

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona
Provincia de San Rafael

Año 54. Segunda época. Octubre - Noviembre - Diciembre 2002
Número 266. Volumen XXXIV

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección

MAITE HEREU

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.^a CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN Y REDACCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT
(Barcelona)

E-mail: curia@ohsjd.es

Información y suscripciones

E-mail: revistas@ohsjd.es

<http://www.ohsjd.es>

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido.
Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

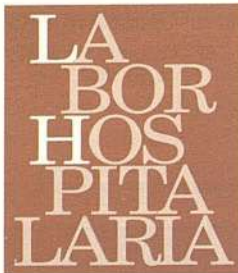
Sumario

LA «PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE»: CLAROSCUROS	248
Manuel de los Reyes López	
<hr/>	
COMITÉS NACIONALES DE BIOÉTICA . . .	252
M. ^a Pilar Núñez-Cubero	
<hr/>	
RESPONSABILIDAD MORAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS . .	294
José García Férez	
<hr/>	
NUESTRO TRABAJO: UN CAMINO DE IDA Y VUELTA DESDE LA REALIZACIÓN PERSONAL AL AGOBIO VITAL	303
M. ^a Dolores Mansilla Pozuelo	
<hr/>	
LA VIDA Y LA OBRA DEL PADRE PIERLUIGI MARCHESI	314
José Luis Redrado	

Revista

Boletín de suscripción

Año 2003



Suscripción anual: cuatro números

España	Euros	30
Extranjero		
Países zona euro	Euros	45
Resto países	\$	45

Apellidos _____ Nombre _____
 Calle _____ Número _____ Piso _____ Puerta _____
 Código Postal _____ Población _____ Provincia o país _____
 Teléfono _____ Profesión _____

FORMA DE PAGO

(indique con una X la forma de pago que le interese)

- Por Giro Postal
- Por cheque nominativo adjunto n.º _____ a favor de LABOR HOSPITALARIA
- Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir ningún dato de los solicitados)

Banco o Caja de Ahorros: [Grid for bank name]

Titular de la cuenta: [Grid for account holder name]

ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE CUENTA

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

_____, a _____ de _____ de _____
Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:



Hermanos de San Juan de Dios
 Dr. Antoni Pujadas, 40
 Tel. 93 630 30 90
 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA)
 E-mail: curia@ohsjd.es
 E-mail: revistas@ohsjd.es

<http://www.ohsjd.es>

La «píldora del día siguiente»: claroscuros

MANUEL DE LOS REYES
LÓPEZ

Doctor en Medicina,
Magister en Bioética, miembro
de PROSAC

En el presente artículo, breve en su extensión, pero muy enjundioso, el autor nos brinda una serie de elementos necesarios para acercarnos a una reflexión sobre un tema tan debatido pero en cuyo debate no siempre se integran todos los datos necesarios para el mismo.

Un debate, por otro lado, más marcado por actitudes viscerales que por análisis serenos e integradores de todas las vertientes que confluyen en estos problemas.

Manuel de los Reyes, médico, Master en Bioética, y miembro activo de PROSAC (Profesionales Sanitarios Cristianos) nos ofrece en estas breves líneas un sugerente elenco de datos, reflexiones y valoraciones con las que podemos acercarnos a una realidad tan compleja como ésta con otro talante y desde otra actitud.

Advirtiendo en todo caso, como finaliza el autor, que «el debate seguirá abierto».

La aprobación en marzo de este año por el Ministerio de Sanidad y Consumo del preparado farmacéutico levonorgestrel como «píldora del día siguiente» (pds), su comercialización en las farmacias y la posibilidad de dispensación libre con receta en los centros sanitarios públicos de algunas Comunidades Autónomas, ha reabierto el debate público y privado en torno a diversas cuestiones. Unas reflexiones de actualidad sobre este espinoso asunto quizá ayuden a desbrozar la confusión creada y atemperen algunas manifestaciones viscerales excesivas. Lamentablemente,

a menudo se imponen éstas sobre la argumentación racional y los intentos de alcanzar una deliberación que tenga en cuenta, sin excepción, los puntos de vista de todas las partes en litigio.

LUZ SOBRE SU MECANISMO DE ACCIÓN

Hoy día es preciso diferenciar los distintos métodos de regulación de la fertilidad, al menos con un criterio acorde con sus acciones biológicas generales, específicas o preferentes. Los hay *anticonceptivos*, ya sea porque inhiben la ovulación en mayor o menor medida, modifican la textura del moco cervical para impedir el paso de los espermios, enlentecen la motilidad tubárica para evitar que progresen los gametos, o interponen barreras físicas o químicas para el encuentro del óvulo y el espermatozoide. Los hay *interceptivos*, que dificultan el desplazamiento del cigoto por la trompa, o alteran la mucosa del endometrio haciéndola menos receptiva o refractaria a la implantación del huevo fecundado. Los hay claramente *contragestivos o abortivos*, que provocan el desprendimiento del huevo ya anidado en el útero y su ulterior expulsión al exterior. Y los hay *esterilizantes*, que producen infecundidad permanente en el hombre o la mujer, aunque no sea ésta necesariamente irreversible.

Desde la evidencia científico-experimental que se tiene actualmente, la píldora postcoital —tanto la que engloba estrógenos y progesterona en dosis altas (llamada *yuzpe*), como la que contiene sólo progestágenos (*pds*)— posee efecto anticonceptivo e interceptivo, y no se puede afirmar con solvencia el efecto contragestivo. Se desconoce cuál de ellos juega un papel preponderante sobre el resto, pero pienso, con las debidas cautelas, que casi nadie tiene pretensiones de aclararlo definitivamente. El efecto abortivo sí es claro, particular y pretendido en la *RU-486* —sea únicamente mifepristona o asociada a misoprostol— por lo cual no se debe identificar con la *pds*. Si así se hiciera sería abusivo e impropio, porque si el óvulo fecundado ya anida en el útero la *pds* no evita el embarazo ni causa un aborto.

EMPLEO CONFUSO O INTENCIONAL DE LOS TÉRMINOS

La tipificación rotunda de la *pds* como abortivo, desde diversos sectores sociales y eclesiales, es una cualificación más de orden moral que estrictamente científica. Los presupuestos para esta afirmación se atienen a la siguiente consideración: desde el momento de la fecundación el cigoto es ya un ser humano distinto de los pro-

El efecto abortivo sí es claro, particular y pretendido en la RU-486 por lo cual no se debe identificar con la píldora del día después.

genitores, si bien naturalmente, en proceso de evolución. Según esto, todo método que en la intención o en el efecto posible pretenda impedir el desarrollo de un nuevo ser, tiende a calificarse como abortivo. Creo humildemente, que una aseveración moral así debe sustentarse en un sólido conocimiento científico, y éste por ahora no permite afirmaciones tan apodícticas. No se cuestiona que existe vida humana desde la concepción y que ésta es merecedora de respeto y protección; y para un cristiano, además, que dicha vida humana en ese estadio debe constituir un don de Dios, pero no entendido como valor supremo y absoluto. Por eso resulta difícil de asimilar que se identifiquen desde algunas instancias, en tono y lenguaje, las palabras *pds*, aborto e instrumento de muerte.

En esa línea de clarificación que postulo, debería ir también la averiguación exacta de los efectos de la *pds* sobre el cuerpo de la mujer que la toma, ya que no se debe predicar su inocuidad pero tampoco exagerar sus consecuencias fisiopatológicas dentro de los niveles aceptados de riesgo. Cualquier preparado hormonal existente en el mercado, y la *pds* lo es, tiene demostrados sus efectos secundarios, su rango de eficacia o seguridad y registradas las contraindicaciones formales, sin que eso excluya que a lo largo del tiempo puedan aparecer nuevas reacciones adversas.

La tipificación rotunda de la píldora del día después como abortivo, desde diversos sectores sociales y eclesiales, es una cualificación más de orden moral que estrictamente científica.

INFORMACIÓN ADECUADA DEL MÉDICO: UNA OBLIGACIÓN MORAL Y LEGAL

Es un deber prioritario del médico, previo a su prescripción, la información detallada y veraz sobre la *pds* a la mujer que la solicita. Siendo dicha *pds* un medicamento no curativo, la información no debe estar sesgada porque sería éticamente inadecuada y, más aún, viciada en su origen. Como en todo acto clínico, el proceso informativo no puede obviarse; ahora bien, todo médico tiene que respetar las convicciones de sus pacientes y abstenerse de imponerles las propias. Sí puede y debe el facultativo expresar las opiniones y recomendaciones que vengan al caso, para que la mujer disponga de los elementos de juicio pertinentes con el fin de tomar una decisión responsable. De aquí se colige que la indicación para la prescripción siempre es, y debe ser, exclusivamente médica y en el entorno intersubjetivo de la relación clínica.

Es un deber prioritario del médico, previo a su prescripción, la información detallada y veraz sobre la píldora del día después a la mujer que la solicita.

Sinceramente no creo que a este método, la *pds*, se le deba aplicar la exigencia de la información, de modo similar a otras situaciones de urgencia que marca la Ley General de Sanidad en su artículo 10, ahora derogado por la reciente ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art. 9.º). Actuar así, pervertiría el verdadero sentido del acto médico en escenarios contingentes donde, si cabe, es más necesario el diálogo y la escucha.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL PROFESIONAL SANITARIO

La objeción de conciencia, conviene anticiparlo, es un derecho reconocido por la Constitución española. Cuando las razones de un médico para negarse a realizar determinados actos —sea por motivos éticos o religiosos— son sinceras, serias y coherentes, y se refieren a cuestiones graves o fundamentales, dicha actitud es me-

recedora de respeto y no debe ser sancionada negativamente por la autoridad administrativa o política. Es el ejercicio de la libertad interior del profesional la que entra en conflicto con mandatos o recomendaciones de los poderes públicos, o con peticiones de pacientes o usuarios del sistema sanitario. La demanda exigente de la *pds* en unos casos o la imposición sugerente de prescribirla en otros, son un ejemplo claro de ello.

En esta tensión, el médico que afronta la objeción convencida, no oportunista, tiene que arrastrar varias actuaciones:

- Mantener una actitud serena, razonable y respetuosa hacia las pacientes afectadas por el problema.
- Tiene la obligación de prestar atención médica a dichas personas, antes y después de que se sometan al acto objetado en conciencia, y siempre en caso de urgencia vital.
- Nunca tendrá la doblez moral de objetar en el ámbito público y no hacerlo en el privado, mediando afán de lucro.
- No consentirá y denunciará al Colegio Profesional la marginación o discriminación negativa, si las tuviera, por actuar en conciencia, pero igualmente no consentirá tratos laborales ventajosos por acceder a tales actos.
- En suma, hay que saber combinar la firmeza de principios éticos y la razonabilidad argumental, con la tolerancia amplia y amistosa hacia la legítima diversidad ideológica y profesional.

A mi entender, no se deben identificar estas dos situaciones: la objeción del médico a la prescripción de la *pds*, si llega el caso, y la objeción del farmacéutico a la dispensación de la *pds* que ha sido indicada y recetada por el médico; pues con independencia de los derechos reconocidos a ambos en la Ley, la consideración de los hechos y circunstancias desde cada perspectiva profesional es distinta, así como diferentes son sus responsabilidades.

OTRAS RESPONSABILIDADES INELUDIBLES: EL TIEMPO DE LAS DECISIONES

Ya se han comentado diversos aspectos de la responsabilidad médica acerca de la *pds*: respecto al conocimiento preciso de sus acciones, en cuanto a la información que debe dar sobre las consecuencias de tomarla, o a su actitud en conciencia ante la prescripción. Pero el asunto de la *pds* desborda el plano médico-asistencial interpersonal e involucra de lleno a las Administraciones sanitarias y políticas de nuestro país, a diversas fuerzas sociales y esferas religiosas, a las familias que tienen que afrontar estos conflictos y, especialmente, a la juventud inmersa en solventar estos dilemas a veces por vías más resolutivas que explicativas. Ante este panorama

ma, que puede conllevar desasosiego, nos preguntamos: ¿se ha abierto de nuevo la caja de Pandora sin prever suficientemente sus efectos?

Vayan, pues, algunas interrogantes para el debate obligado:

- *¿Han actuado correctamente las Comunidades Autónomas que han autorizado, facilitado y sugerido la dispensación libre de la pds en los Centros de Atención Primaria o en los Servicios de Urgencia hospitalarios, ante la demanda —no siempre justificada y corroborada su necesidad y perentoriedad— en fines de semana u ocasiones especiales?*
- *¿No es verdad que se ha delegado más responsabilidad aún sobre ciertos facultativos, a quienes también se exige cumplir objetivos simultáneos de prevención sociosanitaria, por ejemplo: consejos para evitar las prácticas sexuales de riesgo o la posible transmisión de ciertas enfermedades (venéreas, hepatitis B o C, Sida), u orientaciones para limitar el número o la morbilidad de las interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes?*
- *¿Se tienen en cuenta asuntos tan delicados como la confidencialidad de los datos personales de la paciente en el marco de la relación clínica y de la interacción con la familia, el control médico riguroso de dichas adolescentes para evitar reincidencias desorbitadas, la información y la educación integral en lo referente a la sexualidad de los jóvenes, o la protección jurídica de los derechos de la menor?*
- *¿Se han hecho eco y son conscientes plenamente las familias, los propios jóvenes, las instituciones educativas, los influyentes medios de comunicación y los agentes de pastoral de la Iglesia, de todas las implicaciones sanitarias, sociales, económicas, éticas y legales que suponen el inquietante aumento de abortos provocados en jóvenes menores de 20 años en España?*
- *¿Se ha analizado y sopesado cómo influyen en la sociedad española otros asuntos emergentes: los flujos migratorios hacia nuestro país y su incidencia en la tasa de*

natalidad actual; los colectivos marginales y marginados, cuya mayor vulnerabilidad, pobreza, subcultura y malas condiciones de vida son caldo de cultivo para la prostitución, los abusos sexuales, la drogadicción y el maltrato?

Estos últimos datos no permiten la despreocupación, el desinterés o la frivolidad, la permisividad sin límites con tintes de relativismo moral, ni los discursos inquisitoriales dogmáticos ajenos a la realidad social que nos circunda o a los dramas humanos que subyacen a ciertas demandas de la pds. Probablemente hay caminos intermedios entre estas dos posturas extremas: por un lado, banalizar sin recato y empobrecer aviesamente el rico mundo de la afectividad de los jóvenes, reduciéndolo a meras técnicas copulatorias o a simples habilidades previsoras contraceptivas; y por otro, demonizar y culpabilizar a las afectadas apelando en abstracto a una castidad casi angélica. Ni lo uno ni lo otro denotan una visión madura de los problemas ni un verdadero sentido moral. Lo más digno siempre, y no pocas veces por pura decencia, ya que todos somos corresponsables, será:

- Aspirar al mayor rigor posible en el conocimiento científico.
- Asumir la responsabilidad profesional individual en conciencia.
- Respetar los derechos de la ciudadanía en el uso de su libertad.
- Desarrollar, por todas las instancias interesadas, una pedagogía compartida de los auténticos valores éticos, tanto personales como comunitarios.
- Y, finalmente, ejercitar la pastoral religiosa con verdad, justicia y misericordia.

Y aún con todo, como ocurre con tantas cuestiones que rozan las sensibilidades humanas, el debate seguirá abierto.

BancSabadell



Comités nacionales de Bioética

M.^a PILAR NÚÑEZ-CUBERO

Especialista
en Ginecología y Obstetricia
Master en bioética

Debido a la preocupación por el estudio de la nueva ciencia de la ética de la vida, han ido tomando cuerpo en los distintos países, primero en las instituciones ampliándose después a todo un ámbito nacional, la constitución de los Comités Nacionales y los Comités «ad-hoc», con carácter permanente o «ad tempus». Estos comités son órganos a los que se puede recurrir ante las múltiples y variadas situaciones éticas, para integrar los distintos aspectos multidisciplinarios, establecer los principios de los que deben derivarse las normas a seguir, y hacer que la ética no quede en pura metafísica, sino que llegue a ser una realidad pragmática.

Lejos del deber de sustituir al legislador o al juez, estos Comités se deben a una misión de formación y de difusión de la ética médica en el seno de la sociedad, y esto por medio de actividades de tipo consultivo, educativo, informativo, y crítico o valorativo.

La autora nos ofrece una descripción detallada de estos comités en todo el mundo incluyendo una diferenciación histórica en cada país: en primer lugar, una etapa de instauración y de marcada influencia americana, en la que se constituyen los comités nacional de carácter temporal y «ad-hoc»; en segundo lugar, una etapa de expansión, de clara influencia francesa, en la que se establece el paradigma de lo que debe ser un comité nacional de ética de carácter general y en tercer lugar, la etapa de extensión de los comités, donde la influencia de la globalización hace surgir la necesidad que los comités sobrepasen las fronteras de los países y se constituyan en comités supranacionales. Los temas surgidos del progreso sobrepasan toda frontera, para universalizarse.

El progreso de la investigación ha conmocionado las condiciones y el contenido de las decisiones médicas. Se han producido, en términos de Jean Bernard,¹ dos grandes revoluciones: biológica una, terapéutica la otra, que han permitido al hombre adquirir un cierto dominio sobre la procreación, la herencia y el cerebro. Este dominio sobre el hombre incide sobre la persona humana, sujeto de derecho, pero también sujeto de razón y de libertad, apta para su autonomía y para una relación de trascendencia. (Lucien Sève, filósofo, miembro del CCNE de Francia).

Los trabajos de investigación, no por ser posibles son siempre necesarios o adecuados. Los nuevos progresos científicos y médicos son, a la vez que fuente de interés y de consuelo, generadores de reserva y de inquietud ya que el hombre parece adquirir cada vez más dominio sobre él mismo y su entorno. Este conocimiento del ser vivo progresa y obliga a nuevas opciones sociales y nuevas responsabilidades. La técnica por sí misma, no puede establecer las reglas de juego sobre la existencia humana.

Por otra parte la sociedad entera se interroga, crece el interés y la inquietud por el desarrollo de la investigación médica, cada individuo intenta pedir cuentas y garantías de aquello que la ciencia y la técnica le ofrecen hoy.

Ante este desarrollo rápido y progresivo de la investigación saltan a la mente estructuras que, sin ser coercitivas, ayuden a responder a las múltiples cuestiones formuladas. Los responsables de las decisiones tanto en el sector público, como en el privado valoran cada vez más el impacto potencial de este nuevo poder. En el mundo entero, se siente la necesidad de una reflexión ética que acompañe a la investigación científica y se adelante a sus decisiones. El mundo de la investigación científica considera que la reflexión ética tiene que formar parte integrante en el desarrollo de este campo. (Comité Internacional de Bioética de la UNESCO).

Y así, paulatinamente se iniciaron movimientos entre filósofos, sociólogos, moralistas y científicos, miembros de academias, institutos de investigación, facultades de medicina, colegios de médicos... para el estudio de las repercusiones éticas de los progresos de la ciencia. Estos grupos trataron de estudiar, con todas las connotaciones del análisis científico moderno, la incidencia ética de las nuevas tecnologías sobre la persona e intentar anticiparse a las consecuencias de la aplicación de las técnicas, de modo y manera que el mundo conquistado por la técnica no se pierda para la libertad (Mitterand en el discurso de instalación del Comité Consultatif National d'Ethique pour les Science de la Vie CCNE, Paris 1983).

Esta nueva metodología, o diálogo interdisciplinar fue bautizada por Potter con el nombre de *Bioética*, a la cual, definió como la sabiduría de emplear nuestro cono-

cimiento; con dos ingredientes, dirá él mismo: el conocimiento biológico y la aplicación de valores.

A falta de consenso, la intervención legislativa, no parece la panacea y además la conciencia social busca su actividad normativa no directamente de la ley sino por intermediario de estos órganos nacionales de ética. Se trata de establecer algunos límites: leyes, regulaciones, y las recomendaciones que les caracterizan y que tienen que venir de fuera.

Se trataría de partir del hecho científico, la *Biomedicina*, para determinar su valoración ética por la *Bioética*, que como foro para discutir los problemas fundamentales del progreso médico ha de inducir una *Biopolítica* orientada al control de las tecnologías, a la sensibilización y «formación» de las conciencias mediante una información correcta a la opinión pública y la incorporación de su participación responsable, mediante un debate público, a la toma de decisiones. Un paso más y esta responsabilidad quedará plasmada en el *Bioderecho*, la concreción, expresada en leyes, de aquellos valores que no se pueden violar sin alterar el orden de los derechos humanos y la convivencia en solidaridad de la sociedad.

Estos grupos interdisciplinarios preocupados por el estudio de la nueva ciencia de la ética de la vida, han ido tomando cuerpo en los distintos países y erigiéndose bajo forma de Comisiones o Comités, primero en las instituciones, ampliándose después a todo un ámbito nacional para constituir los Comités Nacionales y los Comités «ad-hoc», con carácter permanente o «ad tempus». Estos comités son órganos a los que se puede recurrir ante las múltiples y variadas situaciones éticas, para integrar los distintos aspectos multidisciplinarios, establecer los principios de los que deben derivarse las normas a seguir, y hacer que la ética no quede en pura metafísica, sino que llegue a ser una realidad pragmática.

Lejos del deber de sustituir al legislador o al juez, estos Comités se deben a una misión de formación y de difusión de la ética médica en el seno de la sociedad, y esto por medio de actividades de tipo consultivo, educativo, informativo, y crítico o valorativo.

HISTORIA

A título de interés histórico, tenemos que considerar como paradigma de lo que serán más tarde los Comités temporales y los comités «ad-hoc» un Comité Real de Gran Bretaña. En los años 1832-34 la «Royal Commission on Poor Laws» dirigió unas encuestas encaminadas a la preparación de algunas recomendaciones ante la reforma del sistema Isabelino de Asistencia Social. Este Comité, integrado por sólo tres miembros, redactó un informe que marcó y orientó la legislación sobre asistencia social en Gran Bretaña.

En Estados Unidos se constituyen, al inicio del siglo XX, algunas «Presidential Commissions» que son claro ejemplo de lo que puede llamarse un Comité «ad-hoc».

1. Primer Presidente del Comité Consultatif National de Ethique (CCNE) de Francia.

El Presidente Roosevelt nombró 6 de estas Comisiones durante su mandato y 20 años más tarde el Presidente Hoover, instituyó numerosas comisiones en un esfuerzo por permitir que los científicos como expertos, contribuyeran a los trabajos del Gobierno. Pero es en los años sesenta y setenta en los que se constituyen las más conocidas «Presidential Commissions» en respuesta a una serie de situaciones de tipo social y político.

Otros modelos, sean de comités temporales, comités «ad-hoc» o Comités permanentes se han ido desarrollando en varios países, así como en Estados o provincias dentro de las naciones. Algunos países, como Canadá y Australia establecieron comités permanentes para reforma de la Ley, con la función de estudiar los problemas políticos y recomendar al Parlamento una legislación apropiada. Algunos de estos problemas que requerían una regulación por ley, hacían referencia a situaciones derivadas de la aplicación de las nuevas tecnologías médicas con lo cual estos Comités nacionales permanentes para la reforma de la ley pueden considerarse Comités Nacionales de Bioética.

En la República Federal de Alemania, el Bundestag había venido empleando desde 1960 el foro de la «Enquete-Kommission» para estudiar cuestiones tan espinosas como la reforma de la constitución y el estatuto social de la mujer.

Esos comités deben considerarse, más bien, como la prehistoria de los Comités Nacionales, ya que la verdadera historia viene marcada por la:

Declaración de Helsinki I de la Asociación Médica Mundial que en su 18.^a Asamblea Médica Mundial establecía los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Helsinki, Finlandia, Junio de 1964).

Esta Declaración no ha perdido su validez y ha sido enmendada por la:

- 29.^a Asamblea Médica Mundial de Tokio, Japón en Octubre de 1975.
- 35.^a Asamblea Médica Mundial de Venecia, Italia en Octubre de 1983.
- 41.^a Asamblea Médica Mundial de Hong Kong, China en Septiembre de 1989.
- 48.^a Asamblea Médica Mundial de Somerset West, Sudafrica en Octubre de 1996.
- 52.^a Asamblea Médica Mundial de Edimburgo, Escocia en Octubre de 2000.

En 1964 la Declaración de Helsinki I, proclama que:

«El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe remitirse a un comité independiente designado para su consideración, observaciones y consejo» (Principios básicos, n.º 2).

La Declaración de Helsinki (1964) revisada en Tokio (1975) hace ya referencia a estos comités cuando afirma que:

«Los Comités Nacionales son responsables de supervisar o aconsejar los comités de ética protectores de una deontología médica y, a través de ella, de la autoridad moral de los médicos»

Y también:

«A ser testimonios de una ética universal, es decir, de una visión generalmente aceptada de la dignidad de la vida humana y de los límites que no pueden ser franqueados si no se quiere violar esta dignidad»

Esta ética no excluye el pluralismo de normas morales, y pronto se perfilan dos tendencias opuestas:

- La firmeza de la gran visión de la ética universal.
- La tolerancia hacia un pluralismo moral.

Años más tarde la institución de Comités Nacionales, como el danés y el francés, demostraron que éstos desbordaban la deontología para constituir una institución socio-cultural de importancia general para la sociedad.

Pero es en los años setenta que los Comités Nacionales comienzan a quedar instituidos en los diferentes países.

Entre 1968 y 1986 un grupo de expertos en sociología científica, en su mayoría americanos (Mansfield, 1968), (Wolanin, 1975) y (Flitner, 1986), han identificado al menos seis funciones para estos Comités Nacionales «ad-hoc» sean de carácter permanente, o temporal.²

1. Función de seguridad simbólica: Servir a la dignidad, autoridad e imparcialidad aparente de la acción oficial, para legitimar la acción en sí y el régimen que estableció el Comité.
2. Evitar el retraso de las decisiones sobre situaciones controvertidas, por parte del Gobierno o al contrario para apoyar medidas impopulares para las cuales el Gobierno prefiere no asumir la responsabilidad en solitario.
3. Función burocrática, para centrar los problemas, establecer protocolos y promover la cooperación entre los programas que trabajan sobre el mismo tema.
4. Velar para que la pluralidad de los miembros que constituyen un Comité tengan una función representativa.
5. Establecer las bases, si la calidad científica es buena, para determinar las líneas de acción.
6. Función educativa para el público en general, a través de sus informes y, si es necesario, sensibilización, para los cambios de acción.

