

PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA  
ISSN 0124-4108 Número 9 junio de 2003  
Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia pags. 46-71

**María Victoria Benjumea R.**

Nutricionista Dietista  
Especialista en Economía Cafetera  
Aspirante a doctorado en  
Ciencias de la Salud -ISCM-H-, Cuba  
Profesora asistente.  
Departamento de Salud Pública  
Facultad de Ciencias para la Salud  
Universidad de Caldas. Manizales  
E-mail: mvbr59@hotmail.com

### Resumen

**PALABRAS CLAVE:**

Consentimiento educado,  
antropometría materna,  
participación voluntaria

La vigilancia epidemiológica de la mujer gestante plantea interrogantes morales que merecen una cuidadosa evaluación para proponer un modelo ético de relación asistencial con equidad, autonomía, y responsabilidad. En la mujer gestante, su autonomía está limitada por la responsabilidad moral que conllevan las decisiones que tome sobre la vida y potencialidad del crecimiento fetal; y en el equipo de salud, por la equidad, neutralidad y efectividad en las respues-

tas ante las alteraciones en la evolución de la gestación y la presencia de factores de riesgo en la gestante. Aunque según el principio de autonomía de la disciplina de la Bioética "*Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo.....*" en el caso de la gestante, ni ella ni el equipo de salud, pueden ignorar los efectos negativos del ejercicio de ese derecho sobre la nueva vida que se gesta.

# Bioethics in the nutritional epidemiologic vigilance of the Colombian pregnant woman

## Summary

The epidemiologic vigilance of the pregnant woman raises moral queries that deserve careful evaluation in order to propose an ethical model of healthcare relation with fairness, autonomy, and responsibility. In a pregnant woman, her autonomy is limited by the moral responsibility that bears the decisions that she makes regarding the life and potential growth of the foetus, and in the medical team, for the justness, neutrality and effectiveness in the answers concerning the alterations in the

evolution of the gestation and the presence of risky factors in the expecting mother. Although, according to the principle of autonomy of the discipline of the Bioethics "Every human being of mature age and sound judgement is entitled to determine what should be done with its own body.....", in the case of the expecting mother, neither her nor her medical team can ignore the negative effects of exercising that right on the new life that is developing.

### KEY WORDS:

Educated consent, maternal anthropometry, voluntary participation

"El peso materno es sensible a estrés nutricional agudo durante la gestación y, en comparación con otras medidas antropométricas, presenta la impresión más generalizada del crecimiento fetal.."

*Krasovec K., Anderson MA. (1990)*

## INTRODUCCIÓN

La vigilancia epidemiológica de la mujer gestante plantea interrogantes morales que merecen una cuidadosa evaluación para proponer un modelo ético de relación asistencial con justicia, autonomía, y responsabilidad moral. En *la mu-*

*jer gestante*, su autonomía está *limitada* por la responsabilidad moral que conllevan las decisiones que tome sobre la vida y potencialidad del crecimiento fetal; p.e: fumar (1-4), consumir licor (5-7) o sustancias psicoactivas (8-11),

*A la luz de los principios de la bioética, la vigilancia nutricional de la gestante colombiana deja mucho que desear*

abortar, o no aumentar de peso, entre otros; y *en el equipo de salud*, por la equidad, neutralidad y efectividad en las respuestas ante las alteraciones en la evolución de la gestación y la presencia de factores de riesgo de malnutrición fetal en la gestante. Aunque según el principio de autonomía de la disciplina de la Bioética "*Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo....*"(12) en el caso de la gestante, ni ella ni el equipo de salud, pueden ignorar los efectos negativos del ejercicio de ese derecho sobre la nueva vida que se gesta.

La FAO, el UNICEF, y la OPS fueron los organismos promotores de la vigilancia epidemiológica en nutrición en América Latina y el Caribe con las encuestas nutricionales realizadas en la década de los 50(13). Las primeras encuestas nutricionales llamaron la atención de los políticos, quienes a su vez, abrieron espacio a los nutricionistas, espacio que según Adolfo Chávez, "*no se supo utilizar porque se llevaron a cabo pocas acciones eficaces*" (13); cincuenta años después poco se ha avanzado en Colombia, pues aunque los procesos diagnósticos se han simplificado (de lo clínico a lo antropométrico), se ha logrado la descentralización administrativa, se ha ampliado la cobertura en salud con la Ley 100 de Seguridad Social en Salud (14), —contadas las excepciones—, no existe todavía una relación eficaz entre la detección del problema nutricional y su atención y preven-

ción oportunas. La vigilancia epidemiológica nació en Colombia casi 10 años después que en Cuba y en el Ecuador (13); y la inclusión de la gestante en la vigilancia epidemiológica se dio 14 años después de implementarse el sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional en Colombia.(15)

Diversas propuestas de sistemas de vigilancia nutricional para la gestante han surgido en el continente americano con el propósito de disminuir el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal (16-24); sin embargo, en Colombia, todavía falta mucho por cualificar la vigilancia nutricional para prevenir eficientemente los efectos adversos, no sólo en el recién nacido sino también en la mujer gestante. A la luz de los principios de la bioética, la vigilancia nutricional de la gestante colombiana deja mucho que desear. Por tal razón, el objetivo de este trabajo es proporcionar elementos teóricos desde la bioética que promuevan la reflexión sobre el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica nutricional de la gestante en nuestro país; para tal fin, presento de manera sucinta el origen y definición de la bioética, sus características básicas, y los principios que la rigen.

## **BIOÉTICA**

**Origen y definición:** el término *Bioética* "*es un neologismo introducido en el idioma inglés por Potter en 1970*". (25) Según Diego Gracia G (1998) (26) "*su éxito ha sido*

*Luna F. define la bioética como la reflexión sistemática de los asuntos morales que se relacionan con la vida*

*proporcional a su indefinición" pues cada quien lo interpreta de acuerdo con su profesión o ideología. Los médicos vieron en él el nuevo rostro de la clásica ética médica o deontología profesional; los biólogos y ecólogos, por su parte, consideraron que obedecía a la nueva toma de conciencia de las sociedades avanzadas por el futuro de la vida, ante las continuas agresiones al medio ambiente. Las éticas de raíz teológica, judías, cristianas y musulmanas, creyeron ver en la nueva palabra 'bioética' la expresión de su criterio de santidad de vida; las éticas seculares, sobre todo las utilitaristas, la hicieron sinónima de calidad de vida(26). En 1974 comenzaron los trabajos de la National Commission norteamericana que tanto ha tenido que ver con el rumbo que fue tomando la bioética como disciplina. En 1978, como resultado final del trabajo de los miembros de esta Comisión, entre los que se encontraba Tom L. Beauchamp, se elaboró un documento conocido con el nombre de Informe Belmont; en él están formulados tres de los cuatro principios que hoy se consideran canónicos en bioética: *respeto por las personas, beneficencia y equidad*(25).*

La Bioética se definió en la Enciclopedia de Bioética como el "*estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales*"(27-31) La Bioética, como disciplina, nació en

Estados Unidos por iniciativa de diversos profesionales del ámbito de las ciencias de la vida; entre ellos, se destaca al oncólogo *Van Rensselaer Potter*, quien utilizó por primera vez el término bioética en su obra *Bioethics: Bridge to Future*. El término bioética de ese entonces era controversial, pues no se sabía con claridad si la ética se debía empezar a preocupar por los datos biológicos o si, por el contrario, las ciencias de la vida debían empezar a considerar las cuestiones éticas de su ejercicio. Potter definió la disciplina de la Bioética como "*el conocimiento de cómo usar el conocimiento.*"(31-33).

Por su parte, Luna F. define la bioética como la reflexión sistemática de los asuntos morales que se relacionan con la vida(30).

Potter alertó en sus escritos acerca del riesgo que corría la supervivencia de todo ecosistema debido al divorcio existente entre los ámbitos científico y humanístico, de tal manera que a la ciencia no le interesaba la ética y ésta parecía no atreverse a entrar en el mundo científico por encontrarse extraña a él; al referirse a esta separación, Potter fundamentó el crecimiento indiscriminado del saber científico y tecnológico que pone en peligro a toda la humanidad(31,34).

