor de un año de edad), Puericultura Preescolar (a niños de 1 a 4 años) y Puericultura Escolar (a niños mayores de 5 años) ². Actualmente se amplía el perfil de acciones pediátricas a más allá de los 14 años, para ejercer la Puericultura del Adolescente (entre los diez y diecinueve años)^{3,4}.

El objeto de la Puericultura es “brindar una atención integral a niños y adolescentes, tanto física como mental y emocional, mediante actividades de prevención y fomento”. En fin, el propósito de esta disciplina es conseguir que el niño alcance su madurez en las mejores condiciones posibles ⁵ y se encuentre capacitado al máximo para la lucha por su existencia al mismo tiempo que con un equilibrio biológico tal que su paso por la vida represente un beneficio para sus semejantes y en ningún caso un perjuicio o perturbación para la sociedad ³. Naturalmente que en lo que se refiere al “cuidado” serán las primeras edades las que más nos obligan a las acciones de prevención mediante la práctica de la Puericultura, pues el ser humano es, de todos los de la escala zoológica, el que nace más desvalido y con mayor dependencia.

¿Cuál ha sido el impacto de las Consultas de Puericultura en nuestra sociedad? Hay que recordar que en la década de los '60 nuestro país luchó tenazmente para reducir los indicadores de mortalidad. El gobierno revolucionario heredó una tasa de mortalidad infantil superior a 60 por mil nacidos vivos, y al final de esa década (1970) ya se encontraba este indicador en 38,7 por mil nacidos vivos⁶. A partir de 1970 se pone en ejecución el Programa para la Reducción de la Mortalidad Infantil con el propósito de lograr disminuir esta tasa al 50% en diez años, cosa que el escepticismo de muchos lo veían como casi imposible. Sin embargo, este objetivo se alcanzó en 1980 con una tasa de 19.6 por mil nacidos vivos ⁷. Pero a partir de entonces comienza una nueva etapa. Ya las enfermedades diarreicas y otras enfermedades prevenibles por inmunizaciones dejan de aparecer entre las principales causas de mortalidad infantil, mientras que las afecciones perinatales, las anomalías congénitas y los accidentes ahora se cuentan entre las principales causas, igual que ocurre en las estadísticas de los países desarrollados. Hasta la década de los '80, Cuba era analizada en el foro internacional de acuerdo a los indicadores negativos de la mortalidad, pero en esa década ocurre un hecho sorprendente para un país del tercer mundo, a partir de entonces Cuba pasa a la vanguardia analizando su cuadro de salud con indicadores de vida, como lo son el crecimiento y desarrollo de la población de 0 a 19 años^{8,9} el estado nutricional de la infancia¹⁰, la reducción del bajo peso al nacer, la erradicación del analfabetismo, el aprovechamiento escolar, la esperanza de vida, el nivel de inmunizaciones

contra enfermedades prevenibles por vacunas, habiéndose erradicado la poliomielitis (1962), el tétanos neonatal (1972), la difteria (1979), el síndrome de la rubéola congénita (1989), la meningitis urleana o postparotiditis (1989), el sarampión (1993), la rubéola en niños mayores y embarazadas (1995), la parotiditis o paperas (1995), la tosferina (1997), además de lograr tasas tan infinitamente bajas que prácticamente no representan un riesgo en el cuadro de salud nacional, el tétanos en adultos, infecciones por Hemófilo influenzae tipo b, la hepatitis B en menores de 20 años, la meningoencefalitis meningocócica. Y actualmente en las Consultas de Puericultura que se brindan durante el primer año de vida, se le garantiza a todos los lactantes la inmunización contra 13 enfermedades prevenibles por vacunas, resultado de gran valor lo logrado gracias al cumplimiento sistemático de las normas de Puericultura en todo el país.

En los momentos actuales con el gran desarrollo científico-técnico alcanzado, el ejercicio profesional en el sector de la salud ha confrontado frecuentes dilemas éticos. Muchos estudiosos de la ética médica y la bioética han centrado su atención en los grandes conflictos derivados de la invasión tecnológica y se han soslayado aspectos relacionados con la satisfacción y la calidad de la atención que se recibe en el primer nivel de atención de salud y a problemas básicos relacionados con la justicia sanitaria^{11,12}.

El personal de salud que realiza la Puericultura con frecuencia debe tomar decisiones éticas que pueden ser de importancia capital para el bienestar de la población materno infantil ¹³.