2. VALTERS LEROY. Comissions and Bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1989; 14: 363-68.

Revisando la temática sobre el trabajo de los Comités Nacionales, en los siete países más industrializados, hasta 1986, podemos concluir que muchos de ellos fueron temporales o «ad-hoc», orientados a una cuestión particular, como las nuevas técnicas reproductivas u otras cuestiones específicas. Muchos tuvieron como objetivo la ética de la investigación y experimentación sobre sujetos humanos, finalidad que ha permanecido hasta nuestros días. En contraste el «Comité Consultatif National d'Ethique» (CCNE) en Francia y otros comités de países europeos, son Comisiones Permanentes, de carácter general para el estudio de todas las situaciones planteadas por las nuevas tecnologías, a los cuales sus Gobiernos respectivos consultan sobre una amplia gama de cuestiones en el campo de la Bioética.

Yo haría una división de la Historia de los Comités en tres períodos:

Etapa de instauración (1970 - 1982)

Es una etapa de marcada influencia americana que se extiende a los países anglófonos: Reino Unido; Australia; Canadá. Se constituyen Comités Nacionales de carácter temporal y «ad-hoc»; en general con una gran orientación jurídica y los principales temas en estudio, fueron los propios de aquella época:

- Proyectos de investigación: preocupación por la protección de los sujetos que entran en proyectos de experimentación e institucionalización del consentimiento informado.
- Ética de las diálisis y trasplantes.
- Aspectos éticos del final de la vida: órdenes de no reanimar; retirada o no-inicio de tratamientos (casos Karen Quinlan y Baby Doe).
- Aspectos éticos derivados de la aplicación de las Técnicas de Reproducción Asistida.

Los Comités de estos países se han ido sustituyendo por otros en función de las situaciones éticas surgidas del progreso biomédico.

Etapa de expansión de los Comités (1982 - 1994)

Período de influencia francesa con la instauración del «Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie» (CCNE) que constituye el paradigma de lo que debe ser un Comité Nacional de ética de carácter general, para estudiar todas las situaciones éticas que se presenten y de manera permanente y que ha sido el modelo de gran parte de los países europeos, a excepción de algunos países nórdicos.

Los principales temas en estudio han venido marcados por:

- Las implicaciones de la recombinación del ADN y de la ingeniería genética.

- El descubrimiento de genes y la medicina predictiva.
- Las consecuencias de la procreática: el «estatuto» del embrión y el uso de tejido fetal.
- La confidencialidad de los tests genéticos y del HIV.
- La aplicación del consentimiento informado más allá de los proyectos de investigación, en la práctica clínica, como expresión del respeto a la persona.
- El dilema calidad de vida v/s cantidad de vida y la Eutanasia.

Etapa de extensión de los Comités (1995 a nuestros días)

La influencia de la globalización hace surgir la necesidad de Comités que sobrepasen las fronteras de los países, y se constituyan Comités Supra Nacionales de Ética.

Los temas surgidos del progreso sobrepasan toda frontera, para universalizarse:

- La clonación.
- El genoma y la medicina perfecta.
- Las terapias con células embrionarias y fetales y la medicina regenerativa.
- Los xenotrasplantes.
- Una muerte digna, entre la obstinación terapéutica y la limitación del esfuerzo terapéutico.
- La experimentación en los países más pobres.

COMITÉS NACIONALES DE ÉTICA (o BIOÉTICA)

Responden

- A la preocupación por el respeto de la persona, del sujeto humano sometido a una experimentación médica, en sentido estricto, los proyectos de investigación, y en sentido amplio, la aplicación de toda terapia a un paciente.
- Al reconocimiento de la autonomía de la persona y a la necesidad de que ésta sea incorporada a la toma de decisiones médicas en todo aquello que le hace referencia.
- A la alarma social creada por las consecuencias del progreso biomédico y el deber de un sondeo de la opinión pública que incorpora el debate público previo a la formulación de Informes; recomendaciones; consejos...
- La conveniencia de que algunas de estas normas sean reguladas por ley.

Definición

El Consejo de Europa en un estudio encargado a Sonia Le Bris, y publicado en el libro «les Instances Nationales d'éthique» hace una distinción entre Comités

Nacionales e Instancias Nacionales de Ética, y define como:

Comité Nacional

Toda estructura de ética de competencia nacional:

- Erigido de forma institucional por un acto del gobierno o por un texto legislativo con carácter específico, general, independiente y permanente. (Modelo el Comité Nacional francés).
- Con un campo de competencia que va más allá de la ética de la investigación a la ética del conocimiento.
- Con una autoridad de tutela y el deber de rendir cuentas de sus actividades al gobierno.

«Instancias Nacionales de Ética»

Toda estructura, foro u otros órganos nacionales de ética:

- Erigidos de forma no-gubernamental, sino institucional, generalmente de carácter temporal.
- Con una competencia restringida, «ad-hoc» o «ad tempus».
- Sin deber de dar cuenta a los poderes públicos y sólo a quienes les han creado.
- En algunos de estos países la reflexión ética se efectúa en múltiples comisiones, «ad tempus» o/y «ad-hoc».

Le Bris hace la observación de que los Comités Nacionales han sido patrimonio de los países unitarios; mientras que las Instancias Nacionales lo han sido de los países federales o de una Confederación de estados.

Algunos de estos comités han puesto el acento sobre el carácter consultivo y lo han insertado en su apelación. Realmente es su esencia, ser sólo consultivos ya que la ética no se decreta: es abierta y evolutiva, y un Comité Nacional de Ética no tiene que ser un «legislador secundario» ni un «tribunal supremo de la ciencia».

Generalmente quedan constituidos por el poder ejecutivo o por el legislativo (Dinamarca, Italia, Portugal y Suiza) y ello les da legitimidad ante el cuerpo científico, el cuerpo médico o ante la opinión pública.

Composición

- Pluridisciplinaridad incorporando no científicos ya que los científicos y los médicos no siempre pueden evaluar todos los aspectos de sus actos y se les podría tildar de irresponsabilidad. Además la ética es una reflexión holística sobre el ser humano que debe situarse en el carrefour de los diferentes campos: científico, jurídico, filosófico, teológico... en los que se mueve la persona humana.

Todavía no existe representación del público, de las asociaciones de enfermos, ni de los «mass-media».

- El número de miembros varía entre 15, 20 ó 40, y no es aconsejable un número más extenso que limitaría la flexibilidad.

La designación se hace por nombramiento y no por elección, teniendo en cuenta la representatividad y la pluralidad, pero velando porque sean expertos y con experiencia en los diferentes temas.

Remuneración

Bien que un Comité pide personas e infraestructuras, se acepta globalmente la no-remuneración de sus miembros. Algunos países acuerdan dietas por jornadas de asistencia pero la mayoría sólo cubren los gastos de alojamiento y transporte. Es una manera de poner en práctica los principios fundamentales de la ética como el «altruismo» y el trabajo por convicción e interés, evitando hacer de los miembros de estos comités «profesionales de la ética» y de los órganos nacionales: «lugares de trabajo de la ética». Se trata de hacer de la ética un bien público, una «res communis», más que un asunto de especialistas. (Le Comité Consultatif National d'Ethique, dans La Documentation française, 1988 p. 67).

Hoy es éste un aspecto en revisión porque quizá sí que sería aconsejable el disponer de «profesionales de la ética», totalmente dedicados a ello, lo que aumentaría el interés y el compromiso y lógicamente habrían de ser remunerados.

Misión de los comités

En síntesis, se puede definir como una reflexión ética sobre la salud, la vida en general y la persona humana.

Se les puede encomendar una misión general, la de reflexionar sobre las implicaciones éticas, sociales y legales de los progresos biomédicos en su conjunto, o solamente sobre éstas mismas implicaciones en la investigación biomédica.

Esta reflexión debe extenderse a la práctica médica ya que muchas veces existe un vacío legal y la orientación y el consejo ético se hacen irremplazables.

Sin olvidar que se ha dado una toma de conciencia colectiva frente a la tradición paternalista de la medicina. A fuerza de querer dar prueba de «sabiduría» y de «autoridad», el cuerpo científico y médico ha terminado por provocar duda y sospecha (S. Le Bris), el modelo singular de la relación médico-paciente se va reformando en términos de igualdad y de responsabilidad compartida. Pero es que, desde los años 20 del siglo pasado, el paciente no ha escapado a la revalorización de su autonomía. Laín hablaba de la rebelión del paciente. Con Freud se inicia un proceso en la patología contemporánea hacia la consideración del enfermo como persona individual y desde ahí también se investiga la antropología médica. El ser humano considerado por Zubiri como «agente, autor y actor» de su vida, recibirá de Laín la dimensión médica, pero también «paciente, espectador e intérprete de sí mismo». El paciente ya no es un menor, sino, como dirá Adela Cortina, un agente moral, autónomo, un in-

terlocutor válido a la hora de tomar decisiones en las cuestiones que les afectan y por ello es obligado dejarles participar, «en condiciones de simetría», en los diálogos previos a la toma de decisiones.

Establecer prioridades

La finalidad primera de los Comités Nacionales es la de establecer una jerarquía a la hora de tomar decisiones, tanto en la opciones a tomar en la práctica médica que en otros campos de investigación.

En algunos países y sobre todo tratándose más bien de Instancias Nacionales de ética, parece que la finalidad sea la de elaborar normas jurídicas, en lugar de favorecer una reflexión ética. En estos casos se puede hacer de la ética un sucedáneo de la ley y de la estructura nacional la antecámara del Parlamento.

Las prioridades son determinadas por el Comité, unas veces a proposición del Presidente, otras por el conjunto de los miembros o bien en función de las preocupaciones del grupo que representan o por reivindicaciones de grupos de presión, propias del ejercicio de la democracia que el Comité Nacional de ética deberá neutralizar para acentuar su credibilidad y su autoridad moral.

El Comité podrá ser requerido por el Gobierno, por el parlamento, por grupos de profesionales de la salud y de la medicina, por grupos políticos, por los pacientes, sus familias y por los comités locales o regionales de ética.

Esta apertura testimonia de su pluralidad y muestra que la ética no es una cosa de especialistas sino un asunto de todos. Si el gobierno es generalmente el primer consultor a requerir el CNE, éste ha de ser, sin embargo, libre de aceptar o no a estudio la propuesta solicitada, aún cuando el gobierno sea el órgano tutelar. El Comité debe tener la libertad de establecer sus propias prioridades, como muestra de su carácter «a-político»; «a-jurídico» y «a-científico». (Le Bris).

Acción consultiva

Los progresos biomédicos recientes han sacudido el derecho, cuestionan los individuos, e imponen nuevas decisiones. Las referencias tradicionales han quedado obsoletas; las respuestas jurídicas más vagas; y la incertidumbre más grande.

Aún no teniendo una acción deliberativa vinculante, por medio de sus Informes, Avis, Rapports, Recomendaciones... alimentan una reflexión general, abren nuevos horizontes y establecen los fundamentos sobre los que apoyar la decisión. Y así, sin erigirse en «árbitros supremos de las cuestiones éticas» sino dando soluciones a casos concretos, y permaneciendo en el campo de los conceptos y de los fines, será legitimado y reconocida su autoridad moral.

Los temas a tratar son amplios: desde el nacimiento a la muerte, pasando por las diversas situaciones de la vida: la asistencia a la reproducción, el diagnóstico prenatal, los tests genéticos... las implicaciones de la epide-

mia del SIDA, los cuidados paliativos... y sobre todo la experimentación sobre poblaciones vulnerables.

Generalmente los temas a estudio corresponden a preocupaciones actuales, cuestiones surgidas del progreso y que están ya en los medios informativos, temas propuestos para estudio. El CNE se deberá hacer en ocasiones portavoz de la población, haciendo de intermediario entre la persona, y el científico o el político. En otras ocasiones pronunciándose sobre un tema provocará una toma de conciencia en la sociedad. Y otras tendrá que combinar las sugerencias de la base y las del poder, y para ello deberá requerir la opinión pública, otorgándola los medios de expresión, sea por integración a grupos de trabajo, o participación a debates públicos.

Información

Dar a conocer los progresos biomédicos; hacer circular la información sobre dichos progresos, las opciones que se perfilan, las respuestas que se derivan y las dudas que provocan.

Esta información no será sólo destinada a científicos y políticos, sino y sobre todo al público, publicando y difundiendo los documentos a estudio, los informes, avis...

Educación

Tanto la comunidad científica, como la política necesitan unos puntos de referencia ética sobre donde establecer sus responsabilidades y sus campos de acción. Es por ello, que el CNE ha de ejercer su función educativa, especialmente orientada a aquellos que deben tomar las decisiones.

Deberá transmitir a los políticos el pulso de la sociedad, y hacer de intermediario, entre los poderes públicos y la opinión de la base, mediante la educación y la sensibilización.

Impulsar la educación e información de la comunidad científica y médica y sensibilizarlas a sus nuevas responsabilidades; ayudarlas a confrontar el conocimiento científico y médico con otros conocimientos sea el jurídico, filosófico, social, ético, económico u otros.

Todo el mundo está de acuerdo, hoy día, en que no se puede dejar sólo a los científicos la responsabilidad de sus investigaciones y la aplicación de los resultados obtenidos.

Esta formación y docencia en ética médica se debe imponer no sólo en la Universidad, sino también en el nivel de la enseñanza secundaria.

Actividad crítica o valorativa

Esta actividad crítica y el poder de evaluación de la ética de la investigación no se ejerce directamente, ya que no representan un «Tribunal de apelación», sino marcando las líneas de conducta generales susceptibles de detectar las nuevas situaciones creadas por la investigación biomédica.

Antes de pasar a presentar los Comités Nacionales de Ética de los diferentes países, en sus características más propias, trataré de resumir las líneas generales de estos Comités.

Resumen

Los Comités Nacionales de Ética, son instituciones creadas para dar respuesta a la demanda creciente de ética por los poderes públicos, la comunidad científica y médica así como de la opinión pública, ante las situaciones creadas por el progreso, ya que incluso si los progresos son excelentes, pueden seguirse efectos no previstos, ni queridos que afectan a la salud, perturban la economía, la demografía, el derecho y las costumbres de la ciudadanía.

Estos Comités se caracterizan por:

- La multiplicidad de sus acciones.
- Su naturaleza consultiva.
- Su autoridad moral.
- Ser lugares de reflexión y de discusión sobre principios y valores a promover.
- Buscar respuestas a los deseos y cuestiones planteados por la sociedad.
- Ayudar a establecer las responsabilidades.

«¿Podrán conseguir, los Comités Nacionales, crear una cultura ética que lleve por encima de los *conocimientos y habilidades* a generar las *actitudes* que se requieren para que las decisiones sean *rigurosamente científicas y éticamente correctas*?»

COMITÉS NACIONALES DE LOS DIFERENTES PAÍSES Y COMITÉS SUPRANACIONALES

COMITÉS «AD-HOC» y «AD TEMPUS»

ESTADOS UNIDOS

El primer Comité Estatal de Bioética oficialmente instituido es el del Estado de New Jersey en marzo de 1976.³

Se constituyen enseguida numerosos Comités «ad-hoc» para el estudio de los problemas particulares, pero ante la amplitud de los progresos de la biomedicina en el ámbito global del país, el Congreso de los Estados Uni-

3. SPAGNOLO, ANTONIO; SGRECCIA, ELIO. Roma, Edizioni Orizzonte Médico, 1991, p. 47.

dos aprueba la creación de un Comité Presidencial permanente.

The President's Commission

Fue oficialmente instituida en enero de 1980.

Funciones

- Ayudar a esclarecer el problema.
- Sugerir las líneas directivas para una política pública.
- Ofrecer un órgano asesor para las personas implicadas en la toma de decisiones.

Composición

El Presidente Carter nombró 11 miembros en junio de 1979.

- 3 científicos del campo de la investigación experimental.
- 5 miembros del campo de la ética, teología, derecho, ciencias naturales, ciencias humanas, administración sanitaria y administración pública.
- 3 médicos insignes.

Metodología

- Reuniones del Comité, abiertas al público, con una asistencia entre 25 y 200 personas.
- Publicación de los informes en «The Federal Register» y envío consecutivo a unas 1.500 personas y organizaciones.
- Recogida de datos previa a cada reunión y distribución a los miembros del Comité bajo forma de estudios empíricos, pequeños «proyecto-piloto» y documentos del análisis experimental.
- Distribución de la información mediante los media: prensa, radio y TV, para mantener al público informado.

Actividades

- Compensating for Research Injuries.
- Deciding to forego Life-Sustaining Treatment.
- Defining Death.
- Implementing Human Research Regulations.
- Making Health Care Decisions:
 - Volume One: Report (Values, Goals and realities, means Decisionmaking Incapacity).
 - Volume Two: Empirical Studies of Informed Consent.
 - Volume Three: Studies of the Foundations of Informed Consent.
- Protecting Human Subjects.

- Screening and Counseling for Genetic Conditions.
- Access to Health Care:
 - Volume One: Report.
 - Volume Two: Sociocultural and Philosophical Studies.
 - Volume Three: Empirical, Legal and Conceptual Studies.
- Splicing Life.
- Whistleblowing in Biomedical Research.

El Comité del Congreso: «*The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*», trabajó un informe cuya redacción quedó terminada el 30 de Septiembre de 1978, pero el texto de esta comisión, el conocido Informe Belmont, sólo fue publicado en 1983 bajo los auspicios de «*The President Commission*». Su definición de los principios éticos y las orientaciones sobre la protección de los sujetos humanos sometidos a experimentación, ha tenido y sigue teniendo una gran repercusión en el mundo de la investigación internacional.

Entre los múltiples Comités y Agencias con fines específicos de ámbito nacional como pueden ser la O.T.A., «*Organización for Technology Assessment*», o la «*Environmental Agency*» queremos destacar por su importancia en la investigación genética el «*Recombinant DNA Advisory Committee*» (RAC) establecido en 1974 dentro del NIH, «*The National Institutes of Health*», para determinar las normas a seguir en la investigación sobre la recombinación del ADN y su aplicación.

The National Bioethics Advisory Commission (NBAC)

En 1995 el Presidente Clinton, creaba por la «*Executive Order*» 12975 de 3 de Octubre de 1995, «*The National Bioethics Advisory Commission*», para reforzar la protección de los sujetos que participan en los proyectos de investigación.

Esta Comisión está integrada por 15 miembros y tiene las siguientes

Funciones

1. Dar consejo y hacer recomendaciones al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología así como a otras entidades, sobre:
 - a) Programas relacionados con las situaciones bioéticas que emanan de la investigación en biología humana.
 - b) Las aplicaciones, incluyendo las aplicaciones clínicas de esta investigación.
2. Esta Comisión deberá identificar los principios que deben regir una conducta ética de la investigación, citando proyectos específicos solamente como ilustración de tales principios.

3. Esta comisión no es responsable de la revisión y aprobación de proyectos específicos
4. Además de responder a las cuestiones dirigidas por el National Science and Technology Council, esta comisión puede aceptar propuestas y sugerencias en este dominio tanto del Congreso como del público. Puede también identificar otras situaciones éticas necesitadas de consejo y recomendaciones, y que quedan bajo la aprobación del «*National Science and Technology Council*».

Prioridades

La primera prioridad es la protección de los derechos y del bienestar de los sujetos que entran en proyectos de experimentación; y las situaciones resultantes del manejo y uso de la información genética, incluyendo, pero no, limitándose a las patentes de los genes humanos.

Este órgano ha establecido cuatro criterios para establecer las prioridades:

1. Las situaciones bioéticas de la salud pública o de las políticas de salud pública con carácter urgente.
2. La relación de las situaciones bioéticas con los objetivos de la inversión Federal en ciencia y tecnología.
3. La ausencia de otra entidad con capacidad para deliberar apropiadamente sobre las situaciones bioéticas.
4. Impulsar el interés sobre estas cuestiones en el seno del Gobierno Federal.

Publicaciones

- Cloning Human Beings. 2 vol. Junio 1997.
- Research Involving Human Biological Materials: Ethical Issues and Policy. 1997-1998.
- Research Involving Persons with Mental Disorders that may affect decision making capacity. Diciembre 1998.
- Biennial Report (1998-1999).
- Ethical Issues In Human Stem Cell Research, 5 vol. En Septiembre 1999.
- Index to NBAC Reports, Octubre 2000.
- Ethical And Policy Issues In International Research Clinical Trials In Developing Countries: 2 volúmenes aparecidos en Abril 2001. El Summary también en francés y en español.
- Ethical And Policy Issues In Research Involving Human Participants:
 1. Summary.
 2. El full report. Vol. I.
 3. Commissioned papers. Vol. II.

Los tres volúmenes aparecieron en Agosto 2001.

Esta Comisión estuvo en vigor, desde 1996 al 2001 ya que debería finalizar su trabajo en Octubre de 1999, pero fue prolongada por la Executive Order n.º 13137 de 16 de septiembre de 1999, hasta el 3 de Octubre de 2001.

The President's Council on Bioethics

El Presidente G.W. Bush creaba por una Executive Order la 13237 del 28 de noviembre de 2001 «The President's Council on Bioethics» también llamado «The Council».

Misión

a) Aconsejar al Presidente sobre las situaciones bioéticas surgidas de los progresos de la ciencia biomédica y de la tecnología. En relación con esta misión se establecen cuatro funciones:

1. Reflexionar sobre el significado humano y moral del desarrollo de la ciencia y tecnología biomédicas y sus aplicaciones.
2. Explorar las cuestiones éticas y las políticas de aplicación específicas de este desarrollo.
3. Organizar un foro para una discusión a nivel nacional de estas situaciones bioéticas.
4. Facilitar un mayor comprensión de las cuestiones bioéticas; y explorar las posibilidades de una colaboración eficaz a nivel internacional sobre estas situaciones.

b) Para cumplir esta misión el Council puede estudiar las situaciones éticas en relación con las actividades tecnológicas específicas, tales como la investigación sobre el embrión y las células madre, la reproducción asistida, la clonación, la utilización del conocimiento de las técnicas derivadas de la genética humana o de las neurociencias, y el final de la vida. Pero puede también estudiar cuestiones más amplias y situaciones sociales, incluso si no están ligadas a una tecnología específica, tales como las cuestiones sobre la protección de los sujetos humanos en investigación, el uso apropiado de las tecnologías biomédicas, las implicaciones morales de las tecnologías biomédicas y las consecuencias que se seguirían en caso de limitar la investigación científica.

c) Profundizar sobre el significado y la comprensión de estas situaciones, articulando diferentes posiciones morales, sin querer llegar rápidamente a un consenso. El Council debe ofrecer una variedad de posiciones, antes que una posición de simple consenso.

d) Esta Comisión no debe ser responsable de la revisión y aprobación de proyectos específicos, ni de supervisar las regulaciones específicas de otras agencias gubernamentales.

e) Aceptar para reflexión aspectos o situaciones sugeridos por los responsables del Gobierno, de otras agencias gubernamentales o de otras instituciones si parecen apropiadas.

f) Establecer prioridades según la urgencia o la gravedad de cada situación particular; la necesidad de guiar las políticas de aplicación y la educación del público para cada situación particular; la conexión de la situación bioética con los objetivos del progreso Federal en ciencia y tecnología; y la existencia de alguna otra entidad para deliberar apropiadamente sobre las situaciones biomédicas.

Integrada por 17 miembros, hasta ahora sólo han publicado unos Documentos para discusión sobre:

- The Birthmark o Introduction to Council discussion.
- In Search of Wisdom: Bioethics and the Character of Human Life.
- The Ethics of «Reproductive» Cloning: Child, Family and Society.
- On Terminology.
- Policy Considerations of Typology of the Moral Status of the Embryo.
- Arguments against «Reproductive» Cloning.
- Arguments for «Reproductive» Cloning.
- Scientific Aspects of Human and Animal Cloning.
- Biotechnology, Procreation, and the Meaning of Human.

GRAN BRETAÑA

En Gran Bretaña, se han constituido pocos comités de Ética de ámbito nacional y los que han existido han sido creados para cuestiones muy concretas y disueltas una vez concluido el estudio: comités «ad hoc». En ningún momento ha existido una voluntad del Gobierno para instituir un comité nacional permanente que pudiera asesorarle sobre decisiones de ética biomédica. No así las asociaciones profesionales que han establecido Comités o grupos de estudio para problemas de ética biomédica como the Royal College of Physicians of London (RPC), the British Medical Association, the Royal College of General Practitioners, the Royal College of Nursing, the Royal College of Obstetricians and Gynecologists.

Desde 1970 se han formado comités ad-hoc para tratar cuestiones relacionadas con la medicina.

The Peel Report

El primero de ellos fue: «the Advisory group on Fetal research» dirigido por Sir John Peel, especialista en Ginecología y Obstetricia, e integrado por un grupo interconfesional de cinco médicos, tres abogados, dos enfermeras y un asistente social, para considerar las implicaciones éticas, médicas, sociales y legales de la utilización de fetos y material fetal para la investigación. (DHSS, 1972, p. 1).

Este comité trató de las implicaciones de la investigación y de la investigación del futuro y ofreció un Código para la práctica que se publicó en un informe: «The Peel Report» que recomienda el recurso a un comité médico para la aprobación de toda investigación fetal.

The Black Report

En 1977 se constituye un grupo de trabajo dentro de la secretaria de Estado para Asuntos Sociales, integrado por un médico como director y otros miembros: el secretario del «Social Science Research Council», un profesor de salud comunitaria y un profesor de sociología, para estudiar las:

- Diferencias del estado de salud entre las distintas clases sociales.
- Identificación de su relación con posibles causas.
- Evaluación de las implicaciones políticas.
- Plan de acción.

El grupo presentó en 1980 un informe a la Secretaría de Estado conocido como «The Black Report» que levantó áreas contenciosas de evaluación ética, una sobre la definición de salud, y otra sobre los índices de desigualdades injustas.

Las implicaciones políticas no fueron tenidas en cuenta por el Gobierno conservador. No se consiguió imprimirlo y publicarlo por la vía normal, y sólo se hicieron 260 copias, sin compromiso alguno del gobierno por no considerarse realistas en el momento presente. Los sucesos probaron más tarde que el Gobierno era consciente de esta falta de compromiso a las propuestas para reformas sugeridas por Black.

The Warnock Report

El más importante, y cuyo informe trascendió más allá del propio país, fue un Comité «ad-hoc» instituido en julio de 1982 para estudiar las: «implicaciones sociales, éticas y legales del desarrollo reciente y potencial dentro del campo de la reproducción humana asistida» (DHS 1984).

Este comité fue dirigido por Mary Warnock, filósofa de profesión. Estuvo integrado por 15 miembros: seis médicos de diferentes especialidades, tres abogados, dos asistentes sociales, una enfermera, un director de obras caritativas, un investigador científico y un teólogo.

El comité recopiló información de 288 organizaciones de expertos y 695 cartas del público en general, y elaboró un informe de 94 páginas, sorprendentemente concisas y orientadas a la búsqueda de unos principios comunes para la decisión ética. Es en este informe donde aparece por primera vez la evolución del gobierno hacia las situaciones de ética biomédica. Sin embargo el informe fue reelaborado y publicado bajo el título de «A Question of Life» (Warnock 1985).