Diego Gracia, en su libro "*Fundamentación y Enseñanza de la bioética*"(26), señaló dos grandes razones históricas para su surgimiento: a la primera, la denominó "*Las revoluciones biológica y*

*La bioética en un  
sentido operativo  
se presenta  
como un  
laboratorio  
experimental de  
la ética en el  
campo de la vida*

*ecológica*" por los espectaculares avances producidos a partir de la década de los 60 en los campos de la biología molecular y de la ecología humana (p.e. ingeniería genética); y a la segunda, la definió como "*La revolución médico – sanitaria*", debido a los cambios operados en el ámbito sanitario en los últimos años que han llevado al incremento de la autonomía individual del enfermo y han posibilitado por un lado, el abandono del viejo modelo beneficiante heredado de la tradición hipocrática para dar paso a una nueva relación en la cual se le reconoce al ser humano la competencia moral para tomar sus propias decisiones, y por el otro, prolongar de manera artificial la vida hasta límites nunca antes sospechados utilizando los grandes avances tecnológicos disponibles(31). Los cambios en las políticas sanitarias también han promovido el fortalecimiento de esta disciplina, en especial, cuando los recursos necesarios son limitados para lograr la equidad en los servicios de salud(31).

La diversidad de posturas con relación a la definición de la bioética y su objeto de conocimiento se asocia con las diferencias de concepción de su estatus; ella es tratada en la literatura como ciencia, disciplina, ética aplicada, ética clínica, discurso interdisciplinario, movimiento cultural, etc. "*El referente científico de la bioética lo constituye la ética con sus diversas teorías, tendencias, escuelas, posturas ideológicas...desde las cuales han sido abordados los distintos problemas que han concitado su atención.*"(33) A la

bioética se le puede considerar surgida en el intento de profundizar en la búsqueda necesaria de la 'verdad', en todo aquello relacionado con el 'bien integral del paciente', es decir, sus esferas psicológica, biológica, y social para posibilitar la potenciación y expresión máximas del ser humano y alcanzar su felicidad. Aquella, toma y considera al ser humano en su relación estrecha con sus factores ambientales: naturaleza, cultura, religión, política y sociedad, entre otros; su campo es tan amplio e interdisciplinario que supera a la ética médica. El horizonte bioético va más allá del conjunto de normas jurídicas que ordenan a los ciudadanos y a la sociedad; y aun más allá, de todas aquellas deontologías que definieron en su esencia los principios y normas de la buena conducta entre los médicos y los pacientes(32,35,36).

La bioética en un sentido operativo se presenta como un laboratorio experimental de la ética en el campo de la vida, y por lo tanto, comprende una "*metaBioética*" racional de principios y una normativa orientada a la praxis. En ella la racionalidad científica encuentra su debido lugar en nombre de la objetividad, al tiempo que la sugestión, la tradición, la moral, y los sentimientos resultan por sí solos incapaces de fundamentarla y mucho menos de establecerla. El avance tecnológico y científico actual le ha proporcionado al ser humano la posibilidad de intervenir sobre otros seres y sobre su medio, lo cual ha producido modificaciones esenciales,

*“Una acción es inmoral cuando no resulta universalizable al conjunto de todos los hombres”*

profundas y de un impacto aún no conocido hasta el presente en el campo científico. Desde la introducción de la tecnología en la asistencia médica han surgido numerosos problemas de carácter jurídico, ético, moral y social que han estimulado la creación de los comités interdisciplinarios de ética para adoptar y hacer cumplir los principios de moderación y de prudencia en indicaciones éticas, en lugar de las morales(36,37).

**Características básicas de la bioética:** - tiene carácter eminentemente práctico y operativo, - presta singular atención a los hechos aportados por las ciencias biológicas-, y analiza los valores que acompañan los hechos para integrarlos en la toma de decisiones. Diego Gracia(26), planteó que “Los códigos deontológicos de la profesión médica, como los de cualquier otra actividad, son declaraciones de principios que los profesionales se comprometen a respetar desde el momento en que entran a formar parte de ese grupo.” Dada la complejidad de los problemas éticos a los cuales nos enfrentamos los profesionales de la salud, él propuso cinco requisitos básicos que deben considerarse en los métodos de resolución de dichos problemas: 1. *ética civil*: porque en las sociedades ‘avanzadas’ conviven personas creyentes, agnósticas y ateas con diferentes códigos morales; en ellas, se ha logrado elevar a la categoría de derecho humano fundamental el respeto a las creencias morales de todos, es decir, un acuerdo racional – no directamente

creencial - sobre el “derecho a la libertad de conciencia”, que le pide a la sociedad la exigencia de unos “mínimos morales” para todos. 2. *Ética pluralista*: “una acción es inmoral cuando no resulta universalizable al conjunto de todos los hombres”, debido a ello, el bien individual se lograría mediante el perjuicio del colectivo. 3. *Ética autónoma no heterónoma*: heterónoma se refiere a los sistemas morales que imponen externamente las normas a los individuos; las éticas autónomas consideran a la “razón humana” como norma de moralidad. 4. *Ética racional no racionalista*: la “racionalidad humana tiene siempre un carácter abierto y progrediente, con un momento a priori o principialista y otro a posteriori o consecuencialista.” 5. *Universalidad* – “más allá del convencionalismo”: “La razón ética, como la razón científica, aspira al establecimiento de leyes universales, aunque siempre abiertas a un proceso de continua revisión”(26).

## PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Aunque los sistemas bioéticos buscan cumplir con los requisitos anteriores, la diversidad en las tradiciones filosóficas y éticas lo dificulta. De acuerdo con el planteamiento de Gracia D.(26), la filosofía anglosajona ha tendido al ‘empirismo’: emotivistas con énfasis en el principio de la ‘Autonomía’, y ‘consecuencialistas’ al apoyar el principio de la ‘Beneficencia’; y la filosofía europea, al ‘racionalismo’ con principios absolutos, y

*El consentimiento informado se ha convertido en piedra angular de la discusión bioética debido a su asociación con la ideología del individualismo liberal y el resurgimiento de la autonomía*

'deontologistas', con la 'Justicia' como principio absoluto.(26) "*Como resultado de esto las éticas anglosajonas suelen ser utilitarias y las centroeuropeas no*".

Entre las discusiones comunes sobre la bioética se destaca la de la existencia o no de valores comunes compartidos por toda la humanidad (teoría de la "ética mínima") (26), pues se plantea que es imposible definir y generalizar el 'bien de las personas'. Autores como Engelhardt HT(31) confirman la importancia de que exista una bioética canónica 'normativa' secular dotada de contenido; y reconoce que ello posibilita la tarea de plantear cuestiones fundamentales sobre las que puedan existir acuerdos generales, lo cual descarta 'el relativismo moral'. Engelhardt justifica el derecho moral básico de toda persona a vender sus órganos al tiempo que niega la existencia de derecho fundamental humano alguno a recibir asistencia sanitaria mínima(33).

Diversos autores han conectado el desarrollo de la bioética con la necesidad de salvaguardar los Derechos Humanos para evitar que se convierta en una disciplina puramente metodológica. El resultado de esta necesidad llevó al establecimiento de un marco bioético común con cuatro principios fundamentales aceptados por todas las comunidades e individuos morales diferentes que se materializan en el consentimiento informado; ellos son: autonomía, beneficencia, no maleficencia, y justicia. (12-14,26)

El consentimiento informado se ha convertido en piedra angular de la discusión bioética debido a su asociación con la ideología del individualismo liberal y el resurgimiento de la autonomía. El consentimiento informado se trata de opciones determinadas por los expertos que los legos deben tomar o dejar, no metas consensuadas sobre el bien individual y sobre el bienestar personal; cada vez menos interpretan los especialistas el verdadero sentido de la calidad de la vida para una persona determinada y mucho menos la prioridad que asigna a sus diversos componentes; no hay solución al dilema como no sea creando comunidades de personas que comparten valores profundos y dejarlos a que en el diálogo y en la mutua aceptación de puntos de vista señalen qué es lo bueno, lo propio y lo justo(35). Cabe preguntarse ¿Qué sentido tiene el consentimiento informado para poblaciones semianalfabetas que no entienden siquiera el sentido de la acción médica? (35) Por ello, más que hablar de consentimiento informado Núñez Villavicencio Porro de F.(38,39) propuso hablar de "*consentimiento educado*".