Si bien es obligación de este personal el cumplimiento de todos los parámetros establecidos en los Programas de salud nacionales, también es su deber el reconocer los derechos del paciente como sujeto autónomo, el derecho a saber y opinar sobre la conducta o intervención que se pretenda asumir con él, aún reconociendo la intención de promover su salud, evitar enfermedades o diagnosticar, tratar o rehabilitar en caso necesario^{14,15}.

En la historia de la Medicina uno de los primeros principios de la ética médica surgió con la frase en latín “*primum non nocere*” (primero no dañar), o sea, el principio de no maleficencia, sinónimo de “no dañar”. Con el decursar del tiempo se le añadieron otros principios éticos como “*hacer el bien*” o principio de la beneficencia, el principio de la autonomía del paciente y el de la justicia que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud¹⁴. El *principio de la autonomía* se define como la aceptación del individuo sobre quien recaen las acciones de salud, siendo éste el agente moral responsable y libre para tomar decisiones que competan con su vida. La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte del paciente, es el “consentimiento informado”. De una parte *la información* le corresponde al profesional de la salud y debe ser comprensible, clara, que dé respuesta a las dudas sobre lo que el paciente quiera saber; mientras que *el consentimiento* es competencia plena del paciente o su representante moral o legal y debe ser un consentimiento voluntario, sin presiones autoritarias ¹⁵. En cuanto al *principio de la justicia, es el derecho a la vida, a la salud* ¹⁶. En Cuba este es uno de los principios en que se basa nuestro Sistema Nacional de Salud donde se expresa que la salud es un Derecho de todos los ciudadanos y una Responsabilidad del Estado¹. *La justicia en salud*

significa dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, independientemente de su status social y sin reparar en los costos.

La prestación de los servicios de salud y el desarrollo de la Puericultura con acciones dirigidas a mujeres en edad fértil, embarazadas, puérperas, recién nacidos, lactantes, preescolares, escolares y adolescentes, en ocasiones se ve afectada por situaciones inesperadas al enfrentarse con pacientes que rechazan, o no son disciplinados, con relación a las indicaciones médicas para el cumplimiento de lo establecido en el Programa Nacional de Atención Materno Infantil ⁶, colocando al Puericultor en una encrucijada difícil ante la disyuntiva de cómo mantener el equilibrio entre las presiones administrativas para que se alcancen los objetivos y metas de dicho Programa, y al mismo tiempo reconocer el derecho de dichas madres, niños y adolescentes, para determinar si en ellas mismas (las madres) o en sus hijos, se deban llevar a cabo las acciones propuestas, desde las acciones más sencillas como la aplicación de una vacuna, un análisis de sangre por lanceta o venipuntura, hasta acciones más complejas, más invasivas, como una amnioscintesis, una punción lumbar, una interrupción de embarazo, una exsanguíneo-transfusión. Y hay autores que se preguntan ¿hasta que punto la sociedad moderna con su énfasis a veces un tanto exagerado en la revolución tecnológica y sofisticada pueda contribuir a la deshumanización en los servicios de salud?

Es en esos instantes, cuando el profesional de la salud se enfrenta a una situación conflictiva, que necesita encontrar una salida satisfactoria aplicando la lógica del pensamiento científico, pero sin subvalorar los principios éticos de respeto a la autonomía, la beneficencia y la justicia.

DESARROLLO

Dice un refrán: “*De buenas intenciones está empedrado el camino que va al infierno*”. Todo Puericultor tiene buenas intenciones. Todo profesional de la salud tiene el deseo de hacer el bien, ni siquiera le pasa por su mente que cumpliendo con su deber vaya a dañar al paciente que está atendiendo, pero... ¿hasta qué punto una prescripción facultativa, la indicación de un procedimiento emitido con muy buena fe sin tener plena conciencia o subvalorándose el derecho de autonomía del paciente, puede convertirse en un obstáculo entre el médico y el paciente, que deteriore la relación médico-paciente?¹⁷

El autor revisó en diferentes bases de datos los conceptos más prácticos sobre la Bioética aplicados en las etapas iniciales de la vida y sintetizó la información más actualizada posible, para que el lector interiorice la importancia y el alcance de este tema para la Puericultura y lograr una buena relación médico-paciente.