En esta publicación el Comité se pronunciaba sobre:

1. Maternidad de alquiler o de sustitución. La recomendación del informe es proponer una legislación que considere delito penal la creación o actividad de agencias al respecto, así como el enjuiciamiento criminal de los profesionales que asistan una maternidad de alquiler. Las razones para estas propuestas quedan basadas en que el peligro de explotación de un ser humano por otro sobrepasa los beneficios posibles, en prácticamente todos los casos. La utilización de otra persona para fines propios, aunque las consecuencias puedan ser deseables, va siempre ligada a una objeción moral.
2. Investigación sobre el embrión. La recomendación del informe es la de permitir una investigación debidamente controlada y autorizada sobre el embrión humano obtenido mediante fecundación in vitro, antes del día 14 de la fecundación.

Se propone también la licitud para utilizar embriones sobrantes y embriones generados deliberadamente para la investigación.

Las razones aludidas en favor de ello, es que si bien el embrión humano merece un mayor respeto que otras especies animales, sin embargo, ese respeto no puede ser absoluto, y debe ser contrapuesto a los beneficios que pueden seguirse de la investigación. (DHSS, 1984).

Este informe no se aprobó por ley y solamente fue objeto de algunas regulaciones.

The Voluntary Licensing Authority (VLA)

En marzo de 1985, «The Medical Research Council» and «The Royal College of Obstetricians and Gynecologists» deciden instituir la «Voluntary Licensing Authority», que tiene que ser considerada como precursora de

The Human Fertilisation and Embriology Authority, (HFEA)

Creada el 7 de noviembre de 1990 y oficialmente instituida por Real Aprobación el 16 de julio de 1992 para el estudio de la fertilización humana y embriología.

Sus objetivos son:

- La regulación de los centros que ofrecen algún tipo de asistencia a la reproducción; el control de los bancos de gametos (óvulos y espermatozoides) y de embriones, y toda investigación sobre el embrión humano.
- Promover la «buena práctica» en estos centros.
- Conceder la acreditación a los centros de investigación, y de tratamiento en relación a las técnicas de reproducción asistida e investigación embrionaria.
- Asesorar y facilitar la información necesaria a los centros, a los individuos, al Parlamento y a los Departamentos de Sanidad.

- Un informe anual de los centros cumple la finalidad de apoyo y legitimación ante el público en general.

Esta Comisión ha publicado múltiples textos, uno de los cuales: «Donated Ovarian Tissue in Embryo Research & Assisted Conception» (London 1995), alertaba de las situaciones que podrían seguirse de la utilización de tejido ovárico fetal, para trasplante o en el tratamiento de la fertilidad.

The Lords Committee on Medical Ethics

El 13 de febrero de 1993 la Cámara de los Lores había aprobado la creación de un Comité de Ética, para el estudio de las implicaciones éticas, legales y clínicas, de no iniciar o retirar los tratamientos que sostienen la vida.

Composición:

14 miembros:

- 8 Lords.
- 5 Baroness.
- Archbishop of York.

Función

El Comité invitó, a varios expertos en la materia, a expresar sus opiniones sobre:

- Valoración de los principios morales de «calidad de vida» y «el derecho a la autonomía» del paciente, cuando entran en conflicto.
- Obligación del deber médico a cuidar del paciente.
- Distinción entre *no iniciar* y *retirar* el tratamiento médico y la intervención deliberada de terminar la vida.
- Diferentes situaciones planteadas entre los pacientes legalmente competentes y con la mente clara y los pacientes incapaces de expresar sus propios deseos sobre el tratamiento.
- Función de las directrices anticipadas y de los familiares que tiene que tomar la decisión.
- Función del juez de la interpretación de la ley ante los cambios de la tecnología y la práctica médica.
- Aspectos a cambiar en la presente ley y naturaleza y extensión de tales cambios.
- Función del movimiento Hospice y de los progresos del tratamiento en pacientes terminales.
- Experiencias de otros países, en particular de la Europa occidental y EE UU.

Este Comité publicó un informe en 1994 que sirvió de base a la ley sobre prohibición de la Eutanasia en el Reino Unido.

Tanto la Cámara de los Lores, como la de los Comunes, hacen recurso a un «Select Committee on Medical Ethics», en función de los temas que les son presentados. En Gran Bretaña funcionan hoy otras Comisiones.

Advisory Committee on Genetic Testing (ACGT)

Creado en 1996, como respuesta al «Select Committee on Science and Technology Report on Human Genetics», de 1995, se propuso tres objetivos:

1. Aconsejar al Ministerio sobre el desarrollo de los tests genéticos.
2. Aconsejar sobre los tests genéticos, teniendo en cuenta los aspectos éticos, sociales y científicos.
3. Establecer los requisitos, especialmente respecto a la eficacia y la información del producto, entre los productores y los distribuidores de los tests genéticos.

Publicaciones

1. Code of Practice & guidance on human genetic testing services supplied direct to the public. Septiembre 1997.
2. Report on genetic testing for late onset disorders. Septiembre 1998.
3. Advice to Research Ethics Committees, sobre todo para la investigación con tests genéticos. Octubre 1998.

Conjuntamente con la Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) publicaron un documento sobre «Consultation Document on Preimplantation Genetic Diagnosis» en Noviembre 1999.

Human genetics commission

La «Human Genetics Commission» es una Comisión del Gobierno del Reino Unido para informar y aconsejar sobre cómo los nuevos conocimientos en genética humana impactarán a la población y a la atención sanitaria.

Su función es dar al Ministerio información estratégica sobre la situación de la genética humana, con un enfoque particular sobre la situación ética y social.

Fue establecida en mayo de 1999 por el gobierno dentro del marco de regulación y consejo de la biotecnología, conscientes de que se necesitaba:

- Ser más transparentes, para ganar la confianza del público y de los profesionales.
- Ser más dinámicos para evitar lagunas, deslizamientos y fragmentaciones.
- Asegurar la capacidad de tratar los rápidos progresos, y afrontar las situaciones éticas que éstos presentan.

Misión

- Asegurar la coordinación entre la función reguladora y consultiva de la genética humana.
- Asesorar al Ministerio, sobre las situaciones relevantes en este campo: su impacto en la salud humana y en el sistema de salud; y las implicaciones socio-económicas y legales.
- Facilitar información que pueda ayudar a las decisiones ministeriales en todo lo referente a las implicaciones del progreso, identificando el desarrollo potencial de la genética humana y sus consecuencias sobre el Sistema Nacional de Salud.
- Aconsejar las prioridades estratégicas de la investigación.
- Desarrollar e implementar una estrategia para involucrar y consultar la opinión pública y otras personas interesadas; animar un debate sobre el desarrollo y uso de las tecnologías de la genética humana y orientar sobre las estrategias para aumentar el conocimiento y la comprensión del público al respecto.
- Guiar las decisiones sobre las situaciones generales que se pueden presentar con la introducción y el uso de las nuevas tecnologías, incluyendo el S.N. de salud.
- Aconsejar las decisiones ministeriales sobre las amplias consecuencias sociales, informando sobre los diferentes puntos de vista, deseos e intereses de la población y de otros estamentos.
- Coordinar el intercambio de información con otras instituciones teniendo en cuenta la dimensión global europea, y hacer una evaluación para aprender de los casos individuales que han requerido una decisión regulatoria, y que podría extenderse a un mayor número de casos.

Esta Comisión puede considerarse como coordinadora de otras subcomisiones que funcionaban desde 1992: Gene Therapy Advisory Committee; Generics and Insurance Company; National Screening Committee... adoptando los trabajos encargados a estas comisiones.

The nuffield council on bioethics

Es una Comisión independiente creada por la Fundación Nuffield, en 1991 para identificar, estudiar e informar sobre las cuestiones éticas surgidas de los avances de la investigación biológica y médica. Desde 1994 fue refundada conjuntamente con la «Nuffield Foundation», «The Wellcome Trust» y «the Medical Research Council».

Aún no habiendo sido creada por el Gobierno, es la Comisión que más se acerca al paradigma de un Comité Nacional de Ética.

En el año 2000, tras una revisión del marco regulador de la biotecnología, el gobierno decidió no crear un Comité Nacional de Ética y ello sobre la base de que el

Nuffield Council, junto a otros Comités cumplieran con las funciones de un comité nacional.

Bien que el Nuffield Council colabora con el gobierno en materia de Bioética, sin embargo, mantiene su independencia de éste, para mantenerse en una situación crítica lo que le ayuda a mantener la confianza de la opinión pública en su trabajo.

Funciones

- Contribuir a establecer políticas sanitarias.
- Estimular el debate bioético.

Publicaciones

Documentos de trabajo:

- Stem cell therapy: the ethical issues.
- The ethics of clinical research developing countries.

Informes

- Genetically modified crops: the ethical and social issues.
- Mental disorders and genetics: ethical context.
- Animal-to-Human Transplants: ethics of xenotransplantation.
- Human Tissue: Ethical and Legal Issues.
- Genetics Screening: Ethical Issues.

Annual Reports

Annual Report 2000

Review 1992-1999

AUSTRALIA

En Australia la proliferación de Comités de Bioética ha sido tal, que puede decirse que ha tenido más comités por habitante que cualquier otra nación. La mayoría han sido constituídos para el estudio de la terapia con trasplantes de tejido humano, y posteriormente sobre las tecnologías reproductivas.

Es el Estado quien retiene en Australia el poder de legislar sobre la investigación y la práctica médica. «The National Health and Medical Research Council» (NH&MRC) controla los aspectos éticos de la investigación, según las normas y líneas de acción determinadas por el Comité de Investigación médica del NH&MRC. Prácticamente, la totalidad de los institutos de investigación están agregados al NH&MRC de manera que se puedan aplicar los mismos protocolos a todos los proyectos de investigación. La uniformidad se obtiene mediante el acuerdo unánime de los seis estados, los dos territorios y el Gobierno Federal.

The Australian Law Reform Commission (ALRC)

Es erigido en Australia en 1975, para revisar, desarrollar y simplificar la ley. Todos sus miembros eran juristas. Este Comité era puramente consultivo y sin ningún poder de legislar. De todos los 19 informes aprobados uno trata una cuestión de Bioética: Informe sobre trasplante con tejido humano (1977).

Este informe incluye una amplia gama de cuestiones:

- Donación de tejidos con autorización previa (contracting in). Sin negativa explícita (contracting out).
- Muerte cerebral.
- Uso de cadáveres.
- Autopsias.
- Comercio con tejido humano.

El informe no tiene como objetivo un análisis detallado de los principios éticos, sino dictar unas normas que sean fácilmente aceptadas por el público.

Una segunda propuesta sobre la donación de óvulos, embriones y tejido fetal, fue denegada por el Gobierno.

El impulso de las discusiones de Bioética en Australia fue debido al impacto de las nuevas técnicas sobre reproducción humana, donde los científicos australianos jugaron un papel importante.⁴ La primera FIV atrajo numerosas parejas estériles y con ello el planteamiento de cuestiones éticas, relacionadas con las técnicas en sí mismas, con los problemas éticos y jurídicos de los recién nacidos y con los fondos públicos destinados a las nuevas tecnologías.

En 1982, el NH&MRC determina que toda «investigación sobre sujetos humanos tiene que ser aprobada por un Comité de Ética institucional, cuya composición y funciones tienen que estar previamente especificadas» y en un informe se especifican las líneas de acción sobre la FIV, y la investigación sobre óvulos fecundados.

Este informe redactado por un grupo de trabajo, integrado en su mayoría por médicos cuando el NH&MRC no tenía todavía un Comité de Bioética, es el primer documento oficial de un gobierno sobre normas de regulación de la FIV.

En 1983 se crea un Comité de Ética dentro del NH&MRC «*The Medical Research Ethics Committee of the NH&MRC*» que integra un teólogo entre sus miembros y que redactó un informe sobre la experimentación en el embrión humano.

Contemplando los diferentes Estados observamos:

VICTORIA. En 1983 se crea un Comité «ad-hoc», denominado «**The Waller Committee**», por su presi-

4. El tercer niño nacido por FIV (los dos primeros habían nacido en Gran Bretaña) tuvo lugar en Melbourne, y el equipo de esta ciudad fue pionero de nuevas técnicas incluyendo el uso de óvulos y embriones donados, así como de la criopreservación de embriones.

dente, el profesor Louis Waller, para considerar las repercusiones éticas, sociales y legales de la FIV.

Composición

8 miembros:

- 2 teólogos: católico y protestante.
- 1 profesor de educación.
- 2 catedráticos de medicina (uno de ellos especialista en ginecología y obstetricia).
- 1 médico general.
- 1 abogado en ley familiar.
- 1 sociólogo.

Actividades

Este Comité publicó tres informes entre 1982-84:

- «*The Interim Report*» sobre las condiciones para la FIVTE (Septiembre de 1982).
- «*The Disposition of Embryos*» (1984).
- «*Report on Donors Gametes in FIV*» (Victoria 1984).

A Victoria siguieron los otros Estados.

QUEENSLAND. «*The Queensland Bioethics Advisory Committee*» estudió:

- La FIVTE con gametos donados.
- La necesidad de implantación de todos los embriones viables.
- La experimentación sobre embriones.

TASMANIA. El Comité de Tasmania no se pronunció sobre la experimentación en el embrión, por no ser un principio aceptable dentro de la comunidad de Tasmania.

EASTERN AUSTRALIA. El Comité se definió por la no aceptación de embriones producidos para el solo hecho de la investigación.

SOUTH AUSTRALIA. «*The Select Committee of the Legislative Council*» fue erigido en octubre de 1984 y dio su Informe en abril de 1987, en el que se propone la creación de un «*Council on Reproductive Technology*» para formular un código de normas éticas que permitiera la investigación sobre el embrión «in vitro» y supervisara todas las investigaciones en reproducción.

NEW SOUTH WALES. Rechazó la formación de un Comité y remitió la cuestión sobre reproducción asistida a su «*The Law Reform Commission*». Esta dividió la cuestión en tres partes:

- Inseminación artificial (AI) (Encuesta de noviembre 1984 e Informe de 1987).
- FIVTE (Encuesta de 1986 e Informe de 1988).
- Maternidad de sustitución o alquiler (Encuesta de 1987 e Informe de 1988).

Territorio del Norte: Este Territorio (Australia está integrada por 6 Estados y 2 Territorios) aprobó una ley sobre la Eutanasia en Septiembre de 1996 que fue retirada 5 meses más tarde en Febrero de 1997 por presión del cuerpo de médicos.⁵ Sólo 4 personas murieron al amparo de esta ley.

The National Bioethics Consultative Committee (NBCC)

En 1988 los ministros de Salud y Bienestar Social de los Estados y del Gobierno Federal crearon un Comité Consultivo Nacional de Bioética de carácter multidisciplinar integrado por personalidades representativas de las ciencias de la vida, filósofos, juristas, teólogos y sociólogos.

Este Comité ha publicado varios informes:

- «Record Keeping and Access to Information: Birth Certificates and Birth records of Offspring Born as a result of Gamete Donation».
- «Surrogacy» (Maternidad de alquiler o de sustitución).
- «Access to reproductive technology».

El NBCC ha preparado también un importante material sobre la experimentación en el embrión, recogiendo toda la documentación precedente, los diferentes puntos de vista de los científicos y las actitudes de la comunidad australiana sobre el tema.

Además el NBCC ha publicado un documento sobre «Reproductive Technology Counselling» y publica cada año las novedades sobre tecnología reproductiva incluyendo la investigación con DNA y los programas del diagnóstico genético.

En 1991, «The Medical Research Ethics Committee» (MREC) of «The National Health and Medical Research Council» (NH&MRC) constituye con «The National Bioethics Consultative Committee» (NBCC) un nuevo comité:

The Australian Health Ethics Committee (AHEC)

El AHEC integra entre sus miembros: juristas, filósofos, investigadores médicos, médicos de hospitales, investigadores de salud pública, teólogos y usuarios.

5. Bioética & Débat, n.º 6 de Octubre 1996, M.ª P. Núñez «Eutanasia en Australia».

Misión

- Consulta y consejo sobre salud pública, asistencia médica e investigación y experimentación sobre el hombre.
- Establecer normas éticas en el campo de la salud.
- Promover el debate público sobre las situaciones de ética biomédica.
- Supervisar el trabajo de los comités federales e institucionales de ética y asistirles con su consejo.
- Establecer relaciones con los organismos internacionales sobre los nuevos progresos médicos.

Su primera encuesta fue orientada a la distribución de recursos y después se dirigió otra encuesta sobre «An appraisal of Community perspectives».

En la actualidad sigue funcionando como un Comité de «The National Health and Medical Research Council (NHMRC), creado en 1992 con el objetivo de reflexionar sobre todos los componentes del sistema de salud, incluyendo los programas del gobierno, los médicos de asistencia primaria, enfermeras, investigadores, personal docente e instituciones de investigación, programas de salud públicos y privados, la administración, las organizaciones de salud comunitaria y de salud social.

Misión

- Establecer un programa de salud pública e individual en todo el país australiano.
- Coordinar el desarrollo de los programas de salud entre los Estados y Territorios.
- Impulsar la investigación médica y la salud pública así como la educación en toda Australia.
- Impulsar la reflexión de las implicaciones éticas en relación con la salud.

Publicaciones

- «Annual Report» cada año.
- «Health and Medical Research Strategic Review».
- «NHMRC News» (1998-2000).
- En estos dos últimos años han publicado 21 textos del antiguo Comité: «The National Bioethics Consultative Committee».

CANADÁ

En 1981, el «Science Council of Canada», publicó un informe titulado «Public Inquiries in Canada» (Encuestas al público en Canadá), el cual se puede considerar como el punto de partida de los comités de ética biomédica en Canadá. Esta publicación recogía múltiples investigaciones, dirigidas por grupos independientes de

todos los departamentos gubernamentales, y al mismo tiempo que ofrecían la oportunidad de una participación, comprometían a una aportación sobre el tema en cuestión. El informe hacía notar que este tipo de encuesta-investigación, se estaba haciendo cada vez más frecuente en Canadá para determinar las líneas de acción. Los comités encargados de dirigir la investigación, tenían como función el dar un nuevo enfoque a cuestiones ya consideradas tradicionalmente en la legislatura y tratadas siempre a puerta cerrada en los departamentos gubernamentales o en agencias de éstos.

Entre las innumerables investigaciones llevadas a cabo en Canadá desde 1970, unas 30 de ellas hacían referencia a temas de ética biomédica, iniciadas algunas por iniciativa del Gobierno Federal o Provincial, bajo formas de Comités «ad-hoc», «Task forces», o «Royal Commissions», y otras por organizaciones no gubernamentales como la «Canadian Medical Association» y algunas Iglesias.

Por comité se designaba cualquier grupo que dirigía una investigación como las definidas en líneas anteriores. Un mismo Comité podía dirigir más de una investigación y fueron nueve los Comités que realizaron las principales categorías de investigación sobre los principales temas de bioética, tanto a nivel federal como provincial, dentro del ámbito gubernamental y extragubernamental.

The Law Reform Commission of Canada (LRCC)

Esta comisión fue creada en 1971 para hacer una revisión de las leyes federales del Canadá y proponer las recomendaciones necesarias para mejorarlas, modernizarlas y reformarlas.

La Comisión se propuso cuatro proyectos, uno de los cuales, el «Protection of Life Project» (Proyecto de Protección de la Vida) contenía algunos principios de ética biomédica.

- En una primera fase se trabajó el proyecto desde el aspecto médico-legal y principalmente dentro del contexto de la ley criminal.
- En una segunda fase se consideró en relación con los aspectos ambientales.

Objetivo

El Proyecto tenía como finalidad la propuesta de algunas reformas que capacitaran la ley para responder de manera más adecuada a ciertos cambios de la sociedad. Estos cambios incluían los riesgos que se derivan para la vida y la salud de los avances de la ciencia y de la tecnología y los nuevos retos que brotan de las nuevas percepciones de valores como la inviolabilidad, autonomía, responsabilidad de las personas y de las instituciones y la función de la ley.

Metodología

Se trabajó con cuatro tipos de documentos:

- Documentos anteriores no publicados.
- Documentos para estudio.
- Documentos de trabajo.
- Informes al parlamento.

La Comisión nombró un grupo reducido de trabajo y algunos consultores fuera de ella, cada uno de los cuales recibió los documentos anteriores no publicados y algunos documentos para estudio, con la invitación a responder a las cuestiones en debate. El grupo de trabajo procedió enseguida a redactar un documento de trabajo en el que se sugerían algunas propuestas para cambio de la ley y las razones de ello. Este documento de trabajo fue ampliamente repartido en asociaciones médicas y jurídicas, academias, grupos de abogados y todos aquellos interesados en el tema. Las respuestas recibidas fueron revisadas por los miembros del Proyecto quienes redactaron un breve documento como informe para presentar al Parlamento.

Composición

Un Coordinador, experto en estudios religiosos, ética y derecho.

Once consultores:

- 2 filósofos.
- 7 juristas.
- 1 investigador médico.
- 1 experto en sociología.

Publicaciones

Documentos para estudio

1. Sanctity of Life or Quality of Life (1979).
2. Consent to Medical Care (1980).
3. Toward a Canadian Advisory Council on Biomedical Ethics (1990).
4. Human dignity and Genetic Heritage (1991).

Documentos de trabajo

1. «Criteria for the Determination of Death» (1979).
2. «Sterilization: Implications for Mentally Retarded and mentally Ill Patients» (1979).
3. «Medical Treatment and Criminal Law» (1980).
4. «Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment» (1982).
5. «Behaviour Alteration and the Criminal law» (1985).

6. «Crimes Against the Foetus» (1989).
7. «Biomedical Experimentation Involving Humans Subjects» (1989).

Informes al Parlamento

1. «Criteria for the Determination of Death» (1981).
2. «Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment» (1983).
3. «Some Aspects of Medical Treatment and Criminal Law» (1986).

«The Law Reform Commission of Canada» fue disuelta el 19 de junio de 1992.

The Medical Research Council of Canada (MRCC)

El MRCC es una agencia subvencionada por el gobierno federal como órgano rector de toda investigación clínica y aplicada de las Ciencias de la salud en Canadá, su función sería la de un Comité «ad-hoc».

Composición

Entre los ocho miembros que constituyeron este Comité, uno de ellos era un especialista en teología moral y filosofía.

Metodología

Las fuentes de documentación para la elaboración de los textos fueron: la Declaración de Helsinki (versión revisada en 1975) y la opinión pública.

Actividades

1976. El MRCC creó un grupo de trabajo sobre experimentación humana para designar los principios sobre la protección de los sujetos humanos sometidos a experimentación biomédica.
1978. Fue aprobado y publicado su informe «Ethics in Human Experimentation».
1984. Se erige un «Standing Committee on Ethics Experimentation» para revisar los principios adoptados en 1978.
1986. Se aprueba y publica el texto: «Revised Guidelines on Research Involving Human Subjects» (junio de 1987).
1990. Se redacta la versión final sobre «Guidelines for Research on Somatic Cell Gene Therapy in Humans».

El Comité define como principio ético básico de toda investigación, así como de la asistencia sanitaria, el respeto a la vida. De este principio se desprenden otros: el concepto de autonomía, el deber de beneficencia y el deber de justicia.

The National Consultative Medical Research Ethics Committee

En 1989 se crea este Comité Nacional de Bioética para la investigación sobre sujetos humanos. Constituye un Comité «ad-hoc» con los siguientes objetivos:

1. Promover las líneas éticas de acción en la investigación biomédica, cuando hay sujetos humanos en causa.
2. Órgano de consulta y consejo para los Comités de Ética para la investigación, en universidades y hospitales; y estructura de apoyo para la resolución de las cuestiones espinosas derivadas de la investigación biomédica.
3. Favorecer la educación y el diálogo con los profesionales de las ciencias de la salud y el gran público, sobre la ética de la investigación biomédica cuando en ésta están implicadas las personas humanas.

Composición

14 miembros, de los cuales:

- Un jurista.
- Un especialista en valores morales y ética.
- Un representante de la Asociación de Enfermeras del Canadá.
- Ocho representantes de la medicina de las grandes universidades del Canadá.

Publicaciones

Un informe titulado «The Ethics of Research Involving Children», que contiene tres grandes recomendaciones (1992).

1. Científica y éticamente es esencial, en la investigación sobre niños, la protección de sus derechos. La suspensión de toda experimentación en ellos podría resultar en su perjuicio, y con una protección adecuada pueden entrar en los proyectos de experimentación. Los mejores tratamientos en Pediatría, sólo han podido ser obtenidos gracias a la participación de niños enfermos en la experimentación.
2. En caso de falta de competencia de los niños, es necesaria la autorización de los padres, una vez que la valoración riesgo/beneficio ha sido científicamente y éticamente revisada.
3. La sociedad debería aprobar la experimentación sobre niños y no sólo por el posible beneficio para ellos, sino porque el colectivo **niños**, no debe ser tratado injustamente en relación a los adultos.

Towards a Canadian Advisory Council on Biomedical Ethics. En 1990 se publicaba un documento para estudio sobre la constitución de un Comité Nacional Consultivo de Ética Biomédica (Towards a Canadian Advisory

Council on Biomedical Ethics). En él se recogían todos los estatutos sobre la composición y los objetivos del Comité y se reflejaba la actitud canadiense hacia un organismo consultivo, así como una aversión a todo el control legislativo sobre los aspectos de la ética biomédica. Este documento presentado como informe al parlamento, no ha tenido respuesta.

Desde 1995 está en vigor en Canadá.

Le Conseil National D'éthique en Recherche Chez L'Humain (CNERH)

Tras un estudio de los comités de ética de la investigación y a propuesta del Comité de investigaciones médicas del Canadá, el Real Colegio de médicos y cirujanos del Canadá establecieron el «Conseil National d'Ethique en Recherche chez l'Humain», con la finalidad de:

- Proteger los sujetos que participan en cualquier proyecto de investigación dependientes de las facultades de medicina o de otras instituciones.
- Obligar al cumplimiento de las normas rigurosas de ética con los participantes a ensayos clínicos.

Composición

- Un jurista.
- Un experto en ética de la investigación en materia de salud.
- 3 representantes de la colectividad para aportar una perspectiva pública a los trabajos del Comité.
- 16 representantes de instituciones de salud.

Entre sus actividades cabe mencionar la publicación de un «Code de Conduite pour la Recherche auprès de Sujets Humains»

HOLANDA

En Holanda los Comités de Ética surgen primero por iniciativa de las instituciones privadas, y posteriormente son acreditados por legislación.

La ley establece la creación de comités de ética a tres niveles: local, regional y central.

En 1977 se erige el primer Comité en la Universidad de Leyden, y en 1987 existían 115 comités de los cuales, el 78 % tenía como función la evaluación de los protocolos de investigación. Al Comité central se le asigna:

Misión

- Control de los otros comités.
- Órgano de recurso y consejo.
- Elaboración de las reglas y normas.
- Coordinación.