Si se considera la relación de la bioética con lo sanitario, en el conflicto ético médico intervienen todos los miembros del equipo de salud, la administración de las entidades de salud, la política de salud prevalente, la familia, y las autoridades competentes, los cuales se pueden agrupar en: *el paciente, la familia, y, la sociedad y el equipo de salud*, cada uno con una

significación moral específica: el equipo de salud actúa bajo los principios de *beneficencia* y *no maleficencia*, el paciente y su familia por el de la *autonomía*, y la sociedad por el de la *justicia*(32,40).

Para la clasificación de los principios de la Bioética adopté la propuesta de niveles de Diego Gracia(26) a partir de lo que llamó los "mínimos morales": Nivel I constituido por los principios de 'No maleficencia' y 'Justicia' propios de la "ética de mínimos o del deber" tema que le corresponde al Derecho (correcto o incorrecto); y el Nivel II ó de la "ética de máximos o de la felicidad", lo conforman la 'Beneficencia' y la 'Autonomía', específicos de la moral (bueno o malo). Diego Gracia(26) planteó que "a los mínimos morales se nos puede obligar desde fuera"; mientras que la "ética de máximos" depende de nuestro sistema de valores o ideal de perfección y felicidad. Veamos:

- El principio de *no maleficencia* obliga a no hacer daño o injuria (abstenerse intencionalmente), y prevalece sobre la obligación de ayudar a los demás, aunque los resultados no sean los esperados por el equipo de salud; por daño Beauchamp y col. se refieren a "obstaculizar, dificultar o impedir que se cumplan los intereses de una de las partes por causas que incluyen las condiciones autolesivas y los actos (intencionados o no) de la otra parte"(25).
- El principio de *Justicia* alude a un atributo esencial de los sistemas sociales que promueven una práctica médica con igualdad de acceso para todos y una distribución equitativa de los recursos. Tradicionalmente, la justicia se ha identificado con la equidad, *con dar a cada uno lo que le corresponde*.(41) La organización de los sistemas de salud en los países capitalistas ha llevado a inequidades en la atención de salud. A pesar de que la esperanza de vida ha aumentado en el mundo en los últimos 40 años, no todos los grupos de población se han beneficiado por igual; así como en todos los países de la tierra hay desigualdades de recursos, también hay marcadas diferencias en el estado de salud de sus habitantes. En cada país, sea industrializado o no, las disparidades pueden ser tan grandes como las que existen entre los países más pobres y los más ricos. Ni el incremento general del crecimiento económico ni el mejoramiento de los indicadores globales de salud representan adecuadamente el progreso de la equidad en ese campo. La salud de los grupos menos favorecidos es sumamente sensible a las variaciones de las tendencias económicas, sociales, y políticas. Para juzgar la equidad es imprescindible saber si la salud de los más pobres mejora a un ritmo más rápido, más lento o igual que la de los más ricos o

*Las inequidades en salud no sólo surgen de las injusticias que afectan al sector sanitario, sino que también reflejan la naturaleza injusta de las relaciones en otros sectores, tales como el trabajo, la economía o la educación*

si, de hecho, se está deteriorando en relación con la de los segundos(42-44).

En todos los países, sean ricos o pobres, cuanto más elevada sea la posición social, mejor es la salud. El amplio alcance de las inequidades en salud afecta a una amplia gama de riesgos, enfermedades y consecuencias y refleja sus causas políticas, económicas y culturales. Las normas culturales pueden tener una extensa influencia en la naturaleza y magnitud de las desigualdades y quizá dictar también el grado en que se toleran. Los sistemas caracterizados por corrupción generalizada, violencia, racismo, discriminación de género, y ausencia de democracia son 'el caldo de cultivo' de las inequidades en el campo de la salud y en otras esferas sociales; sin embargo, incluso en las naciones más justas y democráticas, existen políticas o actitudes hacia la distribución del ingreso, el acceso a la educación, la igualdad entre los géneros, el nivel de violencia callejera y la tensión laboral que pueden servir para aumentar o reducir las diferencias en el estado de salud de los distintos grupos sociales. En consecuencia, las inequidades en salud no sólo surgen de las injusticias que afectan al sector sanitario, sino que también reflejan la naturaleza injusta de las relaciones en otros sectores, tales como el trabajo, la economía o la educación(42-44).

- El principio de *Beneficencia* "describe el empeño por maximizar el bien que se produce, al tiempo que se minimicen el daño y el padecimiento que se infligen"; exalta la inocuidad de los procedimientos médicos, la necesidad suprema de evitar las prácticas peligrosas e invasivas, y el logro del máximo bienestar(45); su mayor dificultad es la de 'caer' en el paternalismo. Beauchamp TL y Childress JF(25) consideran que "*primum non nocere*" es diferente a 'beneficencia' debido a que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. El daño que se hace a una persona es más inaceptable que el no haber promovido su bien en ciertas circunstancias(41,46).
- El principio de *Autonomía* es un principio profundamente arraigado en la cultura occidental, aunque ha tardado en tener repercusiones en el ámbito médico; significa el reconocimiento de que el ser humano, enfermo o no, es un sujeto y no un objeto(45,47); se refiere a la capacidad del ser humano de participar protagónicamente en la toma de decisiones que conciernen a su vida y a su salud; se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas, principios y convicciones; significa el reconocimiento de que el ser humano

'paciente' es un sujeto y no un objeto. La autonomía no promueve que el paciente haga o elija lo que quiera; se traduce en que éste debe ser correctamente educado sobre su situación y las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar; implica también que deben respetarse las decisiones de pacientes 'competentes' después de ser suficientemente informados. La autonomía se ha convertido en la consigna que simboliza el derecho moral y legal de los individuos a adoptar sus propias decisiones sin restricción ni coerción, por más bienhechoras que sean las intenciones del equipo de salud. Por tal razón se resalta la tendencia a prevalecer la autonomía sobre la beneficencia y es tal vez la reorientación más radical y conflictiva ocurrida en la larga historia de la tradición hipocrática; sin embargo, cabe preguntarse ¿cómo aplicar el principio de autonomía en poblaciones pobres, semianalfabetas y dependientes? (35,45,41) De ahí que no pueda hablarse de autonomía sin equidad en salud y justicia social.

#### **DE LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA AL CONSENTIMIENTO EDUCADO**

*"Conocimiento es poder"*  
Francis Bacon (1561- 1626).  
*"Por más informado que sea el consentimiento y muy voluntaria la participación, no queda el*

*investigador relevado de su obligación moral para con los sujetos de un estudio"*(35).