Se obtuvo información de las siguientes fuentes: bases de datos bibliográficos, publicaciones seriadas de instituciones nacionales e internacionales relacionadas con la atención del niño. Las búsquedas se hicieron en español e inglés en la página Web de Infomed (Revistas Cubanas, Anuario Estadístico Año 2005); en el CD de la Maestría Atención Integral al Niño 2004, Curso 7 Temas 1 y 3, Curso 8 Tema 1; temas de estas materias impartidos en el Primer Diplomado Nacional de Atención Integral a Niños y Adolescentes Sanos en el 2005; publicaciones y libros de texto en las Bibliotecas del municipio (Hospital General Docente “Leopoldito Martínez”, Policlínicos “Luis Augusto Turcios Lima” y “Santiago Rafael Echezarreta Mulkay”, y el Bloque

Docente municipal), además, por criterio de expertos, la recopilación de anécdotas vividas por profesionales de la salud con años de experiencia.

En las búsquedas se utilizaron los términos o palabras claves siguientes:

- a) «puericultura, niños»
- b) «puericultura, madres»
- c) «consentimiento informado, madres»
- d) «bioética, salud»

En la práctica, por referencia de profesionales de experiencia, se constata que el Puericultor dedica poco tiempo en la aplicación de los principios de la Bioética, como el de la autonomía del paciente mediante el consentimiento informado. Analicemos algunos ejemplos de situaciones reales en Consultas de Puericultura pre y post-natal:

Cuando se esté realizando un proceder riesgoso al niño o a la madre, cuidarse de chistes innecesarios, de mal gusto, o alguna forma de actuar por el personal de la salud por lo cual el paciente o el familiar presente, lo interprete como una acción deshumanizada, fría, burlona, como si las personas fueran atendidas igual que si fueran objetos y no como seres humanos.

Adolescente embarazada que va sola al médico y éste le indica un legrado y aprovecha unilateralmente en colocarle un DIU, sin comunicárselo a la adolescente. ¿Y con la otra “mitad de la naranja”? Ignorando la participación del novio y haciendo que toda la responsabilidad recaiga sobre la mujer, ¿no es un acto discriminatorio? ¿Se ha intentado hacerle comprender a la pareja que también él es responsable en la producción de dicho accidental embarazo no deseado y que participe en afrontar sus consecuencias honorablemente?¹⁸

Pareja que ambos son portadores de anemia por hematófalciformes (sicklecémicos). En el embarazo actual, ¿cuál será la mejor decisión.. interrumpir el embarazo o arriesgarse en tenerlo? En este caso la información profesional debe ser clara, a su nivel de entendimiento para que si se arriesgan sepan que están jugando a la ruleta, tienen el 75% de perder y el niño podrá nacer portador o enfermo, con sus irreversibles consecuencias. Debe respetarse la autonomía de la pareja, de ellos depende la última palabra.

Mujer añosa con 2 hijos adultos que quiere concebir otro niño, porque así piensa que podrá asegurar el matrimonio con su nuevo marido, más joven que ella. Puede que el médico vea en esta mujer un fallo del control del riesgo preconcepcional y de riesgo gestacional, pero debe cuidarse que ese sentimiento no aflore en una respuesta rápida, superficial, para prohibirle de entrada que vuelva a embarazarse, sin tomar en cuenta los sentimientos de la mujer, aunque sea velando por su salud.

Ante el resultado alterado de exámenes especiales del recién nacido (TSH, FKU), debe aplicarse el principio de la *beneficencia*, haciendo que la familia comparta el punto de vista científico del pensamiento médico y cuan importante es su atención precoz y oportuna para evitar las secuelas de un retraso mental.

Grandes logros se han alcanzado en los indicadores de salud desde que se estableció en Cuba el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, el cual consta de 4 Objetivos Generales, 33 Objetivos Específicos y más de 50 Metas. Para el cumplimiento de este Programa un importante peso lo tienen las Consultas de Puericultura (Prenatal y Postnatal), en las cuales se experimenta

un sistemático control y una constante presión administrativa. Con ese mismo rigor científico y aprovechando la universalización de la enseñanza de la Medicina a nivel municipal, debe incorporarse la práctica de la Bioética desde la etapa formativa de los futuros profesionales de la salud.^{19,20}