El 26 de Enero de 1989, se creaba por orden del Ministerio de Sanidad el

Kerncommissie Ethiek Medisch Onderzoek (KEMO)

Comité Nacional Holandés de Ética de la Investigación médica. Este Comité tiene que ser considerado como un Comité consultivo nacional para asesoramiento de la investigación médica potencialmente relacionada con problemas especiales de naturaleza ética, legal o social.

El Comité tiene su sede en La Haya, próximo al «Health Council of the Netherlands», que es un comité consultivo del Gobierno para la salud pública y la higiene ambiental.

Funciones

- Dar su opinión en materia de ética sobre las investigaciones científicas en el campo de la medicina y especialmente en las nuevas tecnologías.
- Estructura de apoyo para los comités locales de ética.
- Órgano consultivo al que pueden hacer recurso:
 - a) Los comités locales de ética.
 - b) Las instituciones de investigación médica.
 - c) Las instituciones que financian tales investigaciones el Health Council.

Metodología

El Health Council puede dirigir directamente sus consultas a KEMO. Toda otra consulta dirigida a KEMO tiene que ser presentada a través de un Comité local de ética médica y en un plazo de dos semanas la secretaría de KEMO acusa recibo de la consulta y su aceptación o negativa para estudio.

Terminado el estudio la respuesta es dirigida solamente a quien la formuló, a menos que ambas partes consideren que pueden ser ampliamente difundida en el Informe Anual de KEMO y siempre con carácter anónimo.

Composición

- Un presidente, que es el vice-presidente del Health Council.
- Un secretario, que es el secretario del Health Council.
- Entre 6 a 11 miembros, expertos en medicina, ética médica, derecho sanitario. Puede haber entre estos miembros alguno profano en la materia, si demuestran interés o un grado de compromiso en cuestiones éticas.
- El comité puede invitar a otros miembros o consultores.

Actividades

- Aceptabilidad del uso de tejido embrionario o fetal obtenido de un aborto espontáneo o provocado.
- Utilización de tejido nervioso fetal para el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson.
- Restricción de la FIV en relación con la maternidad de sustitución.
- Utilización de tejidos humanos obtenidos mediante cirugía.
- Reproducción asistida y diagnóstico genético: Prevención de las enfermedades hereditarias ligadas al sexo mediante selección de gametos X o Y. Diagnóstico genético sobre el embrión pre-implantatorio en el estadio de 4 a 8 células, e implantación solamente de embriones sanos. Extracción del embrión para diagnóstico genético y ulterior reimplantación de un embrión sano.
- Producción de embriones para investigación.
- El problema de la polispermia en la FIV.
- Micro-inseminación artificial.

Existe un proyecto de ley pendiente de resolución desde 1991 sobre la creación de un Comité Consultivo Nacional de Bioética, cuyo informe había sido presentado y aprobado por el Consejo de Estado.

Un informe de R.H.J. ter Meulen de la Universidad de Maastricht, comunicaba el 1 de Noviembre de 2001, que en Holanda no existe un Comité Nacional de Ética y que los aspectos éticos se tratan por «*The Health Council*», una de cuyas 8 comisiones es «*Health Care Ethics and Health Law*». Y los proyectos de investigación por «*The Central Commission on Research Involving Human Subjects*».

NORUEGA

Se habían establecido cinco comités regionales de ética para la investigación, cuando el Parlamento Noruego aprueba la creación de

«*The National Committee for Medical Research Ethics*»

Como respuesta a la propuesta del Ministerio de Educación e Investigación del año 1988, solicitando un Comité de Ética para el estudio de:

- La medicina en sentido amplio (salud y ciencias de la vida).
- Las disciplinas de la formación académica, incluyendo las ciencias sociales y las humanidades, leyes y teología.
- Las ciencias naturales y la tecnología, incluyendo aquellos campos de la biotecnología que no están sometidos a la medicina.

El Comité fue instaurado el 16 de mayo de 1990.

Funciones

- Mantener la información sobre las cuestiones corrientes o posibles de la investigación y su repercusión ética en el campo de la medicina.
- Coordinar y aconsejar los cinco comités regionales de ética.
- Informar a los investigadores, a la administración y al público en general sobre el estado actual de la investigación médica y sus consecuencias éticas.
- Organizar anualmente una sesión pública y promover el debate público, por cualquier medio que parezca oportuno sobre las cuestiones relacionadas con la ética biomédica.
- Colaborar con otros comités de ética, nacionales e internacionales, para establecer los principios éticos de toda investigación.

Composición

12 miembros:

- 3 médicos.
- 3 miembros del campo de la ética.
- 2 miembros no científicos.
- 4 representantes de la biotecnología, las ciencias sociales, la informática y el derecho.

Actividades

- Recomendaciones para la investigación sobre fetos y embriones (1990).
- Recomendaciones sobre la terapia génica (1991).
- Annual Report.

No existe un Comité Nacional de Ética como tal y sigue funcionando el «Comité Nacional de Ética de Investigación Médica».

FINLANDIA

Existe un *Comité Nacional de Ética de la Investigación*, creado por un decreto del ministerio de educación en 1991 que entró en vigor en 1992.

Se trata de un órgano permanente, bajo la tutela del ministerio de educación que tiene encomendado como

Misión

- Examinar las cuestiones éticas surgidas de la investigación e impulsar la ética de la investigación.
- Actuar como comité de expertos para la resolución de conflictos éticos.
- Informar al público.

Este comité está integrado por 10 miembros, nombrados por 3 años por el ministerio de educación.

Los informes se adoptan por consenso.

El 16 de octubre de 1998 se crea un

Comité Consultatif National d'éthique pour les soins de santé

Dentro del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales con la siguiente

Misión

- Hacer declaraciones y dar recomendaciones sobre las cuestiones éticas en el campo de la salud, en particular los cuidados de enfermería, y suscitar el debate público sobre estas cuestiones.
- Dar consejos sobre el desarrollo de los cuidados de salud y la elaboración de disposiciones legislativas sobre salud.
- Recoger y difundir información sobre los problemas éticos en el campo de la salud y el debate internacional al respecto, mediante diversas publicaciones.
- Vigilar, desde el punto de vista de la ética, la evolución de los cuidados de salud y de las tecnologías aplicadas.
- Realizar todas las tareas, en relación con la ética de los cuidados de salud que le sean asignados por el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales.

Composición

18 miembros, competentes en materia de ética y representantes de:

- Usuarios.
- Proveedores.
- Profesionales de la salud.
- Juristas.
- Especialistas en ciencias médicas.
- Especialistas en ética de la investigación.
- La sociedad.

SUECIA

Existía en Suecia un sistema de seis Comités Regionales de Ética sobre la Investigación, cuando el Parlamento estableció en marzo de 1984 el «STATENS MEDICINSK ETISKA-RAD», («The Swedish National Council on Medical Ethics») que tomó el estatuto de un Comité Nacional de Ética Médica, desde 1985, pero que sigue siendo una Comisión Nacional para asesorar al Gobierno en cuestiones de Ética Médica, dentro del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales.

Funciones

- Mantener un intercambio continuo de información y de opinión sobre la investigación médica y los tratamientos que pueden tener consecuencias críticas sobre la integridad humana o modificar el respeto debido a la dignidad humana.
- Asesorar y aconsejar al gobierno y al Parlamento en cuestiones de ética médica.
- Informar al público en general y promover el debate público, con particular énfasis sobre la igualdad humana y el derecho a la integridad física y psicológica.
- Actuar de intermediario entre la comunidad científica, los políticos y el público en general.

Composición

- Un presidente y un vice-presidente.
- 8 políticos que representan los 7 partidos principales de Suecia.
- 12 expertos, representantes de la ciencia médica, la filosofía y las artes, el derecho, la religión católica y protestante, y un miembro de una organización de minusválidos.

Actividades

- 10 libros entre 1989-2000, sobre los principales temas de los avances de la ciencia y de la tecnología, publicados por Etiska Vägmarken (Ethical Oandmarks).
- Una conferencia anual abierta al público.
- Seminarios en colaboración con otras instancias como «The Swedish Advisory Board on Gene Technology», «The Swedish Research Council», and «The Swedish Society of Medicine».

ESPAÑA

En España han funcionado, a nivel nacional, algunos comités ad-hoc. El primero fue el Comité para Trasplantes cuyo trabajo culminó en la Ley española sobre extracción y trasplante de órganos, aprobada por Real decreto el 6 de noviembre de 1979.

En 1984 la Mesa del Congreso de los Diputados, acordó la creación de un Comité de estudio sobre la fertilización extracorpórea, integrada por un miembro de cada grupo parlamentario bajo la presidencia del diputado socialista doctor Marcelo Palacios. Esta comisión quedó definitivamente constituida el 9 de mayo de 1985 y pasó a denominarse: *Comisión Especial de Estudio sobre la Fecundación In Vitro y la Inseminación Artificial Humanas*.

Esta Comisión es la primera en España que cumple las condiciones de un Comité de Bioética.

Composición

36 expertos sobre el tema:

- 4 biólogos.
- 13 ginecólogos.
- 11 juristas.
- 8 filósofos y moralistas.

El informe elaborado por la Comisión sobre Fertilización In Vitro e Inseminación Artificial, sirvió de base para la Ley n.º 35/1988 sobre «Técnicas de Reproducción Asistida» del 22 de noviembre. Y la Ley n.º 42/1988 sobre «Donación y Utilización de Embriones y Fetos Humanos o de sus Células, Tejidos u Organos» del 28 de diciembre de 1988.

Otra comisión sobre *Medicamentos y Ensayos Clínicos* trabajó durante seis años un Informe que ha servido de base a la denominada «Ley del Medicamento» aprobada el 20 de diciembre de 1990. En ella se contemplan todos los aspectos de la terapia medicamentosa: el desarrollo, seguridad y evaluación de la investigación farmacológica: los ensayos clínicos y la protección de los sujetos humanos; además de la regulación de la industria farmacéutica.

Esta ley determina en su artículo 64, la creación de los comités de ética de investigación clínica.

Cabría mencionar, aunque no sea un Comité de Bioética, el *Comité Central de Deontología*, que es un órgano consultivo dependiente del Consejo General de la Asociación Médica Española.

Compuesto por 8 miembros elegidos por la Asamblea general del Consejo General.

Tiene como función específica:

- La elaboración, adaptación e interpretación del Código español de Deontología Médica.
- Organizar el Congreso Nacional de los Comités de Deontología instituidos en el seno de cada asociación médica provincial.
- La elaboración de recomendaciones y directivas de tipo deontológico.

En principio el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró un proyecto de real decreto para la creación de la Comisión Nacional de Bioética, en 1992, que no ha tenido todavía respuesta.

En 1995 se puso en marcha la *Comisión sobre Reproducción Asistida*, contemplada ya en la ley de 1988.

En algunas autonomías se ha creado una *Comisión Asesora de Bioética* (en Cataluña en 1995).

En Abril de 2002 el Gobierno crea el *Comité Asesor de Ética* en el seno de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, bajo el control de este Ministerio.

Composición

12 miembros:

- 4 biólogos.
- Un médico.
- Tres físicos.
- Un científico de la computación.
- El presidente de la patronal de la industria química.
- Un jurista.
- Una filósofa.

Misión

La principal misión encomendada es el estudio de la investigación sobre embriones y la clonación terapéutica.

SINGAPUR

El progreso socio-económico de Singapur, ha ido acompañado de un alto desarrollo de las ciencias biomédicas y de la medicina de alta tecnología. Paralelamente la reflexión ética ha despertado la atención de los mandatarios, de los científicos y de la comunidad en sentido amplio.

En Enero de 1994, el Ministro de Salud crea,

«The National Medical Ethics Committee»

Para asistir a los profesionales de la salud, sobre las situaciones éticas que se plantean en la práctica profesional y asegurar un alto nivel de ética práctica en Singapur.

Misión

- Servir a los responsables del ministerio de salud y de otras agencias, involucrados en situaciones éticas.
- Ayudar a los profesionales a la aplicación de los valores éticos a la toma de decisiones clínicas.
- Identificar las situaciones éticas prevalentes en relación con la salud pública, la práctica médica y la investigación en Singapur.
- Asesorar al Ministro en las situaciones «potencialmente» éticas que pueden surgir en Singapur basadas en modelos de otros países desarrollados.
- Formar Sub-comités para tratar situaciones concretas y siempre que sea necesario.

Composición

Miembros de representación pluralista: médicos eminentes y otros profesionales de la salud por su relevancia

científica; personalidades del campo de las humanidades con experiencia en ética médica. Miembros representativos de las minorías étnicas del país.

Actividades:

1994-1997

- Ethical Guidelines on Human Organ Tissue Transplantation.
- Ethical Guidelines on Termination of Pregnancy for Mothers with Foetuses with Lethal malformations.
- Ethical Guidelines on Medical Treatment of High-Risk Infants.
- Ethical Guidelines on Research involving Human Subjects.
- Ethical Guidelines on the Practice of Psychiatry 1997-2001.
- An ethical Approach to Financial Issues in Medical Practice.
- Stewardship of Resources.
- Disclosure and Honesty.
- Financial Inducements.
- Acceptance of Gifts/Sponsorship.
- Duty of Administrators of Health Care Organisations.
- Ethical Guidelines for Gene Technology.

Bioethics Advisory Committee

Este órgano fue creado por el «Singapore's Cabinet» en diciembre de 2000, para analizar las situaciones éticas, legales y sociales que se derivan de la investigación de las ciencias biomédicas, en dependencia del Comité Ministerial de las Ciencias de la Vida.

Misión

- Asegurar que las decisiones derivadas de las ciencias y de la investigación biomédicas, estén sólidamente basadas en una ciencia rigurosa y de un alto nivel ético y jurídico.
- Proteger los derechos y el bienestar de las personas ante el desarrollo de la experimentación en sujetos humanos, en proyectos para beneficio de la humanidad.
- Supervisar las aplicaciones de la investigación.
- Desarrollar y recomendar las normas a seguir al Comité Ministerial de las Ciencias de la Vida en las situaciones éticas, legales u sociales que se presenten.
- Información y Educación al público sobre las situaciones bioéticas.
- Identificar los grandes principios que deben regir las implicaciones de la experimentación biológica sobre humanos.

Composición

10 miembros del campo de la medicina, del derecho y de la política.

El Comité ha nombrado, además, un Panel Internacional de Expertos integrado por dos miembros, uno de la «Nuffield Foundation» del Reino Unido y otro del «National Bioethics Advisory Commission» de Estados Unidos.

Actividades

- Gene Therapy for Human Patients Information for the General Public.
- NIH FACT Sheet on Human Pluripotent Stem Cell Research Guidelines.
- Primer on Ethics and Human Cloning.

COMITÉS NACIONALES PERMANENTES

FRANCIA

Importantes médicos y biólogos han venido considerando los problemas de la ética biomédica durante varias décadas. Ya en 1933-37, el biólogo Jean Rostand y posteriormente médicos como Jean Bernard en 1960, Jean Hamburger el 1972 y Alexandre Minkowski en 1975, ponderaron las consecuencias filosófico-morales de los recientes descubrimientos de la biología y sus aplicaciones médicas. En 1960 se había estudiado la experimentación en personas humanas y publicado un libro que abordaba el tema desde las dos vertientes, la de una reflexión sistemática y la de un programado estudio empírico (Schwartz, 1960). A éste siguieron otros libros sobre el mismo tema (Rouziou, 1978; INSERM, 1979; Spriet, 1980).

Por otro lado la regulación de los ensayos clínicos no fue sujeto de interés en Francia antes de 1980, convencidos como estaban los franceses de que su ética profesional y su conciencia personal bastaban. No obstante el «Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale» (INSERM) había creado en 1974 un Comité de Ética para tratar proyectos de investigación que presentaban problemas éticos a juicio de las comisiones científicas. A partir de esa fecha comenzaron a formarse algunos comités locales de ética, semejantes a los Institutional Review Boards (IRB) de estados Unidos. En la actualidad puede decirse que la mayoría de los grandes hospitales de París y de otras grandes ciudades tienen comités de ética para la revisión de los protocolos de investigación.

La decisión más llamativa fué la creación en 1983 del «Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé» (CCNE). Este comité depasaba ampliamente las competencias del comité de ética del INSERM.

El 23 de febrero de 1983, oído el Consejo de Ministros, el Presidente de la República instituyó el CCNE, regulado mediante 12 artículos, el primero de los cuales asigna al Comité la misión de dar su opinión sobre los problemas morales que suscita la investigación biológica de la medicina y de la salud en la que están implicados: la persona humana, grupos sociales e incluso la sociedad entera.

Es éste un comité concebido —dirá Mitterand en el discurso de la institución oficial del Comité el 2 de diciembre de 1983— «como lugar de diálogo, confrontación, reflexión y consejo; integrado de tal forma que las competencias y experiencias más diversas queden representadas y no para conseguir una negociación sino para expresar cada cual su opinión de hombre libre. Un Comité situado de manera que sirva de mediación entre la sensibilidad colectiva y la intervención del poder público».

«En resumen un Comité que responda a un triple deseo:

- El de los ciudadanos que buscan los pilares sólidos donde se asientan los avances, a veces vertiginosos, de las ciencias.
- El de los investigadores y médicos que se encuentran, en ocasiones demasiado solos ante las consecuencias gigantescas de sus reflexiones y trabajos.
- El de los poderes públicos que necesitan información, consejos y recomendaciones».

Funciones

- Revisión de los protocolos de investigación, que presentan dilemas difíciles.
- Estudiar las situaciones éticas relacionadas con la biología y la práctica médica.
- Dar su opinión a las consultas que le sean dirigidas desde el Gobierno sobre propuestas legislativas o la conveniencia de medidas reguladoras.
- Organizar una Conferencia anual sobre problemas de ética de las ciencias de la vida y de la salud, abierta al gran público.
- Remitir un informe anual sobre sus actividades al ministro de la Investigación y al de Sanidad.
- Dar su opinión sobre la composición de los comités locales de ética de los centros hospitalarios y universitarios.

Metodología

- Reflexionar sobre problemas éticos y estimular este tipo de reflexión, antes que expresar opiniones de aprobación o reprobación de ciertas prácticas.
- La discusión debe entenderse como una combinación de elementos para obtener una opinión bien fundada y no como un debate.

- La aprobación debe conseguirse por consenso y el respeto debe ser la norma cuando no se puede obtener un consenso.

Composición

1. Un Presidente nombrado por el Presidente de la República.
2. Cinco personalidades designadas por el Presidente de la República, pertenecientes a las principales familias filosóficas y espirituales.
3. Catorce personalidades especializadas, elegidas por su competencia y por su interés hacia la ética biomédica: un miembro de cada una de las instituciones siguientes: Asamblea General (Parlamento); Senado; Consejo de Estado; Tribunal Supremo; Ministerio de la Investigación; Ministerio de Industria; Ministerio de Asuntos Sociales; Ministerio de Educación; Ministerio de Trabajo; Ministerio de Información; Ministerio de la Familia; Ministerio de la Solidaridad Nacional. Y dos miembros del Ministerio de Sanidad.
4. Catorce personalidades de la investigación científica: un miembro de la Academia de Ciencias; un representante del «Collège de France» y uno del Institut Pasteur; cuatro investigadores del campo de la investigación médica o científica; dos ingenieros o técnicos de sanidad; dos médicos, representantes de hospitales o centros de investigación médica; un investigador del cuerpo de investigadores de agronomía.

Dentro del Comité existe una sección técnica constituida por ocho miembros cuya función es la de tratar todos los temas presentados al Comité y preparar las reuniones generales.

El CCNE tiene a su disposición un centro de documentación e información sobre problemas de ética en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, creado por el Instituto Nacional de Salud.

Las sesiones del Comité y de la sección técnica no son públicas, pero ambas pueden hacer recurso a personas competentes para obtener información y experiencia.

Tan pronto como se instauró el Comité tuvo que afrontar dos de los grandes problemas del momento:

La utilización de fetos y tejido fetal, tema sometido a debate público y a varios pleitos o litigios. Un grupo acusaba a los científicos de actos de crueldad sobre fetos vivos. Otros acusaban de venta de fetos a las firmas productoras de cosméticos. Otros acusaban a los médicos de favorecer el aborto para obtener fetos para la ciencia y el comercio.

El contencioso se resolvió a favor de médicos y científicos al no poder demostrar la evidencia sobre las acusaciones de tales prácticas en Francia. Después de un trabajo de varios meses el CCNE publicó su primer «Avis sur les prélèvements de tissus d'embryons et de foetus humains morts, à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques» (Rapport 22 Mai 1984). En él

se prohíbe toda utilización de fetos vivos e impone condiciones restrictivas a los investigadores que utilizaban tejidos fetales. Toda utilización no-terapéutica, tenía que ser sometida a un Comité de Ética.

La regulación de la experimentación humana fue el segundo tema a debate. El Código de Deontología médica prohibía los ensayos clínicos sobre voluntarios sanos. Médicos y asociaciones de pacientes se pronunciaban con fuerza a favor de una ley que regulase los ensayos clínicos sobre sujetos humanos y pedían la intervención del CCNE.

El CCNE, a la luz de las declaraciones de Helsinki y de Tokyo, se pronunció por la necesidad de una relevancia y de un rigor científico como requisitos para una justificación ética, autorizando los ensayos sobre voluntarios sanos y autorizando una ligera indemnización para evitar que fueran tratados como piezas de mercancía.

Otras múltiples cuestiones han sido objeto de reflexión y estudio por parte del CCNE, con sus correspondientes procesos, muchos de los cuales han sido aprobados y publicados en informes o AVIS que el CCNE viene regularmente publicando.

1. Avis sur les prélèvements de tissus d'embryons et de foetus humains morts, à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques. Rapport. 22 mai 1984.
2. Avis sur les essais de nouveaux traitements chez l'homme. Réflexions et propositions. (10.09.1984).
3. Avis sur les problèmes éthiques nés des techniques de reproduction artificielle. Rapport (23.10.1984).
4. Avis sur les registres médicaux pour études épidémiologiques et de prévention. Rapport (06.05.1985).
5. Avis sur les problèmes posés par le diagnostic prénatal et périnatal. Rapport (13.05.1985).
6. Avis concernant les problèmes éthiques posés par l'appréciation des risques du SIDA par la recherche d'anticorps spécifiques chez les donneurs de sang. Rapport (13.05.1985).
7. Avis sur les expérimentations sur des malades en état végétatif chronique. Rapport (24.02.1986).
8. Avis relatif aux recherches et utilisation des embryons humains in vitro à des fins médicales et scientifiques (15.12.1986).
9. Avis sur les problèmes posés par le développement des méthodes d'utilisation de cellules humaines de cellules humaines et de leurs dérivés (23.02.1987).
10. Avis sur l'utilisation de la mifépristone (RU 486). Rapport (16.12.1987).
11. Avis sur une demande concernant une étude réalisée sur des sujets volontaires sains au cours d'une expérience de simulation des modifications cardio-vasculaires et des tissus de soutien observées chez l'homme en apesanteur. Rapport (06.12.1987).
12. Avis sur l'expérimentation médicale et scientifique sur des sujets en état de mort cérébrale. Rapport (07.11.1988).
13. Recommandations sur le Comités d'éthique locaux. Rapport (07.11.1988).
14. Avis sur les problèmes éthiques posés par la lutte contre la diffusion de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) Rapport (16.12.1988).
15. Avis sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise. Rapport (16.10.1989).
16. Avis sur les greffes de cellules nerveuses dans le traitement de la maladie de Parkinson. Rapport (16.10.1989).
17. Avis relatif à la diffusion des techniques d'identification par analyse de l'ADN (techniques des empreintes génétiques) (15.12.1989).
18. Etat des études conduites par la Comité concernant les dons de gamètes et d'embryons (15.12.1989).
19. Avis sur les recherches sur l'embryon soumises à moratoire depuis 1986 et qui visent à permettre la réalisation de un diagnostic génétique avant transplantation. (18.07.1990).
20. Avis sur l'organisation actuelle du don de gamètes et ses conséquences (18.07.1990).
21. Avis sur la non-commercialisation du corps humain (13.12.1990).
22. Avis sur la thérapie génique (13.12.1990).
23. Avis concernant des greffes intracérébrales de tissus mésencéphaliques d'embryons humains chez cinq malades parkinsoniens dans un but d'expérimentation thérapeutique. (13.12.1990).
24. Avis sur les réductions embryonnaires et foetales (24.06.1991).
25. Avis sur l'application des tests génétiques aux études individuelles, études familiales et études de population. (problèmes des «banques de l'ADN», des «banques» de cellules et de l'informatisations des données) (24.06.1991).
26. Avis concernant la proposition de résolution sur l'assistance aux mourante, adoptée le 25 avril 1991 au parlement européen par la Commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs (24.06.1991).
27. Avis sur la non-commercialisation du génome humain. Rapport. Réflexions générales sur les problèmes éthiques posés par les recherches sur le genome humain. (02.12.1991).
28. Avis sur la transfusion sanguine au regard de la non-commercialisation du corps humain. Rapport (02.12.1991).
29. Avis relatif aux Comités d'éthique. (27.01.1992).