Fernando Lolas Stepke en su libro *Bioética y Antropología Médica* distingue entre *información, conocimiento y sabiduría*. La información, el dato escueto, la lectura de un instrumento.....no son todavía conocimiento, son datos. El conocimiento es información –o la supone- pero información organizada con un interés. Del interés le viene a la información la coherencia, la finalidad y el sentido para la sociedad que la produce y usa. *"El interés es el nexo significativo de los que cultivan el conocimiento y el saber. No hay conocimiento sin interés. No hay interés sin conocimiento."* Más allá de la información y del conocimiento está la sabiduría. *"La sabiduría es el logro personal de quienes, además de saber, saben qué saben y qué ignoran, saben porqué saben y también para qué saben."* Según Lolas, la sabiduría es *"un efecto o consecuencia del conocimiento maduro en personas preparadas excepcionales. Lo que va de la información a la sabiduría es la humanización o personalización del saber. Tal vez los dilemas éticos de la contemporaneidad médica ..... no se deban a la innata maldad de personas o pueblos sino a la creencia en la neutralidad total de todo saber."* (35,48-50)

- Origen del consentimiento educado: la teoría inicial del consentimiento informado es norteamericana y entró a formar

*La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente*

parte del patrimonio ético de toda la práctica de la medicina occidental; su verdadero desarrollo debe situarse en el contexto del amplio movimiento de reivindicación de los derechos civiles, el cual se inició a finales de la segunda guerra mundial y tuvo su auge, no sólo en los Estados Unidos, en las décadas de los sesenta y setenta. Este movimiento, paralelo al acelerado desarrollo científico técnico de la medicina, repercutió en el ámbito de la salud de tres formas íntimamente relacionadas; la primera, impulsó las cartas de reivindicación de los derechos de los enfermos de los que se considera como el más importante, el consentimiento informado, con el Código de Nuremberg como punto de partida, con énfasis especial, en la investigación en salud; la segunda, potenció el desarrollo de la disciplina de la Bioética que incidió notablemente en la actuación de los médicos y sirvió para desarrollar la teoría del consentimiento informado en el campo jurídico; y la tercera, generó crisis en el modelo clásico de relación médico – paciente influenciado por el paternalismo hipocrático que consideraba al paciente como un "minusválido físico, psicológico y moral" por su incapacidad para tomar decisiones por sí mismo(51).

- Definición: debido a que existen múltiples definiciones de

consentimiento informado me decidí por la del Colegio de Médicos Americanos que lo definió en su Manual de Ética de 1984 como "...*explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente*"(51). Según Lorda y col. la definición contiene casi todos los elementos de la teoría del consentimiento informado y en vez de "procedimientos terapéuticos" proponen hablar de "procedimientos diagnósticos y terapéuticos"(51) Beauchamp y Childress(25) en su libro "Principios de Ética Biomédica" argumentaron que "En los últimos años, el interés ya no está centrado en la obligación del médico o investigador de exponer información, sino en la calidad de la comprensión y el consentimiento del paciente o sujeto." Esta aseveración avala nuevamente la propuesta de Núñez Villavicencio Porro de F.(38,39) de llamar al consentimiento informado

"*consentimiento educado*." Las razones del cambio según Beauchamp y Childress (25) fueron fundamentalmente de autonomía y externas en principio a los códigos de ética e investigación. Algunos autores consideran que el consentimiento informado consiste simplemente en la toma de decisiones entre el profesional de la salud y el paciente y vuelven sinónimos consentimiento informado y toma conjunta de decisiones. La propuesta puede ser plausible cuando el proceso de consentimiento es constante, pero no cuando se presenta en un solo encuentro; por lo que Beauchamp y Childress lo consideran "*un proceso en el tiempo*" que se puede interrumpir, un intercambio de información que permite a los pacientes elegir, aprobar y autorizar las intervenciones. No se basa solamente en la firma de un documento por el paciente(25).

- Elementos: en la definición de consentimiento informado Beauchamp y Childress(25) distinguen dos componentes: *el informativo y el de consentimiento*. El componente *informativo* consiste en exponer la información y que ésta sea comprendida; el de *consentimiento* hace referencia a la decisión voluntaria de someterse o no a una intervención propuesta.

Las diferentes publicaciones legales, normativas, filosóficas, médicas y psicológicas parecen

estar de acuerdo en que los elementos del consentimiento educado son los siguientes: **elementos iniciales o condiciones previas:** 1. competencia (para entender, interpretar y decidir), y 2. voluntariedad (al decidir); **elementos informativos:** 3. exposición (de la información material), 4. recomendación (de un plan), y 5. comprensión (de 3 y 4); y **elementos de consentimiento:** 6. decisión (a favor de un plan) y 7. autorización (del plan elegido). En resumen, para dar el consentimiento educado a una intervención "*hay que ser competente, recibir una buena explicación de la información, comprenderla, actuar voluntariamente y dar el consentimiento*" de manera autónoma(25).

Para la Bioética en sus inicios "*la obligación profesional de obtener el consentimiento informado se fundamenta en 2 principios: la obligación de respetar las decisiones autónomas de los pacientes; y la de procurarles el mayor bien y ayudarlos a realizar su propio proyecto vital*"(12).

El consentimiento educado es un proceso continuo de diálogo que deberá ser registrado permanentemente en la historia clínica del paciente. Se trata de un proceso libre sin coacciones ni manipulaciones. Núñez Villavicencio Porro de F (38,39) plantea que un trabajo masivo con consentimiento

*El  
consentimiento  
educado plantea  
un reto ético de  
grandes  
dimensiones  
para los  
profesionales de  
la salud*

educado necesita de una previa actividad educativa que lo respalde y viabilice sus objetivos(15).

- Retos y desafíos: el consentimiento educado plantea un reto ético de grandes dimensiones para los profesionales de la salud. En primer lugar, con frecuencia los médicos muestran dificultades para aceptarlo, dado que hasta hace poco tiempo su formación académica y su práctica clínica respondían al modelo paternalista cuyo reemplazo impone una renuncia al monopolio del poder; en segundo lugar, los miedos u objeciones concretas manifiestas por los profesionales se convierten en una barrera para considerarlo en la práctica diaria al plantear la posibilidad de que la información genere en los pacientes una ansiedad innecesaria (se ha comprobado que si los pacientes reciben una información adecuada la ansiedad suele disminuir). El punto más importante radica no tanto en qué decir, sino en cómo decirlo.

Otro temor frecuente de los profesionales consiste en que la información aumente el rechazo hacia intervenciones consideradas necesarias. Bajo esta preocupación moral yace el típico esquema del paternalismo; por eso, hay que subrayar que lo que sea bueno para un paciente es el propio paciente quien deberá delimitarlo con la orientación

del profesional(36,52). Así mismo, los profesionales suelen asumir que los pacientes buscan a alguien que tome decisiones por ellos. Es cierto que hay pacientes que adoptan actitudes pasivas ante la toma de decisiones; pero esto no siempre es así, especialmente en el caso de pacientes jóvenes o con un nivel de escolaridad alto, que tienen una mayor conciencia sobre sus derechos y demandan mayor información y participación; no obstante, si una persona pide al profesional que decida por él, esto es un acto de autonomía moral, siempre y cuando se le haya ofrecido explícita y activamente la conveniencia de recibir esta información y de decidir conjuntamente(29,32).

El principal problema que los profesionales de la salud plantean es el tiempo que conlleva lograr el consentimiento educado de los pacientes, sobre todo tratándose de un sistema de salud dominado por un enfoque econometrista. Los profesionales afrontan mayores demandas asistenciales para las cuales no se dispone del tiempo adecuado debido a la reglamentación sobre la cobertura y el rendimiento en la consulta establecidos por el nuevo sistema de seguridad social en salud; ello que demuestra la falta de interés social, tanto en la formación académica, como en las normas establecidas por los sistemas de salud imperantes

*No basta con informar sobre los beneficios que conlleva el control prenatal para motivar a la mujer gestante a asistir temprana y periódicamente a este programa, si el equipo de salud no considera el sentido que tiene la vigilancia nutricional para ella y su familia*

al contradecir los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia, y Justicia. Se ha demostrado que la adecuada capacitación y motivación del equipo de salud, la población informada y educada, el asesoramiento adecuado, y el respeto por las creencias individuales, socioculturales y de los principios morales influyen en los resultados positivos de la atención de salud(12,33-36).