La información adecuada y oportuna a pacientes y familiares es un elemento básico para una buena comunicación y relación médico-paciente, sobre todo, cuando se necesita realizar un proceder de mayor complejidad, un proceder invasivo con mayor riesgo a complicaciones y secuelas. Es necesario que Ginecobstetras, Neonatólogos, Pediatras, Médicos de Familia y Enfermeras que realizan Puericultura, tengan una mejor preparación y actualización en esta disciplina, la Bioética, para perfeccionar la atención materno-infantil en los Principios de la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Santes L, Amaro Cano MC. Capítulo 1 La Salud Pública en Cuba. En: Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001; Vol 1: Salud y Medicina. p.1-6.
2. Domínguez Dieppa F. Atención al Niño. En: Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001; Vol 1: Salud y Medicina. p. 151-59
3. Alfonso CR, Gallego Machado BR. Programa para rescatar la consulta de puericultura sistemática hasta los 19 años. [periódica en línea]. Disponible en: <http://www.trabajadores.cu/materialesespeciales/suplementos/salud/ninos-y-adolescentes/mantener-sanos-a-ninos-y-adolescentes>. Consultado 14 de Mayo 2007.
4. Prieto M. Alteraciones del crecimiento y desarrollo. En: Cruz F. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud del adolescente. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1999. p. 51-89.
5. Berdasco Gómez A. Curso 7 Tema 3 Desarrollo neuropsicomotor durante el primer año de la vida. En: Riverón Corteguera RL. Maestría Atención Integral al Niño, [monografía en CD ROM]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2005.
6. Ministerio de Salud Pública, Departamento Nacional de Salud Materno Infantil. Programa Nacional de Atención Materno Infantil 1989. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1989.
7. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2005. [periódica en línea]. Disponible en: <http://www.sld.cu/Documents and Settings\Administrator\MORTALIDAD\Anuario de Salud 2005>. Consultado 20 de Febrero 2007.
8. Esquivel Lauzurique M. Curso 7 Tema 1 Características y control del crecimiento y desarrollo infantil. En: Riverón Corteguera RL. Maestría Atención Integral al Niño [CD ROM]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2005.
9. Gutiérrez JA. Crecimiento y desarrollo del niño. En: Torre E de la, editor. Pediatría. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1996; T 1..p. 28-57.
10. Pineda Pérez S. Curso 8 Tema 1 Alimentación y nutrición del lactante y el niño pequeño. En: Riverón Corteguera RL. Maestría Atención Integral al Niño, [CD ROM]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2005.

11. Amaro Cano MC. Ética en la Atención Primaria de Salud. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001; Vol 1 Salud y Medicina. p. 30-5.
12. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar: VII Reunión Metodológica del MINSAP. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1997.
13. Ministerio de Salud Pública. Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1988.
14. Amaro Cano MC, Marrero Lemus A, Valencia ML, Blanca Casas S, Moynelo A. Principios básicos de la Bioética. Rev Cubana Enfermer 1996; 12 (1): 32-9.
15. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 4. ed. Oxford: Oxford University; 1994.
16. Un llamamiento a favor de la igualdad. En: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2007. Nueva York: UNICEF; 2006.p.1-16.
17. Granda Ibarra H, Heredero Baute L, Lantigua Cruz A, Menéndez Camporredondo F, Quintana Aguilar J, Rodríguez Pena L. Programa para el diagnóstico y prevención de malformaciones congénitas y enfermedades hereditarias. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Centro Nacional de Genética Médica; 1986.
18. Bruckmer H. Lactar es amar: conocer, cuidar y mantener la fuente natural de alimentación del lactante. La Habana: Científico Técnica; 2002.
19. Torre E de la, Pelayo E, Gutiérrez JA, González JA. Temas de Pediatría. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
20. Ministerio de Salud Pública, Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Formulario Nacional de Medicamentos. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2006.

SUMMARY

There are authors who indicate that medical ethics and the bioethics have focused their attention on the great conflicts derived from the sophisticated and modern technological invasion, nevertheless, little is spoken of the satisfaction and participation of the patients in the decision of the therapeutic conducts and clinical-surgical procedures. Sometimes the benefit of the services of health is affected by unexpected situations with patients who reject the medical indications. The personnel who develops childculture is not free of such situations and frequently ethical decisions must be made that are to be of capital importance for the infant-maternal well-being. the professionals who work in antenatal and postnatal childculture consultations, as well as the medicine and infirmary students that are forming as future professionals, must guard the Principles of Bioethics so that they can be applied (nonslander, charity, autonomy and justice in health). Pressed by the administrative fulfillment of the thirty and three Specific Objectives established in the National Program of Infant-Maternal Attention, not always the doctor or nurse who are in charge of childculture recognize the right of autonomy of the patient or responsible relative, in knowing, thinking and deciding on the fulfillment of any medical indication or procedure, and although it may be emitted with the best intention to promote health, it is possible that the above mentioned Principles of Bioethics are being violated.

Subject Headings: **CHILD CARE/ethics**

Dr. Joaquín Román Lafont

E-mail: jrlafont@infomel.sld.cu