30. Questions éthiques posées par l'obligation de tests génétiques pour les concurrentes des jeux d'Albertville. (27.01.1992).
31. Avis sur le dépistage de l'infection par le virus du SIDA (28.03.1992).
32. Avis sur l'opportunité et le type d'essai à mettre en oeuvre pour préciser les indications du centoxin. Rapport (10.07.1992).
33. Avis sur le recensement des glaucomateux en France et la localisation chromosomique du (ou des) gène(s) responsable(s). (19.01.1993).
34. Avis sur l'utilisation de placebo dans les essais thérapeutiques d'antidépresseurs. Rapport. (09.02.1993).
35. Compensation de déficits hormonaux chez les sportifs de haut niveau. Rapport. (18.05.1993).
36. Avis sur l'application des procédés de thérapie génique somatique. Rapport (22.06.1993).
37. Avis sur le dépistage du risque de la trisomie 21 foetale à l'aide de tests sanguins chez les femmes enceintes. Rapport (22.06.1993).
38. Avis sur l'éthique de la recherche dans les sciences du comportement humain. Rapport (14.10.1993).
39. Avis sur la prescription de substances antiandrogéniques à détenus condamnés pour des infractions à caractère sexuel. (07.12.1993).
40. Avis sur le transfert d'embryons après décès du conjoint (ou du concubin). Rapport (17.12.1993).
41. La coopération dans le domaine de la recherche biomédicale entre équipes françaises et équipes de pays en voie de développement économique. Rapport (17.12.1993).
42. Avis sur l'évolution des pratiques d'assistance médicale à la procréation. Rapport (17.12.1993).
43. Rapports du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies. (23.11.1994).
44. Avis sur l'implant cochléaire chez l'enfant sourd prélingual. Rapport (01.12.1994).
45. Avis sur les questions éthiques posées par la transmission de l'information scientifique relative à la recherche biologique et médicale. Rapport (31.05.1995).
46. Avis et recommandations sur «Génétique et Médecine: de la prédiction à la prévention». Rapport (30.10.1995).
47. Avis sur la prise en charge des personnes autistes en France. Rapport. (30.10.1995).
48. Recommandation sur la mise à disposition d'un traitement antiviral sans le SIDA. Rapport (07.03.1996).
49. Avis sur la contraception chez les personnes handicapées mentales. Rapport. (03.04.1993).
50. Rapport sur la stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive. (03.04.1996).
51. Recommandations sur un projet de loi «renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs». (20.12.1996).
52. Avis sur la constitution de collections de cellules embryonnaires humaines et leur utilisation à des fins scientifiques. Rapport. (11.03.1997).
53. Avis sur la constitution de collections de cellules embryonnaires humaines à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Rapport (11.03.1997).
54. Réponse au Président de la République au sujet du clonage reproductif. (22.04.1997).
55. Avis sur l'information à donner aux patients à propos de la possibilité de transmission de l'agent de la maladie de Creutzfeldt-Jakob par des composants du sang. (01.10.1997).
56. Problèmes éthiques posés par le désir d'enfant chez des couples où l'homme est séropositif et la femme séro-négative. (10.02.1998).
57. Progrès technique, santé et modèle de société: la dimension éthique des choix collectifs. (20.03.1998).
58. Consentements éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. (12.06.1998).
59. Rapport sur le vieillissement. (25.05.1998).
60. Réexamen des lois de bioéthique. (25.06.1998).
61. Ethique et xénotrasplantation. (11.06.1999).
62. Médicalisation de la sexualité: le cas du Viagra. Réponse au Secrétaire d'Etat à la Santé. (18.11.1999).
63. Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie. (27.01.2000).
64. Avis sur l'avant-projet de loi portant transposition, dans le code de la propriété intellectuelle de la directive 98/44/CE du Parlement européen et du Conseil, en date du 6 juillet 1998, relative à la protection juridique des inventions biotechnologiques. (08.06.2000).
65. Réflexions éthiques autour de la réanimation néonatale (14.09.2000).
66. Réponse du CCNE aux saisines du Président du Sénat et du Président de l'Assemblée nationale sur l'allongement du délai d'IVG (23.11.2000).
67. Avis sur l'avant-projet de révision des lois de bioéthique. (18.01.2001).
68. Handicaps congénitaux et préjudice (29.05.2001).
69. L'assistance médicale à la procréation chez les couples présentant un risque de transmission virale - réflexions sur les responsabilités (08.11.2001).
70. Consentement en faveur d'un tiers (13.12.2001).

Journées Annuelles d'Ethique

Cada año se celebran unas jornadas de ética del CCNE, abiertas al público, y la publicación de un libro con el contenido de las mismas.

DINAMARCA

En Dinamarca, los comités de ética, se llaman comités de ética y ciencia, lo cual significa que el comité se ocupa de la manera ética de hacer la ciencia y de aplicarla, pero también podría significar que un comité se ocupa de la manera científica de hacer la ética.

Dos principios fundamentales rigen los comités de ética en Dinamarca:

1. Principio de regionalidad: Toda actividad biomédica privada o pública que toma al hombre como objeto de experimentación, depende de un comité regional (no anexo a instituciones como hospitales, universidades...).
2. Principio de paridad: Cada comité regional está compuesto por un número igual de miembros profesionales o científicos y de miembros no-profesionales o no-científicos.

En 1983 se crea un «*Den Centrale Videnskabetiske*» (comité central de ética), a nivel estatal para:

- Coordinar el trabajo de los Comités regionales y dar su opinión y consejo sobre las cuestiones de principios y actuar de mediador entre los comités regionales y las instancias superiores.
- Regular la aplicación de los nuevos métodos de tratamiento y la experimentación sobre el hombre.
- Garantizar la utilización adecuada de las bases de datos sobre enfermedades hereditarias.

En 1985 se crea un «*Det Ethiske Rad*» para la sanidad, (Comisión asesora del Ministerio de Salud).

Funciones

- Regular por vía legislativa ciertas experimentaciones.
- Sancionar la violación de las interdicciones y la no declaración de proyectos de investigación biomédica sobre sujetos humanos.
- Proteger el ser humano desde el momento de la concepción. Esta idea no significa que el hombre está plenamente realizado desde ese momento, sino que hay un desarrollo progresivo del ser humano lo cual implica que el huevo fecundado tiene derecho a un cierto respeto y a una protección contra toda experimentación que no sea destinada a ayudar a las parejas a tener un hijo.
- Educar continuamente al público y tomar la iniciativa del debate sobre los problemas éticos que plantea el progreso biomédico.
- Dar su opinión sobre las cuestiones de ética biomédica que le sean sometidas por las autoridades de Sanidad.
- Mantener informado al público sobre el progreso de sus trabajos.

En 1987 por amplia mayoría Parlamentaria se aprueba la creación por ley de «**DET ETISKE RAD**» (The

Danish Council of Ethics) con el estatuto de un Comité Nacional de Ética.

Composición

17 miembros:

- 8 elegidos por el Ministro de Sanidad.
- 9 por el Parlamento danés.

Funciones

- Presentar sus recomendaciones sobre:
- Legislación para proteger óvulos fertilizados, embriones y fetos vivos así como la experimentación sobre gametos humanos.
- La aceptación de una terapia génica sobre gametos humanos obtenidos para fertilización, óvulos humanos fertilizados, embriones y fetos.
- La utilización de nuevas tecnologías para detectar defectos congénitos o enfermedades en gametos humanos, óvulos humanos fertilizados, embriones y fetos.
- Reglas para la congelación de gametos humanos, con vista a futuras fertilizaciones así como de óvulos humanos fertilizados.

El Comité debe dar su consejo a todos los comités de ética, a todas las autoridades de sanidad en cuestiones de ética y debe mantener informado al público sobre el progreso de su trabajo, e iniciar el debate público sobre cuestiones de ética, cuando el caso lo requiera.

Publicaciones

- Death criteria. 1989.
- Protection of human gametes, fertilized ova, embryos and fetuses. 1989.
- Research in Human Gametes. 1990.
- Fetal Diagnosis and Ethics. 1991.
- Fetal diagnosis and ethics. 1991.
- Public Discussion about Bioethics. 1992.
- Genetic Testing in Appointments. 1993.
- Genetic Screening. 1993.
- Protection of sensitive Personal Information. 1993.
- Ethics and mapping of the human genome. 1993.
- Patenting Human Genes. 1994.
- Extreme Prematurity. 1995.
- Protection of Sensitive Health Science Information Banks: Biobanks. 1996.
- Priority-setting in the Health Service. 1997.

- Euthanasia. 1997.
- Late, Induced Abortions. 1997.
- Working Paper on Cloning. 1997.
- Conditions for Psychiatric patients. 1997.
- Conditions for the Elderly Demented. 1998.
- Assisted Reproduction. 1998.
- Fetal Diagnosis: Debate Outline on fetal diagnosis. 1998.
- Death Criteria and Organ Transplantations: Organ Donation. 1999.
- Humans and Genetic Engineering in the New Millenium - How are we going to get Gen-Ethics just in time? 1999.
- Screening. 2000.
- Genetic Engineering and Cloning. 2001.
- Cloning. 2001.
- Annual Reports (1988 - 2001).
- Other Publications in Danish.

En 1997 una revisión de la Ley, retomaba la misma formulación que el artículo primero de la ley de 1987, que obliga al Comité Nacional de Ética a fundar su actividad sobre la afirmación de que la vida comienza en el momento de la fecundación.

La ley confía al Comité Nacional de ética la redacción de recomendaciones al ministro de salud, en cuatro campos específicos:

- Establecer reglas legislativas relativas a la protección de óvulos fecundados y embriones, así que sobre las manipulaciones genéticas sobre las células reproductoras que se utilizan para la fecundación.
- La posibilidad de iniciar una terapia génica sobre células reproductoras, óvulos fecundados y embriones.
- La posibilidad de utilizar nuevos métodos de diagnóstico para detectar anomalías congénitas en el óvulo o en el embrión.
- El establecimiento de reglas sobre la congelación de células reproductoras y óvulos fecundados.

ITALIA

Desde 1978, después de la conferencia de Alma-Ata (URSS), que institucionaliza la atención primaria de salud como base de un sistema sanitario edificado a tres niveles, comienza en Italia el movimiento de creación de Comités de Ética, tanto desde la iniciativa privada, como desde la estatal, y así se establece un sistema provincial y regional de comités locales y regionales de ética.

Más tarde y bajo las diversas orientaciones del Consejo de Europa se formula la constitución de un Comité Na-

cional de Bioética que es aprobado por el Consejo de Ministros el 12 de mayo de 1989, e instituido oficialmente el 28 de marzo de 1990.

Funciones

- Promover y animar una discusión equilibrada sobre las situaciones éticas planteadas por la investigación biomédica, la atención sanitaria y la distribución de recursos.
- Elaboración de las recomendaciones y directivas para la legislación estatal, a título consultivo en materia de salud y sobre las nuevas tecnologías.
- Coordinación de los comités locales y regionales de ética.

Composición

- 6 miembros del campo de la investigación científica.
- 24 del campo de la medicina y administración sanitaria.
- 7 especialistas de ética: filósofos, moralistas, teólogos.
- 3 juristas.
- El Comité puede recurrir, si el caso lo precisa, a especialistas del tema, objeto de estudio.

Metodología

- Perfil ético-deontológico: consideración de las diversas posiciones éticas, para llegar a una línea ética consensuada y a la individualización de los procedimientos o comportamientos éticos y científicamente aceptables en una sociedad pluralista.
- Perfil médico-legal: confrontación de los efectos, sobre los profesionales de la salud; médicos y personal sanitario y sobre el paciente: responsabilidad profesional, impericia, imprudencia o negligencia. Daño a la persona asistida por omisión o comisión. Nexos causales entre los determinantes de la acción y el daño lamentado. Responsabilidad asistencial del centro sanitario.
- Licitud: a) Moral: en base a las directivas del centro, normas deontológicas, principios de ética. b) Jurídica: respeto de las normas positivas de la ley a carácter general o particular.

Actividades

Documentos publicados por el CNBE.

1. Terapia génica. (15.02.91).
2. Definizione e Accertamiento della morte nell'uomo. (15.02.91).
3. Parere del Comitato Nazionale per la bioetica sulla proposta di risoluzioni sull'assistenza ai pazienti terminali. (05.05.91).
4. Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche: relazione tecnico-scientifica. (28.05.91).

5. Documento sulla sicurezza delle biotecnologie. (06.09.91).
6. Bioetica e formazione nel sistema sanitario. (07.09.91).
7. Donazione d'organo a fini di trapianto. (07.10.91).
8. I Comitati etici. (27.02.92).
9. Informazione e consenso all'atto medico. (20.06.92).
10. Diagnosi prenatale. (18.07.92).
11. La sperimentazione dei farmaci. (17.11.92).
12. Rapporto sulla brevettabilità degli organismi viventi. (19.11.93).
13. Trapianti di organi nell'infanzia. (21.01.94).
14. Bioetica con l'infanzia. (22.02.94).
15. Progetto genoma umano. (18.03.94).
16. Prese del CNB sulle tecniche di procreazione assistita. Sintesi e Conclusioni. (17.06.94).
17. La fecondazione assistita - Documento del Comitato Nazionale per la Bioetica. (17.02.95).
18. Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana. (14.07.95).
19. Bioetica e ambiente. (21.09.95).
20. Le vaccinazioni. (22.09.95).
21. Parere del CNB sull'eticità della terapia elettroconvulsivante. (22.09.95).
22. Bioetiche a confronto. Atti del Seminario di studio. (20.10.95).
23. Venire al mondo. (15.12.95).
24. Il neonato anencefalico e la donazione di organi. (21.06.96).
25. Identità e statuso dell'embrione umano. (22.06.96).
26. Pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica su «Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina» (Consiglio d'Europa) e «Bozza preliminare di dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani (UNESCO). (21.02.97).
27. Sperimentazione sugli animali e salute dei viventi. (18.04.97).
28. I comitati etici in Italia: Problematiche recenti. (18.07.97).
29. Infanzia e ambiente. (18.07.97).
30. La clonazione. (17.10.97).
31. Il problema bioetico del trapianto di rene da vivente non consanguineo. (17.10.97).
32. Problema bioetico in una società multietnica. (16.01.98).
33. La gravidanza e il parto sotto il profilo bioetico. (17.04.98).
34. Etica, sistema sanitario e risorse. (17.07.98).
35. Il suicidio degli adolescenti come problema bioetico. (17.07.98).
36. La circoncisione: profili bioetici. (25.09.98).
37. Il problema bioetico della sterilizzazione non volontaria. (20.11.98).
38. Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. (24.09.99).
39. Dichiarazione per il diritto del bambino a un ambiente non inquinato. (24.09.99).
40. Proposta di moratoria per la sperimentazione umana di xenotrapianti. (19.11.99).
41. Orientamenti bioetici per i test genetici. (19.11.99).
42. Protocollo europeo sulla ricerca biomedica. (19.11.99).
43. Dichiarazione sulla possibilità di brevettare cellule di origine embrionale umana (25.02.00).
44. Protocollo europeo sull'embrione e sul feto umani (31.03.00).
45. Impiego terapeutico delle cellule staminali. (27.10.00).
46. Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici. (24.11.00).
47. La terapia del dolore: orientamenti bioetici. (30.03.01).
48. Orientamenti bioetici per l'equità nella salute. (25.05.01).
49. Violenze, media e minori. (25.05.01).
50. Orientamenti per i comitati etici in Italia. (13.07.01).
51. Bioetica e scienze veterinarie Benessere animale e salute umana. (30.11.01).
52. Considerazioni etiche e giuridiche sull'impiego delle biotecnologie. (30.11.01).
53. Scopi rischi e limiti della medicina. (14.12.01).

PORTUGAL

La Ley 14/90 del 9 de junio de 1990, aprobaba la creación de un Comité Nacional de Ética de las Ciencias de la Vida, de acuerdo con los artículos 164 y 169 de la Constitución.

A este Comité de Ética se le dio un estatuto de órgano independiente para colaborar con la Presidencia del Consejo de Ministros.

Funciones

- Analizar todos los problemas morales suscitados por los progresos científicos en biología, medicina y en la salud en general.
- Ofrecer su opinión en aquellos problemas que le sean sometidos por la Presidencia del Gobierno, el Parlamento y los centros públicos y privados de investigación biomédica.

- Someter al Primer Ministro un Informe Anual sobre las nuevas tecnologías y sus implicaciones éticas y sociales, con las propuestas oportunas.
- Preparar y sensibilizar la opinión pública a las resoluciones de carácter ético.
- Mantener información con y de otros Comités Internacionales de ética.

Composición

Un presidente nombrado por el Primer Ministro y 20 miembros. Dentro del Comité funciona un Comité ejecutivo permanente, integrado por el mismo Presidente y 9 miembros del Comité.

Actividades

- 1/91 Parecer sobre Transplante de Tecidos e Órgãos I.
- 2/92 Parecer sobre Utilização de Cadáveres para Fins de Investigação e de Ensino.
- 3/93 Relatório-parecer sobre Reprodução Medicamente Asistida.
- 4/93 Parecer sobre Ensaio Clínicos de Medicamentos.
- 5/93 Parecer sobre o Registo Nacional de não Dadores.
- 6/94 Parecer sobre Os critérios de Morte Cerebral.
- 7/94 Parecer sobre Protecção Jurídica das Invenções Biotecnológicas.
- 8/94 Parecer sobre Dissecção de cadáveres Humanos ou de Parte Deles.
- 9/94 Parecer sobre o Projecto de D.Lei sobre Comissões de Ética.
- 10/95 Parecer sobre Critério de Morte.
- 11/95 Parecer sobre Aspectos Eticos dos Cuidados de Saúde Relacionados com Final da Vida.
- 12/95 Parecer sobre a Portaria n.º 1093-B/94, de 7 de Dezembro (que regulamenta a orientação do exame médico para admissão a estágio de ingreso nas carreiras de inspecção do quadro do Instituto de desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho).
- 13/95 Documento de Análise sobre a Comparação entre Legislação Respeitante a Ensaio Clínicos e a Comissões de Ética e Doutrina Expendida pelo CNECV.
- 14/95 Parecer sobre Questões Eticas na Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde.
- 15/95 Relatório-Parecer sobre A Experimentação no Embrião.
- 16/95 Relatório-Parecer sobre A Obrigatoriedade dos Testes da Sida.
- 17/96 Relatório-Parecer sobre Liberalização da Droga e Despenalização do seu Consumo Parecer Interno sobre o Mandato do CNECV.
- 3.º Relatório de Actividade do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- 3.º Relatório sobre o Estado de Aplicação das Novas Tecnologias à Vida Humana, de 1995.
- 18/96 Parecer sobre a Proposta de Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia relativa à Protecção Jurídica das Invenções Biotecnológicas (COM (95) 661, 13 Dez. 95).
- 19/97 Relatório-Parecer sobre Projectos de Lei Relativos à Interrupção Voluntária da Gravidez.
- 20/97 Parecer sobre Algumas Propostas de Revisão Constitucional.
- 21/97 Parecer sobre Implicações Eticas da Clonagem.
- 22/97 Parecer sobre a Proposta de Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho relativa aos Dispositivos Médicos para Diagnóstico «in vitro» Aditamento ao Parecer 22 sobre a Proposta de Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho relativa aos Dispositivos Médicos para Diagnóstico «in vitro».
- 23/97 Relatório-Parecer acerca do pedido do Ministério da Saúde sobre o projecto da proposta de Lei da Procriação Medicamente Asistida.
- 24/98 Relatório-Parecer sobre o Projecto de Decreto-Lei que visa a estabelecer o Regime Jurídico da Lícita Dissecção de Cadáveres e da Extracção de Peças, Tecidos ou Órgãos, para fins de Ensino e de Investigação Científica.
- 25/98 Relatório e Parecer relativo ao projecto de diploma sobre a Utilização Terapêutica de Productos Biológicos de Origem Humana e de Biotecnologia V Relatório sobre Estado de Aplicação das Novas Tecnologias à Vida Humana V Relatório de Actividade do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- 26/99 Documento de Trabalho, Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana.
- 27/99 Nota sobre a Lei n.º 12/99 de 15 de Março autoriza o Governo a legislar sobre a dissecação lícita de cadáveres e extracção de peças, tecidos ou órgãos para fins de ensino e de investigação científica.
- 7.ª Relatório sobre o estado da Aplicações das Novas Tecnologias à Vida Humana.
- 28/99 Posição do CNECV sobre o Procedimento a Adoptar em Caso de Fetos Vivos Resultantes de Abortamento.
- 29/99 A Sexualidade Humana - Reflexão Ética. Relatório de actividades de 1999. Relatório das Novas tecnologias.
- 30/2000 Parecer sobre a ratificação da Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Alicações da Biologia e da medicina.
- 31/2000 Documento Preliminar de Trabalho Sobre o Genoma Humano.
- 32/2000 Parecer sobre o sigili médico.

33/2000 A statement from the portuguese national council of ethics for the life sciences.

7.º Relatório da actividade do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida 2000.

7.º Relatório sobre o Estado da Aplicação das Novas Tecnologias à Vida Humana.

34/2001 Sobre a Declaração de Helsínquia modificada em Edimburgo.

35/2001 Laqueação de Trompas Em Menores Com Deficiência Mental Profunda.

36/2001 As Condições Do Exercício Da Maternidade E Da Paternidade Na Sociedade Portuguesa.

37/2001 Projecto de lei n.º 455/VIII - «Informação Genética e Pessoal» proposto pelos deputados do bloco de esquerda.

38/2001 Reflexões do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida sobre o seu funcionamento desde 1991 a 2001.

39/2001 Acerca do Projecto de Lei N.º 433/VIII «Lei de Bases da Saúde» proposto pelos deputados do Bloco de Esquerda.

40/2001 Relatório e parecer sobre Implicações Éticas da Genómica.

Ha publicado 7 libros de la «Colecção Bioética» entre 1995-2001 y el Comité organiza también jornadas de ética y seminarios de formación en bioética abiertos al público.

BÉLGICA

En 1976 El Fondo de la investigación científica médica, creó un comité de Ética médica con dos finalidades:

- Dar su parecer sobre los problemas particulares de bioética (manipulación genética, experimentación humana, trasplantes de órganos).
- Estimular y organizar la creación de Comités de Ética en los Hospitales Universitarios.

Así se crean los comités de Ética de las dos Universidades Católicas de Lovaina a los cuales se suman otros hospitales universitarios, provinciales y privados.

El *Comité de Ética de la Universidad de Lovaina* (Leuven-Flandes) ha ejercido una gran influencia sobre el país mediante sus

Funciones

- Expresar su parecer sobre los problemas éticos de manera general y en particular sobre la aplicación práctica en la actividad científica.
- Comunicar su parecer a las diferentes clínicas y al secretariado de la Facultad para desarrollar las líneas de acción derivadas de los principios éticos tanto para la prác-

tica médica, como para su integración en los programas de educación.

- Revisar los protocolos de experimentación.
- Procurar información actualizada sobre los temas de Bioética a las instituciones que lo soliciten.

El 15 de enero de 1993 se crea el *Comité Nacional de Bioética*, como conclusión de un acuerdo de cooperación entre las comunidades flamencas, francesa, y germanófonas y la comisión comunitaria común. Sin embargo no fue instaurada hasta 1995 y su primer documento fue publicado en 1997.

Este Comité tiene por misión:

- Establecer «Avis» (Informes) sobre los problemas derivados de la investigación y sus aplicaciones en el dominio de la biología, de la medicina y de la salud.
- Informar al público, al Gobierno y a las Cámaras.

Composición

35 miembros nombrados por el Consejo de Ministro, por 4 años y con posibilidad de renovación. El presidente es elegido por los miembros por un año y éstos deben guardar la siguiente representación:

- Mismo número de mujeres que de hombres.
- Mismo número de personas de habla francesa y de habla neerlandesa.

Metodología

Los informes son adoptados por consenso.

Publicaciones

Avis

1. Concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie (12.05.97).
2. Concernant la convention des droits de l'homme et de la Biomédecine du Conseil de l'Europe (07.07.97).
3. Relatif au choix du sexe (17.11.97).
4. Concernant le problème des accouchements clandestins de mères en détresse et de l'opportunité d'autoriser l'accouchement dans l'anonymat. (12.01.98).
5. Relatif à la protection juridique des inventions biotechnologiques (09.02.98).
6. Concernant les bases éthiques pour l'optimalisation de l'offre et des critères de fonctionnement des centres de fécondation in vitro (08.06.98).
7. Relatif à l'accès aux soins de santé (13.07.98).
8. Relatif à la problématique de la stérilisation des handicapés mentaux (14.09.98).
9. Relatif à l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté (22.02.99).

10. Concernant le clonage humain reproductif (14.06.99).
11. Relatif aux prélèvements d'organes et de tissus chez des sujets sains et vivants en vue de transplantations. (20.12.99).
12. Relatif à la protection juridique des inventions biotechnologiques (10.01.2000).
Annexes: 2, 3 et 4.
13. Relatif aux expérimentations sur l'homme (19.07.2001).

Rapport introductif à l'avis n.º 13 relatif aux expérimentations sur l'homme.

Conferencias Bisannuales - Journées «Grand Public»

- «L'embryon humain in vitro» (23.04.97).
- «Hérédité: Tests génétiques et société» (05.05.99).
- «La directive anticipée: Expression des droits du patient» (25.04.2001).

LUXEMBURGO

Existe en Luxemburgo desde 1988, una *Commission Consultative Nationale d'Ethique dans les sciences de la vie et de la sante (CNE)* creada por el «Règlement du Gouvernement» en Consejo del 9 de Septiembre de 1988, y aprobado su Reglamento interno en 1990. Tiene como

Misión

Estudiar, de propia iniciativa o a demanda del Gobierno, en un espíritu de investigación pluralista, los aspectos éticos de los diferentes problemas que han surgido en el campo de las ciencias de la vida y de la salud.

Composición

- Un coordinador responsable de la organización y de la mediación de las actividades de la Comisión.
- 15 miembros de pertenencia política, filosófica et religiosa diversa y de formación y experiencia profesional variada.
- La comisión podrá incorporar expertos en función de los temas a estudio.
- El Gobierno adjunta a la comisión dos funcionarios o empleados del Estado, uno con funciones de «encargado de estudios» y otro como secretario.

Actividades

«Avis» (no publicados)

- 1/1990 Avis concernant un projet de recherche sur les anomalies de l'hémoglobine de l'examen pré-nuptiel: séance plénière (16.03 1990).

- 2/1990 Avis concernant les directives de la CEE sur la dissémination d'organismes génétiquement modifiés: séance plénière (13.07.90).
- 3/1990 Avis concernant les articles 7, alinéas 3 et 4, et 43 du projet de loi n.º 2557 relatif à la protection de la jeunesse: séance plénière (26.10.90).
- 1/1991 Avis concernant la brevetabilité des inventions biologiques (26.04.91).
- 1/1992 Avis au sujet de tests de dépistage obligatoires de l'infection par le virus HIV.

Avis publiés

- 1/1996 Les comités d'éthique hospitaliers (1996).
- 2/1996 L'acharnement thérapeutique (1996).
- 1/1998 L'aide au suicide et l'euthanasie.
- 1/1999 Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine.
- 2/1999 La transplantation d'organes.
- 1/2000 Le droit de l'enfant de connaître ses parents biologiques.
- 2/2000 Avis concernant l'utilisation de la Myfegyne au Luxembourg.
- 1/2001 La procréation médicalement assistée (P.M.A.).
- 1/2002 Inventions biotechnologiques et brevets (concernant la directive 98/44/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 juillet 1998 ainsi que sa transposition dans le droit luxembourgeois).
- 2/2002 Les essais cliniques sur des médicaments à usage humain, et problèmes éthiques concernant le projet de loi luxembourgeois visant à transposer la Directive 2001/20/CE du Parlement Européen et du Conseil du 04.04.2001 dans la loi luxembourgeoise.

Journées nationales d'éthique

- 1998: L'euthanasie et l'aide au suicide.
- 1999: La Convention sur les droits de l'homme et la Bio-médecine du Conseil de l'Europe: Questions éthiques
- 2000: Défis de la Bioéthique
- 2001: Connaître, guérir, modifier, patenter les gènes?

ALEMANIA FEDERAL

En Alemania Federal no existía un Comité Nacional de Ética, con carácter permanente, pero se habían constituido múltiples Comités ad-hoc.