### **BIOÉTICA EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA NUTRICIONAL DE LA MUJER GESTANTE**

La bioética "también es la unidad de sentimiento y razón"; por ello "las contradicciones psicológicas presentes en los dilemas éticos" se deben considerar en la respuesta de la mujer gestante ante el control prenatal, y en la del equipo de salud que la atiende(38,39,53-55). La mujer gestante debe verse en la vigilancia epidemiológica como un fin y no sólo como el medio para lograr un producto de buena calidad y potencialidad al nacer; ella debe ser vista de manera integral durante la gestación y con posterioridad a ella al estar influenciada por situaciones complejas que potencian o no una buena actitud frente a este nuevo estado fisiológico, y al control prenatal. Si la asistencia al control prenatal dependiera sólo de la razón no se presentaría la baja cobertura o iniciación tardía del control prenatal que se describen en la literatura(56-58). Factores

tales como la estabilidad emocional de la pareja(59), la escolaridad(56,57), la edad(60,61), la paridad(62-65), (principios de Autonomía y Justicia); la accesibilidad económica y geográfica al control prenatal, (principio de Justicia)(44); y las características del servicio que se ofrece, (principios de Beneficencia, No Maleficencia, Justicia), entre otros, influyen en la mujer gestante para que asista, persista, y coopere activamente en la vigilancia epidemiológica (principios de Autonomía y Beneficencia). Por lo tanto, no basta con informar sobre los beneficios que conlleva el control prenatal para motivar a la mujer gestante a asistir temprana y periódicamente a este programa, si el equipo de salud no considera el sentido que tiene la vigilancia nutricional para ella y su familia.

La bioética y la vigilancia epidemiológica -VE- tienen orígenes, mentalidades y ritmos distintos; la primera nació en el nivel terciario de atención, y la segunda en el primario; pero ambas comparten el mismo objetivo: "...la toma de decisiones"(66). La VE actúa más a mediano y largo plazo y la bioética del tercer nivel a corto plazo; ello implica que la VE -deshospitalizada- debe ver al paciente de manera integral (con su estructura familiar y comunitaria) y no puntual (tratamiento y rehabilitación), con carácter de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y no curativo, y más educador que rehabilitador. Con base en estas aseveraciones de Gracia D.(66),

asumo que la VE maneja “*un mundo de valores de mayor amplitud y complejidad*” porque no son sólo los de un individuo sino los de una comunidad. De otro lado, Diego Gracia propone como problemas éticos hablar de “*hábitos de vida*” (virtudes y vicios) en vez de “*principios y consecuencias*” por ser estos últimos, abstractos, genéricos y descontextualizados a este nivel de atención de salud(66). El equipo de salud que trabaja en el nivel primario tiene la necesidad de conocer muy bien el contexto del hecho o del problema que aborda; desde la bioética, se habla de la nueva corriente ‘comunitarista’ de la ética. Esta nueva corriente permite una mejor comprensión “*de la capacidad o competencia de los pacientes, el manejo de la información, los criterios para determinar lo que es o puede ser el mayor beneficio del paciente, la comprensión de lo que es en cada caso ordinario o extraordinario*”, y proporcionado o no, etc. Con todo, el equipo de salud podrá también intervenir en el contexto del paciente y darle mayor importancia “*a los procedimientos de educación en los valores*”(66).

La vigilancia epidemiológica tradicional surgió como herramienta para observar e investigar de manera regular y continua la morbilidad y mortalidad de los grupos más vulnerables de la comunidad y tomar decisiones oportunas. Debe ir a la par con los medios para luchar contra el problema vigilado. La información obtenida debe ser “*exacta*”, “*oportuna*”, “*fidedigna*”, “*completa*”, “*objetiva*”, “*válida*”, y

“*comparable*”; es por tanto, una ‘*empresa colectiva*’ que no admite politización ni ‘estatus’ o privilegios disciplinares, terapéuticos o sectoriales en el análisis y toma de decisiones, y debe realizarse a todo nivel para que fluya efectivamente desde la comunidad afectada hasta el nivel central del Estado.(67,68) Su mayor crítica se fundamenta en la separación entre lo biológico y lo social, en la pérdida de identidad y confidencialidad del sujeto vigilado, y en su ineficiencia.

La vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional en Colombia surgió y se oficializó tardíamente, (1986), por el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES (18); se centró al inicio en el componente antropométrico y en el grupo infantil. En las mujeres gestantes fue posterior, (2000), y sin unidad de criterios en la vigilancia antropométrica. Con la aprobación de la Ley 100 de Seguridad Social en Salud, 1993, (14), y la publicación de la Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones de la gestación(15), se le dio autonomía a los organismos y profesionales de la salud para definir los instrumentos de vigilancia antropométrica y las intervenciones nutricionales de acuerdo con los recursos asignados y los criterios de los administradores y de los equipos de salud institucionales. Como consecuencia lógica, y a pesar del aumento de cobertura publicado por el sistema de salud, se presenta inequidad en la prestación de los servicios a la gestante debido, a que la calidad

*Se sabe que en los países en desarrollo, la gestación y la lactancia de las mujeres pobres representan un importante desgaste nutricional para la madre que inicia su gestación con desnutrición*

de la atención depende del tipo de servicio al que puede acceder: régimen subsidiado o contributivo.

Esta norma(15) le ha permitido también, a los organismos y profesionales de la salud, utilizar indistintamente gráficos para evaluar la ganancia de peso de la gestante sin que ello esté mediado por capacitación previa del Ministerio de Salud para su aplicación e interpretación adecuados y por controles que garanticen la responsabilidad moral y la ética de los profesionales en la utilización de la información para la toma de decisiones oportunas con la gestante.

En el equipo de salud no es de obligatoria presencia el nutricionista dietista; la formación en el pregrado de los médicos y enfermeras colombianos no los prepara para realizar una atención nutricional ética y científica, pues los contenidos curriculares no son suficientes ni homogéneos en todo el país (Ley 73 de 1979) (69); de la misma manera no los prepara para integrar en su práctica diaria el consentimiento educado en la vigilancia nutricional. Al no incluirse el nutricionista dietista en el equipo de salud que definió la Ley 100 de Seguridad Social en Salud de Colombia, la remisión a la consulta nutricional y la prescripción de suplementos de micronutrientes y de calorías y proteínas, se hace según el criterio del equipo de salud y de las políticas institucionales determinadas por los recursos económicos (principios de No maleficencia, Beneficencia, y Justicia).

Para la participación de este profesional en la vigilancia epidemiológica se hace necesario pactar el espacio en la consulta y la intervención nutricional con el equipo de salud por medio de una oferta de servicios, hecho que contradice lo decretado en la Ley 73 de 1979(69) que reglamentó el ejercicio de la profesión de Nutrición y Dietética en Colombia.

En Colombia, como en la mayoría de los países en desarrollo, la evaluación antropométrica del estado nutricional en la vigilancia epidemiológica durante el ciclo reproductivo, se ha centrado en la gestación; es muy usada en la práctica clínica privada y en la atención de salud pública pues requiere poca tecnología y genera mucha información valiosa que no siempre se usa con la ética y eficiencia que lo requieren(70). A diferencia de la evaluación nutricional que se realiza a mujeres en otros periodos fisiológicos (niñez, adolescencia, vejez), la cual se centra sólo en ella, la que se efectúa en la gestación, se espera que refleje el estado nutricional de la gestante, del feto, y también la potencialidad para producir leche materna de buena calidad y en buena cantidad(70).

La información obtenida en los controles prenatales se registra periódicamente en la historia clínica; pero se cuestiona la efectividad de esta actividad en términos de los beneficios para la salud actual y posterior de la madre, más aún cuando se sabe que en los países en desarrollo, la gestación y la

*El aumento de peso durante la gestación es el indicador más frecuentemente usado en la vigilancia epidemiológica de la gestante*

lactancia de las mujeres pobres representan un importante desgaste nutricional para la madre que inicia su gestación con desnutrición; contrario a esto, para las mujeres bien nutridas o con sobrepeso seguido de un breve o ausente período de lactación, el aumento excesivo de peso en la gestación significa aumento del riesgo de enfermedades crónicas en una etapa posterior de la vida (principios de No maleficencia y Beneficencia)(70).

Varios autores(70-73) han aseverado que el peso previo a la gestación se puede usar, tanto como indicador de la necesidad de aumento de peso durante la gestación, como elemento predictivo del peso del recién nacido, que puede contribuir al conocimiento del mecanismo biológico de la interacción entre nutrición y reproducción; sin embargo, en la consulta de rutina de las mujeres no gestantes no se incluye como información obligatoria. Otro aspecto importante que limita la efectividad de la vigilancia epidemiológica es la ausencia de una historia clínica única que impide conocer los antecedentes nutricionales de la gestante desde el momento de su nacimiento para relacionarlos con su estado nutricional y de salud actual (principios de No maleficencia, Beneficencia, y Justicia).

El aumento de peso durante la gestación es el indicador más frecuentemente usado en la vigilancia epidemiológica de la gestante; se determina al restar del peso en la

gestación, el previo a ésta, o el del primer trimestre(70,74,80); desafortunadamente no siempre se dispone de ese dato por lo planteado con anterioridad.

Otro aspecto que genera conflicto por la calidad del dato en la vigilancia epidemiológica materna es la arbitrariedad en la adquisición de los instrumentos antropométricos, y la falta de políticas institucionales para su mantenimiento y reparación; además, el funcionario asignado 'por turno' no siempre está preparado técnicamente para tomar medidas antropométricas en una situación fisiológica tan definitiva para la madre y el feto (No maleficencia, Beneficencia, y Justicia). La disponibilidad de equipos antropométricos de características técnicas diferentes, aun, en la misma institución (sensibilidad de básculas: 100 g., 500 g., 1.000 g.; metros fijados a la pared o tallímetros), su estado mecánico, 'la apatía' en la toma del dato, y la movilidad del personal de salud responsable de la vigilancia epidemiológica llevan a la obtención de medidas antropométricas de dudosa calidad, pues se altera de manera 'inadvertida' el dato sobre el cambio de peso de la gestante (No maleficencia, Beneficencia). Como consecuencia se llevan a cabo intervenciones nutricionales con la futura madre que repercuten en ella, en el feto, y en el sistema de salud (Justicia)(81).

De otro lado, la baja estatura de la gestante representa un indicador

*El mejoramiento del estado nutricional durante la gestación tiene un efecto valioso sobre el peso del recién nacido “únicamente en condiciones extremas” de pobreza o desnutrición*

aproximado de su crecimiento infantil y de la estructura óseo-pélvica considerada como riesgo de desproporción cefalopélvica y parto obstruido, causa importante de mortalidad materna y de sufrimiento fetal(70,81-84). La estatura requiere para su medida, de equipos especializados y de personal entrenado; ni lo uno ni lo otro, se han considerado importantes en la evaluación de la calidad del dato obtenido, y menos aún, en la decisión para intervenir nutricionalmente a la gestante, aunque la baja estatura de la gestante haya sido tenida en cuenta por los investigadores(16,17,21,71,72,81,84) en la proyección de la ganancia total de peso con el fin de disminuir el riesgo obstétrico y el sufrimiento fetal (No maleficencia, Beneficencia).

Las mediciones antropométricas efectuadas durante el período reproductivo deberían ser utilizadas para evaluar la capacidad de las mujeres de afrontar la tensión fisiológica de la gestación, y para identificar a las mujeres que más se beneficiarían con las intervenciones nutricionales (Justicia).

Es muy importante considerar en la planificación de los programas de intervención nutricional(70,85,87) que el mejoramiento del estado nutricional durante la gestación tiene un efecto valioso sobre el peso del recién nacido “únicamente en condiciones extremas” de pobreza o desnutrición(70). En repetidas oportunidades se ha planteado que la implementación de programas de

detección precoz y de redes de consulta sobre la base de mediciones antropométricas maternas puede ser más ‘viable’ que mejorar las condiciones socioeconómicas de la población, “pero *nunca debe considerarse un sustituto de esa mejora*” (Justicia)(70).

Adicionalmente la anemia nutricional(88), la hipertensión(89) y la diabetes(90) ocasionadas por la malnutrición materna (desnutrición y obesidad) se han descrito como factores de riesgo de resultados adversos de la gestación(81); si la vigilancia epidemiológica abarcara todo el ciclo reproductivo de la mujer se podrían controlar estos factores de riesgo, previo a la gestación, con el fin de disminuir los efectos negativos en la madre y en el feto.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano –CLAP-, en consideración con lo planteado, definió el control preconcepcional como “*la consulta que realiza la pareja previa a un embarazo con el objetivo de corregir conductas, factores de riesgo reproductivo o patologías que puedan alterar la evolución normal de su futuro embarazo. (sic) Tiende a orientar sobre hechos importantes a tener en cuenta antes de embarazarse (sic) como ...anotar la fecha de las últimas menstruaciones, determinar el peso pregrávidico de la mujer y corregirlo, si es necesario, así como controlar las patologías que pudiesen presentar (anemia, diabetes, etc.)*”(16).

*A la luz de los principios de la Bioética propongo la concertación de los nutricionistas dietistas con las instituciones y con el equipo de salud para definir el protocolo de consentimiento educado*

### **CONSIDERACIONES PARA UN PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO EDUCADO EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA NUTRICIONAL DE LA GESTANTE COLOMBIANA**

Para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica nutricional de la mujer gestante en un acto de consulta y a la luz de los principios de la Bioética propongo la concertación de los nutricionistas dietistas con las instituciones y con el equipo de salud para definir el protocolo de consentimiento educado, su finalidad, y el momento y tipo de intervención nutricional. Con la futura madre implica:

Identificar:

- Los afectos provocados por la gestación (estabilidad de la pareja, rol de mamá, contexto familiar, actitud frente al control de factores de riesgo para ella y el feto) y por el control prenatal (calidad, accesibilidad y oportunidad del servicio).
- Las motivaciones surgidas de las necesidades aducidas para asistir y persistir en el control prenatal (compromiso de asistencia y permanencia en el control prenatal).
- Lo que conoce sobre la gestación, beneficios y amenazas, sus opiniones sobre el control prenatal y la gestación y los criterios sobre las intervenciones y mediciones que se le realizan y proponen en el nuevo protocolo.

Respetar:

- El compromiso de derecho a la confidencialidad.

Definir y convenir:

- La estrategia para lograr la intervención nutricional en caso de alteración del estado nutricional durante la gestación: bajo peso o exceso de peso.
- La evaluación y atención nutricional posterior al parto.

La propuesta de protocolo de consentimiento educado para la vigilancia epidemiológica nutricional de la gestante colombiana debe contener información sobre su historia alimentaria y nutricional, antecedentes de peso y talla al nacer de la futura madre, y sobre las variables de antropometría materna propuestas por la OMS (70,73,84) para la vigilancia nutricional en situaciones diversas de acuerdo con el nivel de desarrollo del país y de atención de salud. Esta guía permitiría detectar de manera oportuna a aquellas gestantes que se beneficiarían con las intervenciones nutricionales para evitar consecuencias negativas en el estado nutricional y de salud de la futura madre y de su producto.

La vigilancia epidemiológica conlleva respuestas eficaces, efectivas y eficientes para controlar el problema detectado; por lo tanto, se debe coordinar la remisión de la gestante al nutricionista dietista para la atención nutricional, y la suplementación nutricional, si fuere necesaria.

Es indispensable contar en las instituciones con el equipo antropométrico recomendado para cada técnica y con el personal de salud entrenado en las diversas técnicas para la toma de las medidas

antropométricas y la evaluación del consumo alimentario; de igual forma, se deben estandarizar periódicamente los procedimientos para cada técnica y calibrar los equipos(83).