En 1995 se constituye la *Comisión Benda*, integrada por representantes de varios ministerios y algunos académicos para trabajar un informe sobre FIV, el análisis del genoma y la teoría del Gen. El informe Benda se de-

fine por la aceptación de la terapia con células somáticas, la no aceptación de la terapia con células germinales, la ilegalidad de la maternidad de alquiler y una regulación estricta de los tratamientos de la infertilidad porque se «podría violar la dignidad humana».

El informe de la Comisión Benda dio origen a:

1. La introducción de un proyecto de ley sobre protección del embrión del Ministerio de Justicia en 1986 en la que se considera como ilegal prácticamente toda investigación sobre el embrión. El embrión protegido por la nueva ley sería «el óvulo fertilizado y cualquier célula totipotente aislada con capacidad de desarrollarse como un individuo». La utilización de gametos para la investigación, sin el consentimiento de los donantes, sería sancionada por la ley con tres años de prisión por «daño a la salud del ser humano que se desarrollaría de ese embrión».
2. Como resultado de esta ley, el embrión en sus primeros días, quedaría mejor protegido para la investigación que todas las etapas posteriores de la vida humana aún en su fase más temprana, como la accesibilidad del aborto sin criminalización. Establece una doble moral que sólo puede explicarse por su actitud negativa ante toda investigación en relación con las nuevas tecnologías reproductivas (Sass, 1987).

Después de 4 años de estudio, el Parlamento alemán (Bundestag) aprobó en diciembre de 1990 la ley sobre protección del Embrión (Embryonenschutzgesetz), elaborada por el Ministerio de Justicia.

El Parlamento federal (Bundestag) ha instituido tres Comités Ad-hoc sobre cuestiones relacionadas con la ética biomédica:

1. Biotecnología (Informe presentado en 1987, FRG 1987).
2. Evaluación tecnológica y aceptabilidad social.
3. Sistema de salud pública (1996).

La encuesta del Comité sobre Gentechnologie refleja la misma actitud que la Comisión Benda, recomendando una regulación altamente controlada, con imposición de moratoria por un período indefinido sobre la emisión de virus en el medio ambiente, y de un período de 5 años para otros microbios (FRO 1987). La terapia con células germinales no es aceptada e incluso su uso tiene carácter punitivo (FGR 1987)...Sass 1987, Walters 1988).

Los comités de Ética «Ethikkommissionem» revisten en Alemania Federal el carácter de Comités de ensayo clínicos, relacionados con la experimentación humana.

No existían en los hospitales, sino en todas las Facultades de medicina y asociaciones de médicos, tanto a nivel regional como federal. Desde 1986 se ha constituido una asociación de los Comités de ética que se reúne una vez al año. Las normas de la asociación requieren que los C. E. «asistan al médico sobre lo que se les consulte y que le asesoren en materia moral, e incluso, si es necesario, sobre las situaciones legales relacionadas con la ex-

perimentación humana». La asociación publicó un libro sobre Comités de Ética en la R. F. de Alemania (Toellner 1989) detallando los aspectos de la Ethikkommissionem.

Dos comités especiales del Grupo de Científicos de al Orden Federal de Médicos deben mencionarse, ya que han trabajado al estilo americano de los Comités de ética.

Ambas incluyen filósofos, teólogos y personal de salud.

1. La primera trabajó el desarrollo de las normas sobre la FIVTE.
2. La segunda, las normas que restringen la investigación sobre el embrión al período entre el día 1.º y el 14 después de la fertilización y requiere además que la investigación esté orientada a mejorar los métodos de fertilización.

Otros dos Comités, dentro de la profesión médica, deben ser tenidos en consideración:

1. *The German Society for Medical Law*, sobre el mantenimiento o la supresión del tratamiento de recién nacidos con severas malformaciones, mediante el establecimiento de dos listas, una sobre los defectos que tradicionalmente no requerían intervención y en la otra los defectos que exigían el mantenimiento de la intervención médica. Más que obligación de tratamiento o no tratamiento, estas normas debían servir para asesorar cada caso individualmente, a la luz del sentido tradicional y de la evaluación moral y médica del coste/beneficio. (Sass 1987).
2. *The German Society for Anthropology and Human Genetic* la cual establece unas normas para que los padres puedan obtener información por medio de la biopsia de corión hasta el fin del primer trimestre, fecha hasta la cual un aborto selectivo por indicación médica o social no es considerada ilegal.

Se podía decir que, los Comités de ética biomédica en Alemania eran parte de una cultura pública y profesional, cargada de un gran paternalismo profesional y político, aunque recientemente existía un espectro más amplio de posibles foros para sondeo de la opinión pública y su influencia en las orientaciones de los Comités.

La única instancia de bioética, a nivel nacional, era la Comisión Central de Ética, creada por la Orden Federal de médicos en 1994. Sus informes toman la forma de recomendaciones o directivas a nivel nacional.

El 2 de mayo de 2001, el Presidente Schroeder, creaba un Comité nacional de Ética, «*Der Nationale Ethikrat*» como un foro nacional de diálogo sobre cuestiones éticas de las ciencias de la vida.

Misión

- Aunar el diálogo/discurso interdisciplinar de las ciencias naturales, de la medicina, de la teología, de la filosofía, y de las ciencias sociales y jurídicas.
- Trabajar de forma independiente y sólo vinculado al objeto de su creación.

- Publicar sus posicionamientos, recomendaciones e informes.
- Trabajar en colaboración con los otros comités de ética del país, y con otros comités nacionales e internacionales (Ha tenido ya dos reuniones con el CCNE de Francia).

Composición

25 miembros nombrados por el Canciller por 4 años, representantes de

- Ciencias naturales.
- Medicina.
- Teología.
- Filosofía.
- Ciencias sociales.
- Ecología.
- Economía.

Actividades

- La constitución del Comité Nacional de Ética (08.06.2001).
- Posicionamiento sobre la importación de células de embriones humanos (13.12.2001).
- Cuestiones éticas sobre el diagnóstico genético pre-implantatorio y prenatal (en estudio desde el 28.02.2002).

SUIZA

La Academia Suiza de Ciencias Médicas (ASSM), creó un *Comité Central de Ética Médica* en 1979, basándose en la Declaración de Helsinki, revisada en 1975 por la Asociación Médica Mundial (AMM).

Funciones

Las competencias de esta Comisión Central de Ética Médica son varias:

- Dar una respuesta a las cuestiones de ética médica propuestas por la Confederación, los Cantones, las Organizaciones Internacionales, los médicos suizos o simplemente de los investigadores e incluso de cualquier ciudadano a título privado, siempre y cuando presente sus motivaciones por escrito.
- Coordinar los Comités de Ética de las Universidades, y de los hospitales, favoreciendo el intercambio de información y teniendo constantemente actualizada la lista de los Comités locales de Ética.
- Actuar como Comité de Ética para los hospitales y los institutos de investigación que no tienen todavía un comité propio.
- Comunicar las recomendaciones y las líneas de acción una vez que han sido aprobadas por el Consejo de la ASSM.

Composición

14 miembros

- Un miembro del Consejo General de la ASSM, como presidente.
- El secretario General de la ASSM.
- Tres miembros del Senado representantes de las tres regiones lingüísticas.
- Dos médicos de medicina general.
- Un médico en representación de las mujeres médicos de Suiza.
- El Presidente, Vice-presidente y otro miembro del Comité Central de la Federación Central y de la Federación de Médicos de Suiza.
- Un profesor de Derecho.
- Dos representantes de la Asociación Suiza de Enfermería.

Actividades

El Comité Central de Ética Médica publica un informe anual bajo los auspicios de la Asociación Suiza de Ciencias Médicas ASSM.

El 4 de diciembre de 2000 el «Conseil Fédéral» crea por una «ordonnance» la «*Commission Nationale d'Éthique dans le domaine de la médecine humaine*» que entraría en vigor el 1.º de Enero de 2001.

La Comisión está encargada de la siguiente

Misión

- Seguir el desarrollo científico así como sus consecuencias sobre la *santé* y sobre la asistencia sanitaria.
- Tomar posición desde el punto de vista de la ética sobre las cuestiones sociales, científicas y jurídicas.
- Aconsejar al Conseil fédéral, así como al Parlamento y a los Cantones, cuando éstos lo requieran.
- Elaborar recomendaciones médicas.
- Informar a los poderes públicos sobre las dificultades o las lagunas encontradas en la aplicación de las legislaciones federales o cantonales.
- Informar y suscitar el debate público, organizando actos públicos.
- Redactar una Informe Anual para el Conseil Fédéral.
- Colaborar con las otras Comisiones federales de Ética de otros campos no médicos.

Composición

Entre 18 y 25 miembros, nombrados por el Conseil fédéral (autoridad ejecutiva de la Confederación). Deben estar representados:

- Especialistas de ética.

- Profesionales de la salud.
- Juristas.
- Sociólogos.
- Economistas.
- Científicos.
- Representantes de los pacientes.

TÚNEZ

Comité National D'Ethique Medical. Creado por un decreto de aplicación n.º 94-1939 del 19 de septiembre de 1994, fue instalado el 20 de abril de 1995.

Misión

- La formación y la información.
- Establecer Avis o Informes sobre los temas que le sean propuestos.
- Organizar conferencias anuales de ética médica.
- Organizar encuentros internacionales.

Actividades

- Avis n.º 1: La Procréation médicalement assistée (Décembre 1996).
- Avis n.º 2: Les comités d'éthique locaux (Avril 1997).
- Avis n.º 3: Le clonage (Mai 1997).
- Avis n.º 4: Ethique —Progrès technologique— Dépendances de santé (Février 1999).
- Avis n.º 5: Protocoles thérapeutiques (en cours d'étude).

Conferences Annuelles du Comité National d'Ethique

«La formation en bioéthique: recherche et applications», le 25 avril 1996.

«Les comités d'éthique locaux», le 22 octobre 1997.

«Le progrès médical: coût et éthique», le 22 avril 1998.

«Ethique et communication de la santé», le 13 novembre 1999.

«La relation soignant-soigné: considérations juridiques et éthiques», le 16 novembre 2000.

Rencontres Internationales

- Rencontre international sur la Bioéthique, Túnez 23-25 octobre 1997.
- Colloque Maghrébin de Bioéthique, en colaboración con la Association Internationale, «Droit, Ethique et Science» (France), Túnez 11-12 noviembre 1999.

Representación Internacional

El Comité está representado en el Comité Internacional de Bioética (CIB) de la UNESCO, y en el Comité Árabe d'Ethique Médicale.

COMITÉS SUPRANACIONALES

Son órganos de reflexión, de diálogo internacional, para intentar armonizar los principios y valores que conviene formular para promocionar la vida humana y el respeto del hombre.

EUROPA: Consejo de Europa

El Consejo de Europa ha mostrado siempre gran interés por los problemas bioéticos como puede verse por las recomendaciones y resoluciones que recogemos desde el año 1976.

En el año 1982 crea comisiones «ad-hoc» como el comité de expertos sobre los problemas éticos de la genética humana (CAHGE) de 1983 que posteriormente ampliaría su campo de interés y se denominaría **CAHBI: Comité ad-hoc de expertos sobre el progreso de las ciencias biomédicas** (1985).

Actividades

Documentos importantes del consejo de Europa sobre Bioética, que han sido aprobados por el Parlamento de Europa o por el Consejo de Ministros.

1976. Resolución 613: On the rights of the sick and dying.

1976. Recommendation 779: On the rights of the sick and dying.

1977. Recommendation 818: On the situation of the mentally ill.

1978. Resolution R (78) 29: On harmonizing the legislation of member states relating to removal, grafting and transplantation human substances.

1979. Recommendation R (79) 5: From the Committee of Minister to member states concerning exchange and transportation human substances

1982. Recommendation 934: On genetic engineering

1984. Recommendation R (83): from the Committee of Ministers to member states concerning the legal protection of persons suffering from mental disorders committed involuntary patients.

1984. Recommendation R (84) From the committee of Ministers to member states concerning notification of work involving recombinant DNA.

1986. Recommendation 1046: on the use of human embryos and fetuses for diagnostic, therapeutic, scientific, industrial, and commercial purposes.

CAHBI/INF: Provisional principles on the techniques of human artificial procreation and certain procedures carried out on embryos in connection with those techniques.

1987. CAHBI-Opinion: Opinion given by CAHBI at the request of the Government of the Netherlands on the question of «terminating the life of a patient at his express request» (This document remains confidential).

CM (87) 112: Addendum: Draft recommendation on artificial procreation; prepared by CAHBI, but not adopted by the Committee of Ministers.

1988. CAHBI-Opinion n. 7244: concerning the use of human embryos and fetuses for diagnostic, therapeutic, scientific, industrial and commercial purposes.

1989. Recommendation R (89): From the Committee of Ministers to member states On the ethical issues posed by HIV infection in the health care and social setting. Recommendation 1100: on the use of human embryos and fetuses in scientific research.

CAHBI-R-EF (89): Report on the use of human fetal, embryonic and pre-embryonic material for diagnostic, therapeutic, scientific, industrial and commercial purposes.

1990. Recommendation R (90) medical research on human beings Recommendation R (90) 13: prenatal genetic screening, prenatal genetic diagnosis and associated genetic counseling.

CAHBI 1 Genetic diagnostic and screening of children and adults. And information document.

CAHBI-GT-GS: The applicability of principles of prenatal genetic screening to the problems of genetic testing and screening in general.

CAHBI- GT-GS: Appendix contains preliminary draft recommendation on genetic testing for health care purposes.

CAHBI- GT-GS: Document Müller: Genetic testing and screening for medical purposes.

CAHBI-ADPC-GT: Recommendation on genetic testing for police and criminal justice purposes.

DH-DEV: Medical and biological progress and the European Convention on human Rights.

A partir de 1989 el CAHBI, pasó a denominarse:

Comité Directeur de Bioéthique (CDBI)

Según la Résolution (89) 40 del Consejo de Ministros, el 5 de mayo de 1989, y entró en vigor en 1990 y se le encomendó:

Misión

- Cuestiones de principios.
- Promover una armonización internacional, mediante el estudio de las situaciones que presentan una homogeneidad o una disparidad.

- Definir las líneas de acción para todos los países miembros sobre la investigación científica y la aplicación de la alta tecnología médica.
- Estudiar el conjunto de problemas que los progresos de las ciencias biomédicas plantean en el campo del derecho, de la ética y de los derechos humanos, a la luz de las recomendaciones 934 de 1982 (genética); 1046 de 1986 (tejido embrionario y fetal) y 1160 de 1991 (preparación de la Convención) de la Asamblea Parlamentaria, de los trabajos de la 1.ª Conferencia Ministerial sobre los Derechos Humanos (Viena 1985).
- Dirigir los trabajos apropiados para determinar una política común de los Estados miembros.
- Elaborar protocolos y, si necesario, los instrumentos jurídicos apropiados, sobre:
 - Trasplante de órganos.
 - Investigación.
 - Protección de embriones y fetos.
 - Genética.
 - Clonación
- Cooperar con los otros comités nacionales y «ad-hoc» a la puesta en acción de proyectos comunes en los múltiples campos de actividad.

Composición

Integrado por:

- Cuatro grupos de especialistas, representantes de todos los países miembros:
 - Biólogos.
 - Médicos, y otros científicos, personas cualificadas en los problemas de las ciencias Biomédicas y con formación para tratarlas desde la perspectiva de los Derechos Humanos.
- Juristas.
- Expertos en ética.
- Miembros de otros países no miembros o de comités como: Australia, Canadá, Estados Unidos, Santa Sede, Israel, Japón, UNESCO, OMS, Comisión Internacional del Estado Civil, Fundación Europea de la Ciencia, Comisión Ecueménica Europea en calidad de observadores, sin derecho a voto, ni remuneración.
- La Asamblea Parlamentaria y la Comisión Europea pueden también hacerse representar.

Actividades

- *Texto de la Convención sur les Droits de l'homme et la Biomédecine*, para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano, en relación con la aplicación de la biología y la medicina (ETS n.º 164).
Puesto a la firma el 04.04.97 (Oviedo), entró en vigor el 01.01.2000, bajo la condición de que tenía que estar

ratificada por 5 estados, de los cuales 4 habían de ser estados miembros el 01.12.99.

A fecha 26.03.02: de entre los 43 países hay 13 firmas ratificadas, 18 firmas no ratificadas y 12 sin firmar.

- Protocolo Adicional, sobre la prohibición de clonar seres humanos (12.01.98).
- Protocolo Adicional sobre los trasplantes de órganos y tejidos de origen humano (puesto a la firma el 24.01.02 en Strasbourg).
- Proyecto de Protocolo Adicional sobre la investigación biomédica.
- Proyecto de Protocolo Adicional sobre la protección del embrión y del feto.
- Proyecto de Protocolo Adicional sobre Genética Humana.
- Proyecto de Protocolo Adicional sobre Directivas en Xenotrasplantes.
- Proyecto de Reomendación sobre psiquiatría y derechos humanos.

Conferencias abiertas al público

- Symposium sobre Asistencia a la Reproducción y Protección del embrión humano (Strasbourg, 1996).
- Conferencia sobre Cuestiones Éticas planteadas por la aplicación de la Biotecnología (Madrid 1999).

Cometh

El CDBI, coordina la Asociación de Comités Nacionales de Ética mediante la Conferencia Europea de Comités Nacionales de Ética COMETH.

Esta Conferencia tiene como

Función

- Promover la cooperación entre los comités nacionales de ética, estimulando el intercambio de información y experiencias, desarrollando una Base Europea de Datos, y organizando el estudio de cuestiones de interés común.
- Ayudando a los países que desean establecer un comité nacional de ética.
- Promoviendo, sobre una base pluralista, el debate público de las cuestiones éticas planteadas por el progreso de la biología, la medicina y la salud pública.

Composición

- Representantes de los Comités Nacionales de Ética o instituciones equivalentes.
- Enviados de los países que no tienen Comité Nacional de Ética, como representantes del propio país.

Actividades

- Puesta en marcha de la Conferencia (Madrid, 1992).
- Comités Nacionales de Ética (Stockolm, 1994).
- Aspectos éticos de una definición colectiva de salud (Paris 1998).
- Situaciones éticas controvertidas en el campo de la investigación biomédica internacional (Oporo, 1998).
- Ciencia, Comunicación y Sociedad (Strasbourg, 2000).

UNESCO

La UNESCO creó un *Comité Internacional de Bioética (CIB)* en 1993, bajo su dirección para responder a las principales cuestiones éticas planteadas por los progresos de las ciencias de la vida y de la salud, especialmente de la genética y de las biotecnologías, con una triple vocación:

- La de constituir una tribuna internacional de intercambio de ideas e información.
- La preparación de una Declaración Universal sobre el genoma humano y los derechos del hombre.
- La educación y la información en bioética.

Teniendo en cuenta sus objetivos de promoción de la educación, de la ciencia y de la cultura, la UNESCO sentía reunir los requisitos esenciales para un debate ético.

Misión

- Recoger información.
- Organizar debates.
- Preparar las normativas e instrumentos legales (declaraciones) a nivel mundial.

Composición

Unos 40 miembros de más de 25 países y unos 50 observadores:

- De representación pluralista e interdisciplinaria.
- Representantes de los principios y valores de referencia propios de la filosofía de la UNESCO.
- Capaces de armonía, buena comunicación, y cooperación entre las culturas y el progreso científico y técnico.
- Defensores de los valores universales y de los derechos humanos.
- Convencidos de la herencia común de la Humanidad.
- Promotores de la justicia, educación y especial atención a los problemas de los países menos favorecidos y de las relaciones Norte/Sur.

- Preocupados por la unidad de las razas humanas, y los problemas de supervivencia en relación con el medio ambiente.

Actividades

Declaración sobre la protección del genoma humano (1998)

Del 12 al 14 de Septiembre de 2001 ha redefinido su programa de trabajo. Además de un instrumento internacional sobre datos genéticos, amplía su estudio a:

- El diagnóstico genético pre-implantatorio.
- Reflexión sobre la posibilidad de elaborar un instrumento universal sobre la Bioética.
- Difusión de la información y bioética.
- Seguimiento de diversos informes sobre solidaridad y cooperación internacional entre países desarrollados y en desarrollo, en relación con el genoma humano.
- Aspectos éticos de la propiedad intelectual de la genómica.
- Foro de jóvenes sobre la ética de las ciencias y de las tecnologías (Berlín, 2001).
- Mesa Redonda de los Ministros de la Ciencia sobre «Bioéthique: un enjeu international» (Paris, 2001).

Publicaciones

- Collection ETHIQUE:
 1. «Ethique du vivant»
 2. «Les droits de la femme et bioéthique»
- Les ACTES DE TOUTES LES SESSIONS du Comité International de Bioéthique (CIB).
- La CARTE DU GENOME HUMAIN
- La GENE LETTER, boletín de información sobre los progresos en el campo de la genética
- Médecine pour la Médecine ou Médecine pour la santé (1996).
- Bioética desde una Perspectiva Cubana(1997).
- Bioetica e ética medica nell'Europa occidentale (Trieste, 1997).
- Materiales de Bioética y Derecho (Barcelona, 1997).
- Terapia Génica (Bilbao, 1997).

European Group of Ethics (GEE)

Este grupo es una Comisión creada por la Comisión Europea en 1997, para asesorar a la Comisión Europea, sobre los aspectos éticos de la ciencia y de las nuevas tecnologías, dentro del marco de la preparación de regulaciones y de la implementación de las normativas comunitarias.

Se reúne este grupo en el país que ostenta la Presidencia europea (Barcelona, abril 2002).

Composición

12 miembros en razón de:

- Competencia.
- Cualidades personales.

Se trata de un grupo independiente, pluralista y pluridisciplinar que puede invitar expertos y constituir grupos de trabajo.

Actividades

1991-1997

- Avis n.º 2 sur les produits dérivés du sang ou du plasma humain (12.03.93).
- Avis n.º 4, Les aspects éthiques de la thérapie génique (13.12.94).
- Avis n.º 6, Les aspects éthiques du diagnostic prénatal (20.02.96).
- Avis n.º 8, Les aspects éthiques de la brevetabilité des inventions portant sur des éléments d'origine humaine (25.09.96).
- Avis n.º 9, Aspects éthiques des techniques de clonage (28.05.97).
- Avis n.º 10, Aspect éthiques du 5ème programme - cadre de recherche (11.12.97).

1998-2000

- Avis n.º 11, Aspects éthiques des banques de tissus humains (21.07.98).
- Avis n.º 12, Aspects éthiques de la recherche impliquant l'utilisation d'embryons humains dans le contexte du 5ème programme-cadre de recherche (23.11.98).
- Avis n.º 13, Aspects éthiques de l'utilisation des données personnelles de santé dans la société de l'information (30.07.99).
- Avis n.º 14, Aspects éthiques du dopage dans le sport (14.11.99).
- Avis n.º 15, Aspects éthiques de la recherche sur les cellules souches humaines et leur utilisation (14.11.2000).
- Rapport Droits des citoyens et nouvelles technologies: un défi lancé à l'Europe (23.05.2000).

2001-2004

- Avis n.º 16, Les aspects éthiques de la brevetabilité des inventions impliquant des cellules souches humaines (Noviembre 2001).

- Avis n.º 17, Aspects éthiques de la recherche biomédicale dans les pays en voie de développement (en preparación).
- La reunión de Barcelona tratará el tema: «Partenariat européen/africain sur le programmes d'essais cliniques pour la pauvreté en relation avec les maladies» (Barcelona Mai 2002).

Group of Advisers on the Ethical Implications of Biotechnology: organization and operation (G.A.E.I.B)

Creado en 1992 por la Comisión Europea y directamente dependiente de ésta, está integrado por 8 miembros de representación pluralista y multidisciplinar.

Sus miembros son totalmente independientes de toda representación ideológica, nacional o estatal, Iglesia u organización.

Su primer presidente fue Marcelino Oreja (1992-94).

Función

- Identificar y definir las situaciones éticas planteadas por la biotecnología.
- Asesorar desde el punto de vista de la ética, el impacto de las actividades de la Comunidad en el campo de la biotecnología.
- Asesorar a la Comisión, en el ejercicio de sus poderes, sobre los aspectos éticos de la biotecnología y asegurar que se mantiene al público en general suficientemente informados.

Responsabilidades y Procedimientos

- Estrictamente consultivo: sus opiniones no van más allá de la Comisión Europea.
- Dar su opinión sobre aquello que se les consulte, pero pueden también reflexionar sobre una u otra situación de su propia iniciativa, y proponer una Directiva sobre protección legal de los inventos biotecnológicos.
- Puede consultar con otros expertos de la materia en estudio; o con grupos representativos de un campo concreto: asociaciones de consumidores; de la industria; filósofos; religiones...).
- Pueden reunirse con Comités Nacionales de Ética de algunos Estados Miembros y con otras autoridades de competencia en el campo de la ética, por lo que anualmente se celebra una reunión en alguno de los Estados Miembros (Madrid, 1993; Bonn, 1995; Roma, 1996; La Haya, 1997...).
- La relación con la Dirección General de la Comisión es coordinada por el Secretariado General de la «Comisión Biotechnology Coordination Committee» (BCC).
- Los miembros no perciben remuneración personal. La Comisión cubre los gastos logísticos.

Publicaciones

- The ethical implications on gene therapy (1994).
- Protection des personnes physiques en ce qui concerne le traitement des données à caractère personnel (1995).
- Avis 6/2000 sur la question du génome et la protection de la vie privée.
- Groupe de travail sur la protection des données (diciembre 2000).

OTRAS INSTANCIAS DE ÉTICA

ASIA

En ningún otro país asiático, excepto Singapur, tal y como hemos mencionado más arriba, existe un Comité Nacional o Instancia Nacional de Ética, pero existen múltiples actividades en los diferentes países relacionadas con un centro de información y coordinación «Bioethics-Asia», de la Asian Bioethics Association.

JAPÓN

Al iniciarse la era de la investigación tecnológica, se creó en Japón un código voluntario de normas sobre el trabajo de investigación clínica y las aplicaciones de la alta tecnología. Nada hacía intuir la posibilidad de un debate abierto sobre situaciones de Bioética, que hiciera surgir la necesidad de un Comité de Ética.

El paternalismo médico era incuestionable hasta hace muy poco tiempo para el pueblo nipón. La práctica médica se miraba como el Art of Jin (la cariñosa-amabilidad de la enseñanza de Confucio) durante más de un milenio. Ella refleja la acción benevolente de los médicos en los cuales todo paciente tiene tendencia a depender.

La relación entre los profesionales de la salud (médicos, enfermeras...) Con los pacientes y sus familiares era comúnmente autoritaria y fiduciaria, hasta el punto que los pacientes no preguntan sobre su cuerpo ni los cuidados de salud cuando están enfermos.

Esta situación cambia; en 1961 se instituyó la Seguridad Social para todo japonés como un derecho personal e inalienable a la salud, según la Constitución. El concepto de derechos no está, sin embargo, bien definido y no existen movimientos reivindicativos sobre los derechos del paciente o del usuario, y tampoco existen demandas por mala práctica o negligencia.

El 1982 se crea el primer Comité japonés de ética en la Facultad de Medicina de Tokushima, como una preocupación seria sobre de la ética de la FIV.

Compuesto por 8 miembros de los cuales 6 eran catedráticos de Medicina, uno era filósofo de la Facultad de Artes y Ciencias y otro jurista.

El Comité dedicó ocho reuniones a la documentación e información testimoniales, y otras dos reuniones para

aprobar, con varias condiciones restrictivas, la investigación y la práctica de la FIV.

A éste siguieron otros esfuerzos para organizar comités de ética y en 1987 existían:

- 41 Comités de Ética en las 42 universidades estatales.
- 3 Comités sobre las 8 universidades dependientes de los gobiernos locales.
- 20 entre las 29 universidades privadas.

The Japan Federation of bar Associations (JFBA). En mayo de 1986 la JFBA (Asociación Japonesa de Asociaciones Profesionales) llevó a cabo un estudio sobre los Comités de Ética en Japón, prácticamente sobre los Comités de Investigación clínica.

En 1998 el *Comité de Bioética de «The Science and Technology Agency (STA)»* instituyó un Subcomité sobre Clonación, para estudiar sus implicaciones éticas, que culminó con una Ley prohibiendo la Clonación en 2000 y unas Directivas sobre investigación en relación con el genoma humano en 2001.

En la actualidad no existe un comité nacional de ética en Japón, pero sí una gran actividad sobre las implicaciones éticas, especialmente dirigidas por la Universidad de WASEDA «Waseda Bioethics».

EUROPA

AUSTRIA. «Die Bioethik-kommission», creada por la «Federal Chancellery» en Junio de 2001.

ESTONIA. Conseil Stonien pour la Bioéthique, creado en 1998 por el Ministerio de Asuntos Sociales. Se compone de 11 miembros y su misión es establecer informes sobre cuestiones generales de ética.

GEORGIA. Comité Nacional de Bioética (Decreto n.º 15 de 1998, aprobado el 31.03.2000).

GRECIA. Comité Nacional de Bioética y Deontología en 1997. Desde 1998 funciona un Comité Nacional de Bioética, por fusión del anterior con otros comités institucionales.

LETONIA. Comité Central de Ética Médica (25.03.1998).

LITUANIA. Comité Nacional de Ética de Lituania (11.05.2000).

IRLANDA. No tiene un Comité Nacional de Ética en el momento presente. Tiene una Comisión de Reproducción Asistida.

MALTA. Tiene un Comité del Ministerio de Salud «Malta Bioethics Consultative Committee» desde 1994.

POLONIA. La Comisión de Ética polaca juega el papel de una instancia de asesoramiento y supervisión.

REPÚBLICA CHECA. Comité Central de Ética, que se asemeja a un Comité Asesor del Ministerio de Sanidad.

RUSIA. No existe a la hora actual un Comité Nacional de Bioética, existe un Comité de Ética Biomedical, pero prácticamente sin ningún poder. Realizan una actividad importante en el campo de la ética y acaban de establecer una moratoria de 5 años para la clonación humana.

ESLOVENIA. Comité Nacional de Ética Médica (1998).

ORIENTE PRÓXIMO

Israel

The National Council for Research and Development ha trabajado y publicado un Código de Ética «The Ethics of Scientific Research: Values and Principles» (Enero 1998).

Existe además una Cátedra de Bioética de la UNESCO en la Universidad de Haifa y un International Center for Health, Law and Ethics.

Países Islámicos

En los países en que el Islam es generalmente preponderante, el planteamiento de las cuestiones bioéticas se sitúa en un contexto totalmente diferente al de América del Norte y Europa. Esos países no han seguido el proceso de racionalización y de secularización que ha marcado profundamente a los países industrializados.

Los países islámicos no están dispuestos a legislar sobre cuestiones que hacen relación a valores y que no serían asumidas por sus comunidades religiosas. Intentan más bien una islamización de la reflexión bioética, ya que una bioética de tinte occidental que no formula los fundamentos de sus valores es percibida como extranjera.

«Presentar los principios fundamentales de la ética del Islam requiere abordar en primer término la cuestión de la antropología islámica, enteramente definida por la relación del hombre a Dios» (Jean Ducruet).

UNITED ARAB EMIRATES (UAE). En 1998 los Emiratos crean un Centro en Abu Dhabí «The Gulf Centre for Excellence in Ethics» y en 1999 el Ministerio de Sanidad de la UAE establece un HEALTH CARE ETHICS PROGRAM para desarrollar, la Bioética a nivel nacional y regional y, además, participar en el diálogo global sobre ética biomédica.

ARGELIA. Se crea en 1990 le *Conseil National de l'Ethique des Sciences de la Santé*, par la loi n.º 90-17 du 31 de julio de 1990, relativa a la protección y promoción de la Salud. Este Comité quedó efectivamente constituido por el decreto de ejecución n.º 96-122 del 6 de abril de 1996.

Integrado por 20 miembros de los cuales, al menos 2 tercios vienen de las profesiones sanitarias, y son nombrados por un «arrêté» del Ministro de Sanidad.

Este Comité ha hecho una Recomendación en 1997 a favor de los trasplantes e injertos de órganos, que el Consejo Superior Islámico de Algeria había ya aprobado por una «fatwa» del 14 de febrero de 1985.

EGIPTO. Existe un «Comité National de Bioéthique», por «arrêté» n.º 1791 de 28 de noviembre de 1996 del Ministerio de Educación.

Integrado por 23 miembros, personalidades de la comunidad científica, del mundo académico, antiguos ministros y responsables religiosos.

LÍBANO. Un «Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Santé et de la Vie» ha sido instituido por el «arrêté» n.º 63 del 15 de mayo de 2001 del Presidente del Consejo de Ministros, que nombra el presidente y los 18 miembros que integran el Comité.

El primer artículo del reglamento interior define claramente que el Comité «se pronuncia por el respeto de los derechos humanos y tiene cuenta de la especificidad y las convicciones religiosas de las diversas comunidades que integran la sociedad libanesa».

ÁFRICA. No existe en ningún país africano un Comité Nacional de Ética, a excepción de Túnez y de los países islámicos ya mencionados.

SOUTH-AFRICA. No tiene un Comité Nacional establecido, aunque sí un proyecto y realizan una importante actividad en bioética.

AMÉRICA DEL SUR

No existe en ningún país latino-americano un Comité o Instancia Nacional de Ética, tal y como hemos definido en la primera parte de este artículo, pero ello no quiere decir que la actividad bioética no sea importante.

El Programa Regional de Bioética que tiene su sede en Chile, lleva 7 años desarrollando un «Master en Bioética» con la colaboración de la Universidad Complutense de Madrid.

En Argentina la Fundación Mainetti promueve la reflexión bioética.

Otras Instituciones Supranacionales

O.N.U. Tiene una Comisión para el estudio de la Clonación.

O.M.S. Comité de Ética del Consejo Médico de la Organización Mundial de la Salud.

H.U.G.O. International Ethics Committee del Proyecto Genoma Humano.

Es imposible ser exhaustivo en un campo como el de la Bioética, que ocupa el interés de la población desde sus más altos responsables, hasta la de sus simples ciudadanos.

Seguramente que algún que otro Comité Nacional, o algunas de sus múltiples actividades se quedarán sin relevar, más por inaccesibilidad informática que por falta de interés.

CONCLUSIÓN

Después de este recorrido por los Comités Nacionales de Ética, podemos concluir que la Bioética, diálogo pluridisciplinar, se ha institucionalizado para proteger a los sujetos humanos que se prestan a la investigación médica o son utilizados por ella.

Los primeros Comités o Comisiones de ética en Estados Unidos hacen referencia a esta protección. El principio invocado para ello es la autonomía de la persona, como manifestación de su dignidad.

Esta preocupación ética se extiende después, tanto en América como en Europa, al conjunto de decisiones médicas, (¿qué es la práctica clínica sino un ensayo que prueba si un tratamiento médico o quirúrgico es eficaz, «beneficioso» para un paciente?), y a las relaciones entre médicos y pacientes, que se traduce en la creación de comités asistenciales de ética. Pero además, las situaciones creadas por el progreso biomédico no son solamente un problema de decisión personal, sino un problema de la sociedad, una responsabilidad social, que va más allá de la protección de las personas, en la hora actual, al encauzamiento de las investigaciones sobre el embrión, la clonación terapéutica o la terapia génica.

Los problemas de la sociedad, piden una regulación social para orientar las conductas y los comportamientos individuales, profesionales y sociales y ello se ha hecho mediante una institucionalización de la bioética que ha consistido en la instauración de comités o instancias nacionales oficialmente reconocidas, como medios de regulación social.

El derecho es también un medio de regulación social y altamente privilegiado, que en un contexto de privatización de la religión, como en una sociedad plural y secular, con el acento puesto en la autonomía, aparece como referencia y recurso contra la arbitrariedad. Es además el modo principal del poder del Estado. La bioética, ha estado marcada por el derecho, así lo demuestra la presencia de numerosos juristas en sus comités locales y nacionales y la adopción del concepto «derechos del

hombre». Pero si el derecho y la ética están al servicio de los valores comunes que se derivan del respeto de la dignidad humana, su acción no se inscribe en el mismo registro. «*El derecho encuadra los comportamientos y acciones, estableciendo las medidas jurídicas que garantizan su existencia y dispone de un poder de obligación. La ética justifica la racionalidad de las decisiones a tomar y las llena de sentido. La ética no decreta, incita al diálogo y a la toma de responsabilidad de cada uno*» (Sonia Le Bris et Lori Luther, citados por Jean Ducruet en Travaux et Jours, automne 2001).

En síntesis y cito a Guy de Braibant: «Le Comité National d'éthique n'est pas une juridiction; c'est une instance d'avis et il doit le demeurer, car l'éthique si elle inspire jurisprudence et droit, n'est ni l'une ni l'autre» (El Comité Nacional de Ética no es una jurisdicción; es una instancia de consejo y tiene que conservarse así, porque la ética aunque inspire jurisprudencia y derecho no es ni una, ni otro).

Es función de los Comités clarificar y situar los problemas que se les presentan, resaltar las convergencias de pensamiento y de voluntad que ayudan a encontrar una solución específica, y estructurar un sistema de vigilancia ante las derivaciones de la sociedad que puedan entrenar una utilización incontrolada de las tecnologías biomédicas.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Annual report: KEMO 1989-1990. La Haya, sept. 1991.

Bulletin of Medical Ethics. December 1990. August 1992, n.º 80. September 1992, n.º 81. March 1993, n.º 86. April 1993, n.º 87.

Comissao para o enquadramento legislativo das novas tecnologias. (Coimbra 1990).

Comites d'Ethique a travers le monde: Recherches en cours. Tièrce Medicine.

INSERM, 1986. Tièrce Medecine INSERM, 1988. Tièrce Medecine INSERM, 1989.

De la biologie a l'ethique. Jean Bernard 1999. Collection Pluriel, Ed. Buchet- Chastel.

Fundamentos de bioética. Diego Gracia. EUEDEMA, 1989.

I Comitati di bioetica. Ed. Orizzonte Médico, 1991.

I Comitati etici. Dep. per l'informazione i l'Editoria. Presidenza del Consiglio dei Ministri, 1992.

Informe de la Comisión especial de Estudio de la Fecundación in vitro y la Inseminación Artificial Humanas. Congreso de los Diputados. Madrid 1987.

Journal of medical ethics: «Bioethics in Europe». March, 1993. Vol. 19 Number 1.

La bioethique institutionalisee. Jean Ducruet, en TRAVAUX ET JOURS, Automne 2001. Líbano).

Labor Hospitalaria: Códigos deontológicos. n.º 202, 1986. El Comité de Ética, n.º 209, 1988. Ingeniería Genética, n.º 214, 1989. F. Abel.

La vida humana: Origen y desarrollo. fiuc, Inst. Borja de Bioética, Barcelona. Univers. Pontificia Comillas, Madrid, 1989.

Le comite d'etique. Alaire Ambroselli, Presses univer. De France, 1990.

Les instances nationales d'ethique. Sonia Le Bris. Consejo de Europa, 1993.

Medicina e morale. 1991/3.

Procedimientos de decisión en ética clínica. Diego Gracia, EUEDEMA, 1991.

Regional developments in bioethics. 1989-1991. Kluwer Academic Publisher.

Reproducción asistida. Seminario, 12.º, curso de Verano, San Roque. Universidad de Cádiz.

Simposi sobre bioètica: els comitès d'ètica en els hospitals. Barcelona, 26-27 abril 1991.

The british medical journal. vol. 306, february 1993.

The journal of medicine and philosophy: bioethics commission. International Perspectives. Vol. 14, 1989

The law reform commission of Canada. (1979-1992). Study documents Working documents. Reports.

The mam issues in bioethics. Andrew C. Varga. Paulist Press 1980.

The president's commission for the Studi of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (13 vol.). (1981 a 1983).

The world medical asociacion. Handbook of Declarations 1985.

Textos de los diferentes comités a través de las páginas WEB y contactos personales.

Responsabilidad moral de los profesionales sanitarios

JOSÉ GARCÍA FÉREZ

Cátedra de Bioética.
Universidad Pontificia Comillas.
Madrid

En el presente artículo se trata de esbozar una posible aproximación a la responsabilidad moral y profesional de aquellas personas que se dedican al cuidado y asistencia a otras, tanto desde lo social como desde lo sanitario, aunque nos centraremos en éste último quehacer. Para ello, se empieza hablando de la profesión sanitaria como vocación, de la antropología moral que enmarca y engloba todo el actuar sanitario (coordinadas espacio-temporales, dimensiones físico-relacional-significativa, talante personal, la libertad y la responsabilidad en cuanto dimensiones personales, etc.), para pasar a tratar la responsabilidad del profesional sanitario desde tres vertientes: como valor humano, como virtud moral y como principio ético. De este modo se apunta a la responsabilidad moral como camino y meta hacia la excelencia personal y profesional.

LA PROFESIÓN SANITARIA COMO VOCACIÓN

Antes de hablar de los valores, las virtudes y los principios éticos que encarna la responsabilidad profesional, es oportuno empezar hablando de lo que significa esto último: una profesión. El concepto de profesión tiene unas connotaciones, al menos en su origen, claramente religiosas. Ese significado lingüístico permanece todavía en expresiones como: «hacer profesión de fe», «profesar en religión», etc. Profesar equivale, pues, de alguna manera, a confesar, lo que exige un acto de entrega personal. En este sentido, afirma Diego Gracia, que «toda profesión consiste en una entrega confesada o ratificada

públicamente»¹. La profesión es una entrega realizada a una misión por entero y de por vida: el sacerdote se consagra al servicio de Dios, una madre se puede consagrar al cuidado de la familia, un juez a administrar justicia, un médico a atender a los enfermos, etc. Éste es el origen de las profesiones².

La profesión es una entrega realizada a una misión por entero y de por vida.

El profesional es, por tanto, un consagrado a una causa social y/o humana. Por eso, los profesionales han gozado siempre de una situación privilegiada, hasta el punto de ser considerados impunes jurídicamente. Así es como la sociedad compensaba a aquellos que se habían consagrado a las funciones sociales más esenciales o de mayor importancia: médicos, jueces, reyes y sacerdotes. En este orden de cosas se unifican los principales poderes fácticos de todo pueblo o nación: medicina, derecho, gobierno y religión.

Por otro lado, resulta claro que no es posible separar la persona de su profesión, ni la ética de su dimensión profesional. La ética profesional es la concreción, en el campo de su profesión, de la ética global que la persona tenga. Por eso, un profesional no es una persona que «ejerce» una profesión, pues una profesión no se puede ejercer sin que implique y responsabilice a toda la persona. El rol profesional no es un oficio ni una simple ocupación. Tiene un carácter más privilegiado que exige, al individuo que la profesa, nada menos que la excelencia en todos los órdenes de su persona. La excelencia pasa a ser, pues, un viejo ideal reconvertido y reinterpretado para el

El rol profesional no es un oficio ni una simple ocupación. Tiene un carácter más privilegiado que exige, al individuo que la profesa, nada menos que la excelencia en todos los órdenes de su persona.

1. D. GRACIA, *El recto ejercicio profesional. ¿Cuestión personal o institucional?* El caso de la atención al enfermo terminal: Quadern Caps 23 (1995) 94.

2. Cf. *Ibidem*, 94.

El rol del verdadero profesional ha de caracterizarse por cuatro notas distintivas: universalismo, especificidad funcional, neutralidad afectiva y orientación hacia la colectividad.

profesional de hoy unas veces como camino de perfección y otra como construcción de su opción fundamental.

Para Diego Gracia, el rol del verdadero profesional ha de caracterizarse por cuatro notas distintivas³:

- a) **Universalismo:** se espera del profesional que no tenga ni haga acepción de personas.
- b) **Especificidad funcional:** al profesional sólo se le concede autoridad en su campo específico de actuación, no en los demás.
- c) **Neutralidad afectiva:** el profesional habrá de evitar los sentimientos de amor o de odio, o al menos controlarlos de tal modo que no interfieran en la dinámica de la relación profesional.
- d) **Orientación hacia la colectividad:** del profesional se espera que actúe de un modo altruista y no por dinero, a diferencia de lo que hace quien tiene un oficio. El dinero es un fin, pero nunca el único fin ni el fin último.

ANTROPOLOGÍA MORAL DEL ACTUAR SANITARIO

LA PERSONA Y SUS DIMENSIONES

Entre las infinitas formas de describir la persona humana, según las diversas culturas, escuelas psicológicas... una de ellas puede ser la del resultado equilibrado de estos tres aspectos:

- **El físico:** a él se refiere todo lo corporal; sentidos; estímulos, componentes endocrinos, etc. lo fisiológico influye en nuestra manera de ser en una determinada situación (ej.: encontrarnos bien o mal físicamente condiciona nuestros comportamientos).
- **El relacional:** a él se refiere todo el mundo afectivo e interpersonal: relación sanitario-paciente y tipos de relaciones (oligárquica, democrática, cooperativa, autonomista, etc).

3. Cf. D. GRACIA, *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid, 1989, 100.

- **El significativo:** a él se refiere todo el mundo de lo espiritual; los valores éticos; la dimensión trascendente; las creencias, etc... Supone encontrar sentido a todo lo que hacemos para poderlo situar en un proyecto de vida... lo significativo explicita nuestros horizontes de sentido.

Lograr el equilibrio de estos componentes no es fácil. Además, la persona humana se define desde múltiples puntos de vista (realidad poliédrica y omniabarcante: cuerpo-mente-espíritu), dando lugar a unos rasgos básicos: somos seres inabarcables; inacabados; interiores; únicos; interpersonales; infinitos... misteriosos.

COORDENADAS DEL OBRAR MORAL

La persona humana no es un ser abstracto sino un ser situado en un espacio, un tiempo y en unas circunstancias. Y hay que atender a estas coordenadas: dimensión espacio-temporal, dimensión personal y dimensión comunitaria.

- **Tiempo.** Vivimos, estamos y somos en el tiempo de diferentes maneras: tenemos un pasado, nos enfrentamos a un presente, nos proyectamos en un futuro y estamos abiertos a un más allá.
- **Espacio.** Nos movemos en diferentes contextos culturales, ambientales, situacionales, etc. a su vez, el espacio configura y condiciona nuestro modo de ser y de actuar (ej.: no es lo mismo trabajar en un sitio que en otro, ni cuidar en un sitio o en otros).
- **Trabajo en equipo.** Estamos insertos en una comunidad social, pero también se trabaja en una dimensión grupal. Integrar lo individual en lo colectivo supone establecer estrategias de relación y de cooperación, que podrán ser mejores o peores. Lo importante es que el grupo sea operativamente funcional, es decir, que trabajar en equipo sea útil y provechoso.
- **Talante o temple.** Supone caer en la cuenta que actuamos desde nuestro modo de ser habitual, esto es, desde nuestro carácter y temperamento (rol social).

COMPONENTES DEL ACTUAR HUMANO: RESPONSABILIDAD Y LIBERTAD

En la descripción del ser humano una de las características que lo diferencian del animal es la de ser consciente (se da cuenta de que existe y de lo que hace), y por tanto es un ser responsable y libre.

Responsabilidad

La responsabilidad alude a una respuesta del sujeto ante alguien que puede pedirle cuentas de algo (uno mismo; la sociedad; Dios...). Y, por supuesto, la responsabilidad opera a todos los niveles: el social, el económico, el profesional y, como no, el ético.

1. Elementos del comportamiento responsable:

- **Lo afectivo.** Es la resonancia que el corazón produce ante una acción propuesta. Para eso hay que ver cuál es el tono vital, los sentimientos dominantes,... LO QUE SIENTO.
- **Lo cognoscitivo.** El acto humano tiene que ser auto-poseído: concebir lo que queremos hacer. LO QUE PIENSO.
- **Lo volitivo.** Es lo que da unidad a los aspectos anteriores pues significa querer hacer algo y poder o no hacerlo. LO QUE QUIERO.
- **Lo ejecutivo.** Es la proyección del sujeto sobre el mundo exterior. LO QUE HAGO O NO HAGO.

2. Estructura del comportamiento responsable.

- **Decidir:**
 - Implicarse (hacerse sujeto de la acción; proyectarse).
 - Asumir el proyecto donde se sitúa la acción (la determinación práctica de aquello que será).
 - Estar motivado. Tener razones y aspiraciones para realizar y legitimar lo que se va a hacer.
- **Actuar:** La acción es el criterio de la autenticidad de la decisión. Al hacer se añade a la cosa el ser hecha por mí: se personaliza. El hacer algo supone enfrentarse con la inercia de las cosas y de mí mismo. Cuanto más desarrollado sea el sujeto en todas sus dimensiones más poder tendrá y por tanto más capacidad para querer.
- **Consentir:** Es el acto por el que se asiente ante una necesidad o una acción.

Libertad

Las diversas concepciones del hombre hacen que la libertad sea una cuestión existencial: ¿somos libres? Para autores deterministas, la libertad es una ficción; para los indeterministas, una posibilidad de opción entre todas las posibles.

Desde el espectro psicológico la libertad es la facultad de elegir una cosa con preferencia a otras. Desde un aspecto profesional es la búsqueda y realización del bien interno de toda profesión sin estar atado por nada ni por nadie.

Dada la estructuración del hombre como ser limitado y del mundo como una realidad incompleta, hay que admitir una serie de condicionamientos. Estos condicionamientos pueden ser: a) Externos: violencia ajena, manipulaciones, por factores corporales (enfermedades), por elementos culturales (aprendizaje); y b) Internos: psicológicos (aciertos, errores, autoestima), por ignorancia, por hábitos.

LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL SANITARIO

La responsabilidad del profesional sanitario puede entenderse desde tres puntos de vista: como valor, como virtud y como principio ético. Vamos a intentar articular cada uno de ellos.

LA RESPONSABILIDAD COMO VALOR HUMANO

Los valores son aquellos bienes o cualidades que el ser humano necesita para vivir, los ideales que se precisan para vivir⁴. No es posible vivir sin alguna axiología mínima, ya sea objetiva-subjetiva, real-irreal, buena-mala, recomendable-reprobable, útil-inútil, justa-injusta, etc. Un valor, en palabras de un filósofo contemporáneo, es «eso que en un ser hace que éste se nos presente como digno y por tanto como grato»⁵. Por eso afirma Victoria Camps que «los valores son cualidades de las cosas que promueven nuestro interés, que atraen y repelen, y sólo puede tener valor aquello cuya existencia complace»⁶. Ha de considerarse valioso todo aquello que contribuya al desarrollo o perfeccionamiento del hombre.

La realización o seguimiento de los valores genera una exigencia moral de humanización de lo humano, esto es, los valores tienen como fin una meta, un objetivo para que nuestros actos sean no sólo «valiosos», sino también plenamente humanizadores. Esta finalidad intrínseca de los valores equivale a decir que los valores son fines para la vida y la conducta humana. «Todo valor es objetivamente un fin para el hombre, y viceversa: todo lo que da su sentido pleno a la vida humana es un valor»⁷.

Hoy día existe la convicción de que los valores tienen un carácter principalmente subjetivo, de forma que el valor de una cosa se reduce a la valoración que de la misma haga un determinado sujeto. Añadido a ésta cuestión de gusto o percepción se halla también el relativismo cultural e histórico en el que cada ser humano se encuentra inmerso. Sin embargo, en la experiencia moral se puede hablar de un carácter plenamente objetivo e intrínseco de

4. Los valores tienen tantas formas como categorías de bienes hay. Así podemos distinguir entre valores útiles: casa, posesiones, dinero, coche; valores corporales: vida física, salud, belleza, fuerza, alimentos, etc.; valores espirituales: vida racional, la verdad, la justicia, la bondad, la moralidad, la religión, etc.; valores personales: la dignidad, la libertad, el respeto, la autonomía, la convivencia social, etc. De entre estos valores, unos son más necesarios que otros, más convenientes o perfectivos para la persona que otros, o incluso hay algunos más obligatorios y otros más opcionales o elegibles a la voluntad humana.

5. H. REINER, *Bueno y Malo*, Encuentro, Madrid, 1985, 19.

6. Cf. V. CAMPS, *Un discurso desapasionado*: El Ciervo 494 (1992) 6.

7. J. M. MÉNDEZ, *Valores éticos*, Estudios de Axiología, Madrid, 1978, 249.

La responsabilidad del profesional sanitario puede entenderse desde tres puntos de vista: como valor, como virtud y como principio ético.

los valores, independientemente del modo como histórica o biográficamente se perciban. Entre el puro subjetivismo y la teoría objetivista del valor se dirime la cuestión de la plausibilidad y la razón de ser de los valores⁸. Por ello los valores pueden entenderse como la adecuación o relación (psicológica) entre el objeto considerado valioso y el sujeto que lo valora, esto es, en la síntesis entre el objetivismo y el subjetivismo axiológico de la persona.

El valor es algo que merece existir, ser apreciado y realizado, pues es una cualidad que posee una calidad intrínseca que es percibida por el hombre como algo digno, válido, deseable, en definitiva, bueno. Pero no es nuestra intención meternos en la cuestión sobre el estatuto ontológico de los valores, como tampoco en la percepción de los mismos por parte del hombre, sino concebir la responsabilidad como valor humano.

Pero una cosa son los valores, en general, y otra los valores morales, en particular, que presuponen de alguna manera el sentido y estatuto del valor. Los valores morales, como una parte más de todo el conglomerado de valores existenciales (estéticos, religiosos, políticos, profesionales, culturales, legales, etc.), pueden definirse como aquellas cualidades que dotan de contenido material la dignidad de todo ser humano, así como las que exigen lo bueno y lo justo en las relaciones interhumanas.