## Conclusiones

- La vigilancia epidemiológica de la mujer gestante a la luz de la Bioética no supone ningún problema en particular si se realiza con la aprobación de ella, con eficiencia, de manera interdisciplinaria, y con la tecnología necesaria para su evaluación. Deberá garantizar que las intervenciones nutricionales busquen el máximo bienestar del feto y contribuyan a mejorar la calidad de vida de la mujer en la gestación y con posterioridad al parto.
- Educar es mucho más que informar; en la vigilancia epidemiológica significa transmitir valores a través del ejemplo, actuar sobre la jerarquía de ellos y sobre la escala de motivos de la gestante para ayudarle en la potenciación de sus cualidades de independencia, firmeza, perseverancia y autonomía en su decisión de ser madre.
- Del equipo de salud que lleve a cabo la vigilancia epidemiológica se espera que sea excelente: no maleficente, sino beneficiante, con la aprobación de la gestante; y no negligente, sino diligente, con la ayuda del Estado.
- Del nutricionista dietista a la luz del código de Bioética de la Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas – ACODIN- (91), y de acuerdo con las determinaciones de la Ley 100 de Seguridad Social de Colombia, se espera su participación activa y creativa en la atención nutricional de la mujer gestante, de tal manera que logre: la promoción y aplicación de procedimientos metodológicos social y científicamente viables y la prescripción de tratamientos e intervenciones nutricionales de acuerdo con las características, necesidades y posibilidades de la gestante, sin generar expectativas en ella o en el equipo de salud sobre beneficios imposibles de lograr. Es muy importante que se considere el beneficio de la intervención nutricional sin que medien intereses económicos en la decisión; es decir, sólo debe pensarse en la salud y el bienestar de la futura madre y del feto; para ello, los principios fundamentales de la Bioética que deberá garantizar son, el de la Autonomía y el de la No maleficencia(91).

## Referencias

1. Rush D, Kristal A, Blanc W, Navarro C, Chauhan P, Campbell M, et al. The effects of maternal cigarette smoking on placental morphology, histomorphometry, and biochemistry. *Am J Perinatol* 1986; 3(3): 263-72.
2. Fernández LC, Santos JEM, Arco HR. Influências do fumo no desenvolvimento fetal. *J Bras Med* 1988; 54(4): 74, 76, 78.
3. Cooke RW. Smoking, intra-uterine growth retardation and sudden infant death syndrome. *Internat J Epi* 1998; 27(2): 238-41.
4. Arias CE. Efectos adversos por el uso de cigarrillo sobre el feto y el recién nacido. *Rev Fac Farm (Mérida)* 2000; 38: 2-8.
5. Villalpando S, Flores HS, Fajardo A, Hernandez BMJ. Ethanol consumption during pregnancy and lactation: changes in the nutritional status of predominantly breastfeeding mothers. *Arch Med Res* 1993; 24(4): 333-8.
6. Alvear J, Andreani S, Cortés F. Síndrome de alcoholismo fetal y efectos del alcohol sobre el feto: importancia del diagnóstico precoz y del manejo nutricional. *Rev méd Chile* 1998; 126(4): 407-12.
7. Stoler JM, Holmes LB. Under-recognition of prenatal alcohol effects in infants of known alcohol abusing women. *J Pediatr* 1999; 135(4): 439-6.
8. Manotas RJ, Caicedo JB, Cuesta F, Mejía A, Benavides C, Gómez LE, et al. Repercusión perinatal del consumo de bazuco durante la gestación. *latreia* 1989; 2(3): 183-74.
9. McCarthy JE, Siney C, Shaw NJ, Ruben SM. Neonatology: outcome predictors in pregnant opiate and polydrug users. *Eur J Pediatrics* 1999; 158: 748-49.
10. Ramírez O, Cárdenas V, Peña G, Galindo L, Lozano JM. Retardo del crecimiento intrauterino asociado con el consumo de pasta básica de cocaína por mujeres gestantes de Bogotá. *Biomédica (Bogotá)* 2000; 20(4): 289-99.
11. Singer LT, Hawkins S, Huang J, Davillier M, Baley J. Developmental outcomes and environmental correlates of very low birthweight, cocaine-exposed infants. *Early Hum Dev* 2001; 64(2): 91-103.
12. Lorda PS, Gutiérrez J. Bioética para médicos. Consentimiento Informado. *Med Clínica (Madrid)* 2001; 117(3): 99-105. [on line] <URL: <http://www.siicsalud.com/dato/dat026/01d04024.htm>>. Consulta mayo 31 de 2002.
13. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia Alimentaria y Nutricional en las Américas: Una Conferencia Internacional. Washington: OPS/OMS; 1989. Publicación Científica: No. 516 .p. 15-8, 125-31, 137-43, 149-56.
14. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.

15. Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Ley 100 de Seguridad Social en Salud. Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Bogotá: Ministerio de Salud; 2001.
16. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. En: Salud Reproductiva Materna Perinatal. Montevideo. Producción Científica CLAP: No 1321.01.
17. Rosso P. A new chart to monitor weight gain during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 1985; 41(3): 644-52.
18. Colombia. Consejo Nacional de Política y Económica Social. Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional. Bogotá: SISVAN; 1986.
19. Jiménez S, Gay J. Vigilancia nutricional materno infantil: Guías para la atención primaria de salud. La Habana: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos; 1997.
20. Herrera JA. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia. Cali: Ministerio de Salud; 1997.
21. Atalah E, Castillo C, Gómez C, Castro R, Aldea A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 1429-36.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy nutrition surveillance: 1996 full report. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 1998.
23. Kim I. CDC Pregnancy Nutrition Surveillance System. *WHO Bulletin OMS* 1995; 73: 85-6.
24. Red Materna Perinatal. En: Colombia. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Santafé de Bogotá; Septiembre del 2002. p. 47.
25. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona; 1999.
26. Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética: Ética y vida No.1. Santafé de Bogotá. El Búho; 1998.
27. Reich W.T. Encyclopedia of Bioethics. New York: McMillan and Free Press; 1978.
28. Ocampo MJ. Del Código de Nuremberg a la declaración de Helsinki II: La Bioética y la investigación en humanos. *Rev Fac Med UNAM* 1998; 41(6): 252-6.
29. Tribunal Internacional de Nuremberg. Códigos internacionales de ética de la investigación. En: Organización Panamericana de la Salud. Bioética: temas y perspectivas. Washington: OPS; 1990. Publicación científica: No 527. p. 226-38.
30. Florencia L, Salles A. Bioética: investigación, muerte, procreación y otras cuestiones. Argentina: Sudamérica, 1998.
31. Medina CD. Ética y legislación. [on line]. <URL: [http://www.enfermeria21.com/enciclopedia/vol\\_2.htm](http://www.enfermeria21.com/enciclopedia/vol_2.htm)>. Consulta mayo 31 de 2002.

32. Alfonso I, González T, Lena C, Báez RM. La Bioética y su relación con la tecnología médica. [on line]. <URL: [http:// www.monografias.com/trabajos5/biore/biore2.shtml](http://www.monografias.com/trabajos5/biore/biore2.shtml)>. Consulta mayo 31 de 2002.
33. Pérez CM, Flórez RJ, Singh CC, Paredes RG. Ética médica y bioética: Perspectiva filosófica. En: *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p.140-64.
34. Peralta CA. Centro Nacional de Bioética. En: *Memorias del II Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe*. Santafé de Bogotá: CENALBE; 1999. p. 213-24.
35. Lolas SF. Bioética y antropología médica. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000. p. 174.
36. Ocampo MJ. El estudio de humanos y sus implicaciones éticas. *Cir & cir* 1999; 67(5):183-8.
37. Salas SP. Estructura y función de los comités de ética de la investigación clínica. *Cuad Programa Reg Bioética* 1996; (3): 89-105.
38. Núñez V. Bioética: el médico, un educador. En: *Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana: José Ramón Acosta; 1997. p. 128-32.
39. Núñez V. Relación médico-paciente en obstetricia, cirugía y pediatría. En: *Psicología y Salud*. La Habana: Núñez de Villavicencio; 2001. p. 211-18.
40. Hoyos JG. Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. *Medicina* 2000; 60(2): 255-8.
41. Gironés C. Bioética y humanización de la medicina. [on line]. <URL:<http://www.monografias.com/trabajos7/bihu.shtml>>. Consulta mayo 31 de 2002.
42. Organización Panamericana de la Salud, Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Editors. *Desafío a la Falta de Equidad en Salud*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 1-19.
43. Plataforma Internacional de derechos humanos, democracia y desarrollo. Observatorio universitario de política social y calidad de vida: ALAMES, ¿EQUIDAD?, el problema de la equidad financiera en salud. En: *Memorias del seminario internacional: el derecho a la salud y la equidad en los servicios de salud*. Bogotá; abril 27- 28 de 2001.
44. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de Salud. *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington: OPS; 2001. Occasional Publication: No 8.
45. Izquierdo R. La bioética en el umbral de la vida. [Trabajo para optar por la categoría docente superior de profesor auxiliar: Facultad "Julio Trigo"]. La Habana; 2002.
46. Garrafa V. Reflexoes Bioéticas sobre ciencia, saude e cidadania. *Bioética* 1999; 7(1): 13-120.
47. Martí ML. Principios bioéticos: autonomía. *Prensa Médica Argentina* 2000; 87(4): 375-77.
48. Bacallao GJ, Barber A, Roca G. Las faltas de conducta en la actividad científica. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón": Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2002.

49. Bacallao GJ. Neutralidad y compromiso: la presencia de la dimensión ética en el trabajo científico. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2002.
50. Bacallao GJ. Apuntes para un debate sobre el tema de la neutralidad en la ciencia. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2002.
51. Lorda PS, Carro LC. El consentimiento informado: teoría y práctica I. *Med Clin* 1993;100: 659-63.
52. Amaro CH, González M. El consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos. *Rev Cub Med* 1997; 27(1): 54-61.
53. Barrios OI. Pensamiento médico y ética clínica contemporánea. En: *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. La Habana: Ciencias médicas; 2000 p.165-73.
54. Prendes LM, Guilbert R, Lescay M, Toledo D. Influencia de aspectos bioéticos en la planificación familiar en Santos Suárez. *Rev Cub Med Gen Integr* 1999; 15(4): 378-85.
55. Lolas SF. Bioética y salud: las paradojas de la profesión médica a propósito de una clase de Salvador Allende. *Rev Psiquiatría* 1998; 4: 229-32.
56. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Santafé de Bogotá: PROFAMILIA; 2000. p.108-21.
57. Colombia. Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. *Red Materna Perinatal*. Santafé de Bogotá; 2002.
58. Colombia. Ministerio de Salud. *Situación de Salud en Colombia: Indicadores Básicos*; 2002.
59. Molina R, Luengo X, Sandoval J, González E, Castro R, Molina T. Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. Chile; 1981-1986.
60. De la Garza C, Celaya JA, Hernández C, Palacios G. Primigesta adolescente. *Ginecol Obstet. Méx* 1997; 65(12): 533-7.
61. Duenas D, Silva N, Sarmiento JA, Fernández JR, Bustamente L, Botana J. Status de crecimiento en embarazadas adolescentes: su relación con indicadores antropométricos. *Rev Cuba. obstet ginecol* 1996; 22(2): 92-101.
62. Bai J, Wong FW, Bauman A, Mohsin M. Parity and pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(2): 274-8.
63. Herrera C, Calderón NE, Carbajal RF. Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. *Ginecol Obstet* 1997; 43(2): 158-63.
64. Harris HE, Ellison GT, Holliday M. Is there an independent association between parity and maternal weight gain?. *Ann Hum Biol* 1997; 24(6): 507-19.
65. Barazarte V, Viegas D. Relación entre primigestas precoces y recién nacidos de bajo peso al nacer. *Bol méd Postgrado* 1995; 11(4): 42-8.
66. Gracia D. *Bioética clínica: Ética y vida* No. 2. Santafé de Bogotá: El Buho; 1998. p.150.

67. Colimon KM. Vigilancia epidemiológica. En: Fundamentos de epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1990. p. 281-98.
68. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para un taller de metodología. Ecuador: Centro de estudios y asesoría en salud; 1994. p. 197-215.
69. Colombia. Congreso de la República. Ley 73 de 1979: Reglamentación del ejercicio de la profesión de Nutrición y Dietética; 1979.
70. World Health Organization. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1995. p. 45-184.
71. Institute of Medicine. Assessment of gestational weight gain. In: Nutrition during pregnancy. Part I. weight gain. Washington: National Academy Press; 1990. p. 63-93.
72. Organización Panamericana de la Salud. Krasovec K, Anderson MA. Nutrición materna y resultados del embarazo: Evaluación antropométrica. Washington: OPS/OMS; 1990. p. 17-24. Publicación Científica: No. 529.
73. Hibbert JM, Davidson S, Hall JS, Jackson AA. Maternal pre-pregnancy weight and placental weight determine birth weight in normal Jamaican infants. *West Indian Med J* 1999; 48(4): 216-20.
74. Schieve LA, Cogswell ME, Scanlon KS. Maternal weight gain and preterm delivery: differential effects by body mass index. *Epidemiology* 1999; 10(2): 141-7.
75. Nakamura K, Hoshino Y, Kodama K, Yamamoto M. Reliability of self-reported body height and weight of adult Japanese women. *J Biosoc Sci* 1999; 31(4): 555-8.
76. Sun B, Li J, Song Q. Influence of prepregnancy weight and maternal weight gain on pregnancy outcome. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1998; 33(2): 71-3.
77. Cnattingius S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer MS. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 1998; 338(3): 147-52.
78. Tulman L, Morin KH, Fawcett J. Prepregnant weight and weight gain during pregnancy: relationship to functional status, symptoms, and energy. *J Obstet gynecol Neonatal Nurs* 1998; 27(6): 629-34.
79. Lake JK, Power C, Cole TJ. Women's reproductive health: the role of body mass index in early and adult life. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997; 21(6): 432-8.
80. Caulfield L. Improving pregnancy outcomes in Latin America. In: Maternal nutrition and anthropometry during pregnancy. Washington; 2002. p.19.
81. Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bul World Health Org* 1987; 65(5): 663-737.
82. Konje JC, Lapido OA. Nutrition and obstructed labor. *Am J Clin Nutr* 2000; 72(1 Suppl): 291-297.
83. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric Standardization Reference Manual. Human Kinetics Books: Illinois; 1988.

84. World Health Organization. Maternal Anthropometry and pregnancy outcomes. A WHO collaborative study. Bull World Health Organ 1995; 73(Suppl): 1-98.
85. Habicht JP. Some characteristics of indicators of nutritional status for use in screening and surveillance. Am J Clin Nutr 1980; 33: 531-5.
86. Dachs JN, Mardones F, Sabatino JH, Jones G, Roveri CM, Díaz M, et al. Metodología estadística para la construcción de instrumentos de clasificación y tamizaje en programas materno infantiles con enfoque de riesgo.
87. Gonzalez T, Sanin LH, Hernandez M, Rivera J, Hu H. Length and weight at birth: the role of maternal nutrition. Salud Publica Mex 1998; 40(2): 119-26.
88. Scholl TO, Reilly T. Anemia, iron and pregnancy outcome. J Nutr 2000;130: 443S-447S.
89. Maine D. Role of nutrition in the prevention of toxemia. Am J Clin Nutr 2000; 72(suppl): 298-300.
90. Ray JG, Vermeulen MJ, Shapiro JL, Kenshole AB. Maternal and neonatal outcomes in pregestational and gestational diabetes mellitus, and the influence of maternal obesity and weight gain: the deposit study. QJM 2001; 94(7): 347-356.
91. Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas. Código de Bioética para el Nutricionista Dietista. Santafé de Bogotá: ACODIN; 1996. p. 20.

FECHA DE INGRESO: 17 de Septiembre del 2002

FECHA DE ACEPTACIÓN: 30 de Mayo del 2003

# Vitae



La revista Vitae es el órgano difusor de la Facultad de Química Farmacéutica de la Universidad de Antioquia, está dirigida a profesionales y estudiantes interesados en las ciencias y tecnologías farmacéutica y alimentaria. Presenta información derivada de investigaciones y revisiones relacionada con los medicamentos, los cosméticos, los alimentos y los productos naturales.

Facultad de Química Farmacéutica

Calle 67 53-108 Bloque 2 Oficina 127

Teléfono: (574)210 54 56 Fax: (574) 210 54 56

Dirección electrónica: [vitae@muiscas.udea.edu.co](mailto:vitae@muiscas.udea.edu.co)

<http://muiscas.udea.edu.co/~vitae>