«(...) Y los seres humanos incluimos siempre los valores en nuestras tomas de decisiones. Nadie decide sólo a la vista de los hechos. Los valores son en nuestras vidas tan importantes o más que los hechos. Por los valores trabajamos, sufrimos y hasta morimos»¹⁰.

Tanto los valores históricos de la medicina como los valores humanos, desde su vertiente individual y colectiva, han de estar presentes en la práctica asistencial pero no de una manera pasiva o meramente testimonial, sino como fuerzas directivas que den orden y significado al pensamiento, las decisiones y las acciones sanitarias pues, posiblemente, sean la clave para poder ejercer con

8. Véanse algunas de las principales posturas filosóficas: Hume, Nietzsche, Kant, Muguerza, Scheler, Lavelle, Le Senne, Nédoncelle, Zubiri, etc. Cf. E. BUENO, *El estatuto ontológico de los valores*: Revista Agustiniana 36 (1995) 389-415.

9. Cf. M. VIDAL, *Moral Fundamental (Moral de Actitudes I)*, Perpetuo Socorro, Madrid, 1990, 415.

10. D. GRACIA, *Bioética clínica*, El Búho, Santafé de Bogotá, 1998, 70.

virtuosa calidad una profesión basada en un humanismo altruista, de relación respetuosa, sensible y profundamente comprometida con la vida y la salud de todos.

La necesidad de los cuidados médicos y de enfermería es universal. Estos se fundamentan, además de en los deberes profesionales que dichas profesiones entrañan, en los valores de respeto por la vida y la salud de todo ser humano. La vida y la salud tienen un valor fundamental, ya que sin ellos no es posible que el hombre se desarrolle y exista en plenitud y el respeto a ellos entraña cierta dosis de responsabilidad.

Es claro que una actividad profesional que se encamina o persigue restablecer la salud perdida por una persona, se plantee hasta qué punto aquello sobre lo cual interviene debe ser respetado, restablecido o aniquilado. El ser humano es persona, es un fin en sí mismo, no es una cosa, tiene una dignidad, un valor ante el cual sólo cabe una actitud de respeto. De esta realidad brota como algo necesario la inviolabilidad de la vida humana¹¹. Es decir, la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano inocente o el abandono deliberado de vidas humanas cuya subsistencia y salud depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

La axiología aplicada al mundo de la responsabilidad parte, indudablemente, de una visión histórica y una concreción práctica de lo que el hombre hace y debe hacer para «humanizar» su naturaleza y su praxis, esto es, su ser y su obrar¹². Nuestro interés radica pues en reflejar no sólo este hacer humano asistencial, sino en lo que debe hacer o en cómo se debe hacer mejor este obrar humano: el deber de hacer óptimo el hacer humano en el cuidado al enfermo. Ahí radica el sentido de la responsabilidad como valor humano aplicado al mundo de la salud.

LA RESPONSABILIDAD COMO VIRTUD MORAL

La noción de virtud no coincide totalmente con la de valor moral, aunque tiene con ella muchas notas comunes y analogías. Tanto la una como la otra tienen dimensiones bipolares: objetiva-subjetiva, buena-mala,

11. Véase la fundamentación teológica del valor inviolable de la vida humana que hace Gerardo del Pozo siguiendo la doctrina del Magisterio de la Iglesia y, especialmente, la encíclica de Juan Pablo II *Evangelium vitae*. Cf. G. DEL POZO ABEJÓN, *Fundamentación teológica del valor y carácter inviolable de la vida humana*: Burgense 37 (1996) 267-288.

12. Aunque nos consta que existen múltiples constitutivos que conforman el valor moral, según sea el sistema o paradigma ético en el que nos situemos (así tenemos constitutivos como: la obligación externa, el placer, la felicidad, la armonía interior, el deber por el deber, el altruismo, la utilidad, la libertad, el ejercicio de la razón, etc.), preferimos partir de un constitutivo humanizador y humanizante, y ello como sentido integral de toda opción, actitud y acción humana, tanto en el plano personal como profesional. Cf. M. VIDAL, o. c., 428-429.

conveniente-detestable a la naturaleza humana, etc., es decir, si todo valor tiene su contravalor, toda virtud tiene también su vicio opuesto, ya sea por exceso como por defecto. Pero la virtud connota además, la cualidad de ser algo adquirido con el ejercicio de actos repetitivos y cierto esfuerzo en su adquisición, desarrollo y mantenimiento. La virtud es, en cierto modo, el hábito de realizar o practicar un valor humano.

Hablar de virtudes en esta época puede suscitar una serie de interrogantes cuando no de actitudes de rechazo. Por eso algunos autores se cuestionan la pertinencia o relevancia que tienen hoy día las virtudes. Sin embargo, creemos que hablar de virtudes no sólo no tiene un sentido necesario hoy día sino que, aplicadas al ámbito bioético, pueden aportar una gran riqueza de significados al comportamiento moral humano, hasta tal punto de poder hablar de un paradigma de virtudes frente al clásico paradigma principialista o de los principios¹³. Es más, todo hombre debe adquirir las capacidades o virtudes necesarias para alcanzar una vida lograda, plena y completa.

La palabra «virtud» equivale en su sentido etimológico al vocablo «fuerza» (lat. *viris* = varón, fuerza). Se entiende por virtud moral aquella cualidad mental buena y recta, en tanto que en su índole operativa convienen y perfeccionan la naturaleza del obrar humano. Así pues, virtud sería, a grosso modo, todo hábito de obrar el bien moral o todo hábito operativo bueno (*habitus operativus bonus*)¹⁴, es decir, aquellos hábitos incorporados voluntariamente por el hombre para el pleno desarrollo de sus posibilidades humanas (personales, profesionales y/o sociales). Por eso, afirma Diego Gracia, que la virtud es, de algún modo, la meta de toda la vida moral y que el hombre bueno es el hombre virtuoso, es decir, aquel que ha hecho de la virtud su modo o forma de vida¹⁵.

La experiencia nos enseña que la repetición de actos buenos y valiosos engendra una cierta facilidad para proseguir con el esfuerzo de perfeccionamiento de lo humano, y es a esta nueva capacidad de acción perfecta a lo que llamamos virtud. Lo mismo que llamamos vicio a la facilidad o proclividad para hacer o perseverar en el mal, adquirida a través de la repetición de actos dañinos¹⁶.

Aunque las virtudes, lejos de ser abstracciones o constructos teóricos que hacen referencia a algo real, son actitudes y hechos que se realizan en la vida real, esto es, la virtud no es la formulación abstracta de un principio moral virtuoso, sino el ejemplo concreto de llevar a cabo una vida buena. Como afirma Savater: «quien quiera saber qué es la generosidad no aprenderá nada buscando la definición del término en un tratado de moral, sino ob-

13. Véase la dialéctica principios-virtudes en: C. VIAFORA, *I principi della bioetica*: Bioetica e Cultura 2 (1993) 22-24.

14. De hecho, así la definen tanto Aristóteles como Santo Tomás: la virtud humana es esencialmente un hábito operativo (*Suma de Teología*, I-II, q. 55, a. 2). Igualmente, la virtud es un hábito que se ordena siempre al bien (*Suma de Teología*, I-II, q. 55, a. 4).

15. Cf. D. GRACIA, *Fundamentos de bioética*, o. c., 600.

16. Cf. J. M. MÉNDEZ, o. c., 429-430.

servando a una persona generosa»¹⁷, del mismo modo, quien quiera ser responsable debe aprender a serlo en el ejercicio directo de su profesión y de su modo de ser. De hecho la responsabilidad entendida como virtud se desarrolla no sólo en el campo del actuar (disposición para actuar), sino sobre todo en el del ser (actitud de ser).

La virtud es aquella disposición habitual a obrar bien en sentido moral. Dado que se trata de una capacidad adquirida, por el ejercicio y por el aprendizaje, de hacer actos moralmente buenos, la virtud será siempre aquella cualidad de la voluntad que suponga y busque un bien para uno mismo o para los demás. Pero la virtud no es aquello que somos, pues es una cualidad, una disposición, una aptitud que necesita ser aprehendida y cultivada por el hombre, sino aquello a lo que tendemos, aquellos que perseguimos y buscamos por ser bueno. Así, Carlos Thiebaut, nos dirá que «la virtud no es, entonces, aquello que nos viene dado en nuestros puntos de partida, sino aquello que se decanta en nuestros puntos de llegada»¹⁸.

La virtud es, pues, algo que se ha de reconocer en el ámbito de la interrelación social, en el contexto de la acción. Por ello se dice que la virtud es más que un sentimiento, intención o buena voluntad, el ejercicio de un hábito que a todas luces resulta como bueno. Este ejercicio se construye mediante la realización de actos excelentes y el cultivo de actitudes perfeccionantes de lo humano.

El bioeticista norteamericano James F. Drane cataloga así los hábitos y actitudes positivos de los médicos (tener conocimientos y habilidades) con una ética de la virtud (ser un médico virtuoso)¹⁹:

Dimensiones del acto médico	Virtudes
Dimensión médica (actos terapéuticos y diagnósticos)	Benevolencia
Dimensión espiritual (comunicación verbal entre médico y paciente)	Veracidad
Dimensión volitiva (toma de decisiones por parte del médico y el paciente)	Respeto
Dimensión afectiva (sentimientos del médico y del paciente)	Amistad
Dimensión social (relación médico-enfermo como acto social y público)	Justicia
Dimensión religiosa (papel de sacerdote que adopta ocasionalmente el médico)	Religiosidad

17. F. SAVATER, *Ética como amor propio*, Mondadori, Madrid, 1988, 113.

18. C. THIEBAUT, *Virtud*, en: A. CORTINA (Dir.), *10 Palabras clave en Ética*, Verbo Divino, Estella, 1994, 440-441.

19. Cf. J. F. DRANE, *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*, Kansas City, Sheed and Ward, 1988, 23-29. Véase un resumen de dicho cuadro en: D. GRACIA, *Bioética clínica*, o. c., 17-18 y 90.

Para Aristóteles, hay tres cosas por las que los hombres se hacen buenos y virtuosos, y esas tres cosas son la naturaleza, el hábito y la razón²⁰. Pero ser virtuoso o llevar una vida virtuosa no significa otra cosa que llevar una vida responsable y consecuente con uno mismo y con los demás, fomentando el propio autodesarrollo y el ejercicio continuado para lograr una personalidad moralmente formada. La virtud, por tanto, es el ideal de la autoeducación responsable para la excelencia de la persona humana²¹.

LA RESPONSABILIDAD COMO PRINCIPIO ÉTICO

La responsabilidad es la obligación ética o jurídica de responder de algo propio o ajeno²², es decir, ser capaces de explicar por qué se ha actuado de una manera determinada y no de otra. Asimismo, también es la capacidad de compromiso y cuidado de una persona consigo misma o hacia otra²³. En este sentido, la responsabilidad es una categoría dinamizadora de toda la estructura de la persona. Por eso, entender éticamente la responsabilidad es caracterizar la vocación humana de responder de los actos y actitudes que se tienen hacia los otros, esto es, responder ante el otro de mi responsabilidad hacia él. Así pues, el tener que «responder» consistiría en prometer o comprometerse a algo o con alguien, mientras que la responsabilidad sería la cualidad o condición de quien promete o se compromete con algo o alguien.

Esta forma de responder ante sí mismo y los otros puede entenderse de diferentes modos. En este sentido podemos hablar de cuatro tipos de responsabilidad:

- La *responsabilidad consecuente* (aquella que responde de las consecuencias y efectos de las acciones o decisiones).
- La *responsabilidad antecedente* (tiene que ver con los a priori morales de todo ser humano, es decir, con las razones por la que decide o hace una cosa).
- La *responsabilidad congruente* (aquella que tiene que ver con los proyectos y opciones morales de vida de quien la ejerce).

20. Cf. ARISTÓTELES, *Política*, VII, 12, 1332 -b, Alianza, Madrid, 1991.

21. La virtud así entendida, corresponde a lo que Marciano Vidal denomina la meta del obrar responsable y el perfeccionamiento de todo el dinamismo moral de toda la persona. Cf. M. VIDAL, o. c., 790.

22. Como afirma Diego Gracia, el vocablo responsabilidad proviene del verbo latino *spondeo*, del que se deriva la voz respondeo, que significa responder, en el sentido de cumplir un compromiso solemnemente asumido. Cf. D. GRACIA, *Fundamentos de bioética*, o. c., 51.

23. Es interesante destacar aquí la distinción que hace Max Weber entre ética de la convicción (*gesinnungsethik*) y ética de la responsabilidad (*verantwortungsethik*). Ambas éticas nos llevan a responder de nuestros actos, la primera por integridad personal, la segunda por integridad moral. Cf. M. WEBER, *El político y el científico*, Alianza Editorial, Madrid, 1979, 163ss.

- La *responsabilidad trascendente* (aquella que tiene que ver con la misión o el sentido que cada uno da o quiere dar a su vida).

En sentido genérico, ser responsable es lo mismo, etimológicamente hablando, que ser y tener capacidad para responder, pero una cosa es responder y otra ser responsable. Ese salto cualitativo entre las respuestas naturales y la responsabilidad moral es lo que hace que el ser humano sea el único animal que pueda tener un sentido o estimativa moral. Es por eso que Diego Gracia pueda decir que

«Vivir es responder, y responder responsablemente. De ahí que el hombre es el animal que está continuamente rindiendo cuentas o dando cuenta de sus propios actos. El hombre es el único animal que puede, debe y tiene que rendir cuentas»²⁴.

Todos los actos humanos²⁵ comportan cierta responsabilidad o al menos cierta imputabilidad, es decir, se atribuyen a alguna persona en concreto. Pero ésta responsabilidad del actuar humano no sólo comporta exigencias éticas, sino también, y sobre todo en las profesiones sociosanitarias, jurídicas. Ser responsables en la atención a una persona enferma supone ser capaz de explicar por qué se ha actuado de una manera determinada y no de otra, supone prever las consecuencias de las decisiones que se hayan adoptado y deliberar racionalmente por aquellas que puedan tener mejores resultados.

Hasta tal punto es importante la responsabilidad que para Bouzat es la condición *sine qua non* para que ejerza la autonomía personal: «la diferencia entre los seres autónomos y los que no lo son reside en que los primeros son responsables, se les pueden imputar consecuencias morales a sus conductas, en cambio a los segundos no»²⁶. Aplicando estas afirmaciones al ámbito biomédico decimos, con palabras de Cadore, que autonomía y responsabilidad son las estructuras del ejercicio médico²⁷.

Como afirma Diego Gracia, la responsabilidad humana consistió básicamente en rendir cuentas de lo que uno hace. Pero éste dar cuenta tiene dos formas: una primaria o ética, que consiste en el hecho mismo de «darse

24. D. GRACIA, *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, El Búho, Santafé de Bogotá, 1998, 1998, 41.

25. La distinción escolástica entre *actus hominis* o actos del hombre y *actus humani*, actos humanos, adquiere relevancia en este punto, pues sólo estos últimos pueden tener la condición de responsabilidad, dado que los primeros no tienen carácter moral. A los primeros pertenecen los actos reflejos, espontáneos o naturales, mientras que los actos humanos son aquellos que proceden de la voluntad liberada, esto es, de la voluntad y la libertad humanas. Cf. M. VIDAL, o. c., 359.

26. G. BOUZAT, *El principio de la autonomía personal en la teoría constitucional*, en: C. F. ROSENKRANTZ – G. BOUZAT et al., *La autonomía personal*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1992, 87.

27. Cf. B. CADORE, *Questions éthiques. Etudes exercice médical*: Le Supplement 178 (1991) 35.

cuentas» uno a sí mismo de su proceder, y la segunda o jurídica, que consiste en el hecho de «pedir cuentas» o lo que es lo mismo, dar cuenta a los demás, cuando nos lo pidan, de nuestro comportamiento²⁸. La responsabilidad profesional tendría este doble carácter, por un lado, sería responsabilidad moral y por otro jurídica²⁹. Por eso se puede hablar también de responsabilidad ética y responsabilidad legal. La primera sería aquella que obliga a responder de los propios actos desde la conciencia personal de cada uno. La segunda, hace referencia al cumplimiento de las normas legales establecidas (ej.: Códigos Deontológicos Profesionales)³⁰.

En la responsabilidad entra la categoría ética de la *otridad*. El otro, el rostro y la exterioridad del otro, siguiendo las categorías de E. Lévinas, es lo que interpela y evoca mi deber de responsabilidad. Pero además, para el existencialista Jean Paul Sartre, la responsabilidad moral del hombre entraña un alto grado de compromiso para con uno mismo y para con los demás. Lo recoge así:

«Y cuando decimos que el hombre es responsable de sí mismo, no queremos decir que el hombre es responsable de su estricta individualidad, sino que es responsable de todos los hombres. (...) Así, nuestra responsabilidad es mucho mayor de lo que podríamos suponer, porque compromete a la humanidad entera»³¹.

Estas ideas sugieren una radical transformación de la estructura moral del yo a partir de la epifanía del otro. Desde este sentido ético de la apertura a otro se fundamenta la responsabilidad de sentirse llamado a la presencia del rostro del otro en cuanto otro. La ética de la responsabilidad exige actuar no sólo en función de altos principios, sino considerar sobre todo las consecuencias previsibles de nuestras acciones y responder de ellas ante los demás, ante el mundo y ante uno mismo.

Por tener la capacidad de responder de su conducta, el ser humano se convierte en un sujeto moral, que debe asumir sus actos y las consecuencias de los mismos, que pueden ser objeto de castigo o recompensa, de repulsa o aceptación, de censura o estima social, de desprecio o de respeto moral, etc

De todos modos, en algunos casos concretos siempre pueden existir razones que disminuyan parcial o totalmente de responsabilidad al ser humano. Son las llamadas circunstancias atenuantes o eximentes: razón de fuerza mayor, estado de necesidad, error, enajenación mental, etc. Quizá por eso sea tan difícil a veces establecer los límites entre la responsabilidad verdadera y la carencia de dicha verdad.

28. Cf. D. GRACIA, *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, o. c., 39.

29. Cf. *Ibidem*, 45.

30. Cf. M. BUSQUETS SURRIBAS, *Ejercicio profesional: responsabilidad ética y legal: Enfermería Clínica* 8 (1998) 30.

31. J. P. SARTRE, *El existencialismo es un humanismo*, Sur, Buenos Aires, 1978, 19-20.

Además, mas allá de los derechos y obligaciones, o del valor de la responsabilidad, se encuentra el sentimiento de ser y sentirse responsables. Aparte de cuidar al paciente, se trata de saberse y sentirse responsable por su salud y el bienestar de quien me ha sido encomendado, porque cuando alguien sufre es cosa de justicia y de corazón tomar partido por él.

DE LA RESPONSABILIDAD MORAL A LA EXCELENCIA PROFESIONAL

La excelencia está íntimamente ligada a la ejemplaridad, a la perfección moral, pues en buena medida los actos, comportamientos y hábitos médicos deberán siempre tender a lo ejemplar o modélico. Las profesiones están llamadas a la excelencia, es decir, a alcanzar lo que los griegos llamaban *areté*³². La *areté* indica la cualidad de un hombre que cumple la función que le ha sido socialmente asignada. Al profesional sanitario le es inherente la virtud moral, esto es, la excelencia técnica (ser un buen médico) y la excelencia personal (ser un médico bueno). Ambos sentidos de la profesión deben ir unidos si es que se pretende alcanzar lo que podríamos llamar excelencia completa o total.

Los modos como la profesión médica ha intentado lograr esa responsabilidad de excelencia, han sido: El Juramento (desde el siglo V a.C. hasta mediados del siglo XIX) y los Códigos Deontológicos (desde mediados del siglo XIX hasta nuestros días). Pero es necesario implantar un tercer modelo: La búsqueda de la «Excelencia profesional». Este tercer modelo, proveniente del mundo empresarial, ha dado lugar en la última década a toda una literatura sobre la «calidad total» y la «excelencia».

Creemos que ha llegado el momento de entender, en cierto modo, la Sanidad y los Servicios Sociales como una empresa, concretamente como empresas de servicios en la que pueden aplicarse los conceptos de «calidad» y «excelencia». En esto es en lo que debe consistir la «responsabilidad ética» de los profesionales sociosanitarios: conseguir no sólo la calidad asistencial, sino la excelencia profesional, actuando responsablemente y

32. La voz griega *areté* (ἀρετή) procede del adjetivo comparativo *agathós* (ἀγαθός: bueno), que a su vez procede de la raíz *aga* (ἀγα: lo mejor) y se apoya en la partícula *ari* (ἀρι) indicadora de una idea de excelencia. Esta palabra está también en la base de los aristós (ἀριστός: superlativo de distinguido y selecto), que en plural era utilizado para designar la nobleza o la aristocracia de una persona. *Areté* significa, en su sentido originario etimológico, excelencia o perfección de las personas o las cosas (ej.: para los griegos el vigor y la salud eran las *aretés* del cuerpo, y la sagacidad, inteligencia y prudencia eran *aretés* del espíritu). El hombre que posee *areté* es digno de admiración y respeto, aunque también solía tener la cualidad moral de ser un hombre *agathós* (bueno).

Al profesional sanitario le es inherente la virtud moral, esto es, la excelencia técnica (ser un buen médico) y la excelencia personal (ser un médico bueno).

evitando la imprudencia, la ignorancia, la impericia y la negligencia³³. Y a ello, obviamente, creemos que puede contribuir notablemente el cultivo de ciertos valores y virtudes morales y profesionales.

Según toda la ética clásica, la medicina no puede conformarse con menos que con la excelencia y la perfección³⁴, y ello no sólo en el orden de la corrección sino en el de la bondad, es decir, no sólo en lo que atañe a las normas y deberes deontológicos de cada profesión, sino también lo que da riqueza moral a dicha práctica.

Pero el profesional médico debe enfrentarse a cuestiones éticas de tres tipos: las que tienen que ver con su actitud profesional, con sus decisiones y con la ejecución de las mismas³⁵. En los tres momentos es preciso tener presente los valores y virtudes propios de la profesión médica. Junto con los principios éticos, los valores y las virtudes conforman la dimensión moral del ser humano y, por ende, suponen un mayor progreso en su desarrollo y perfección. Hemos de combinar, por tanto, la ética de los principios que nos impone el deber, la exigibilidad y la normativización de nuestra conducta, con la ética de las actitudes, es decir, con la ética de los valores y las virtudes morales, que a la postre y, en palabras de Keenan, son los que nos conforman y «nos hacen ser lo que somos»³⁷.

La virtud de las virtudes, la excelencia recoge y asume todo lo que de bueno tienen cada una de las virtudes. De hecho, el anhelo de toda ética es la búsqueda de la excelencia y perfección en el obrar³⁸. Esta aceptación y su-

33. Para ampliar este punto puede verse la obra: AA.VV., *La responsabilidad de los médicos y Centros Hospitalarios frente a los usuarios de la Sanidad Pública y Privada*, Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid, 1994.

34. Cf. D. GRACIA, *El recto ejercicio profesional*, a. c., 95.

35. Cf. P. SIMÓN - I. BARRIO., *Medicina y enfermería*, en: A. CORTINA - J. CONILL, *10 Palabras clave en ética de las profesiones*, Verbo Divino, Estella, 2000, 215-216.

36. Véase esta clasificación de los principales tipos de cuestiones éticas que aparecen en la práctica médica en: R. ALTISENT, *Introducción a la Bioética en medicina familiar y comunitaria*: Jano n. 1041 (1993) 48ss.

37. Cf. J. F. KEENAN, *Virtudes de un cristiano*, Mensajero, Bilbao, 1999, 17.

38. Cf. F. SAVATER, o. c., 32.

peración de sí mismo mediante el cultivo de la excelencia es un deber ético. Así lo expone Savater:

«El anhelo de excelencia y perfección, culminación del arte de vivir ético, es el producto más exquisito del amor propio adecuadamente considerado. Quien no desea ser excelente ni perfecto, quien crea que no se merece tanto o no se atreve a proponerse tanto, es que desde luego no se ama lo suficiente a sí mismo: o tiene una idea de la excelencia y la perfección puramente ajena, pervertida, esclavizadora, incompatible con las urgencias inaplazables de su yo».

Los actos médicos responsables, por tanto, como actos de una profesión bien definida, han de cumplir siempre dos condiciones básicas, al menos si quieren aspirar a la excelencia: la corrección y la bondad. Un acto médico será incorrecto o irresponsable cuando no sea realizado técnicamente bien, esto es, cuando un médico no realice correctamente los diagnósticos, pronósticos o tratamientos más adecuados para la persona enferma. La irresponsabilidad puede suponer, entre otras cosas, falta de suficiencia técnica. Esta falta de preparación o de sapiencia profesional puede conducir a actos de mala praxis y por ende a actos de un «mal médico». Pero un médico también está llamado no sólo a obrar correctamente en su quehacer profesional, sino a actuar con cierta bondad moral.

Esta segunda característica, exigible a todo médico, hace de él, un médico bueno. Así, ambas categorías deben estar inseparablemente unidas en el ejercicio adecuado, responsable y excelente de la profesión médica, por eso afirma Diego Gracia, que sólo el médico bueno puede ser buen médico⁴⁰, o lo que es lo mismo, que el médico está llamado a «saber hacer» bien su trabajo y «saber hacer» el bien en el mismo, así como «saber ser» bueno en el orden de su existencia y de su profesión.

La relación sanitaria tiene dos niveles de exigencia: uno de mínimos, por debajo del cual se cae en la negligencia, y otro de máximos, que aspira a la excelencia. Al primero se le hace coincidir con el principio de no-maleficencia, mientras que al segundo con el de beneficencia⁴¹. Por tanto, un médico o cualquier profesional sanitario, en su relación profesional, no pueden ser sólo no-maleficente (ignorante, imperito, imprudente o negligente), sino que han de buscar además ser, en la medida de sus posibilidades, beneficente. Dotar de un sentido preciso a la no-maleficencia y a la beneficencia es la manera de poder establecer unos límites definidos a la excelencia.

La praxis sanitaria está llamada, como toda la actividad humana, a la excelencia. Este modelo moral constituye una virtud que hay que aprender a cultivar con realismo, experiencia y perseverancia. La búsqueda excelencia

conduce a la honestidad, coherencia, unidad personal, integridad, amistad, compasión, confianza, diligencia, entusiasmo, humanidad, justicia, optimismo, respeto, solidaridad, ternura y trascendencia y la práctica de todas estas cualidades y valores lleva también a la excelencia, y en suma, a la felicidad personal.

Pero será necesario fijar los límites de la excelencia profesional, pues si bien se puede obligar a alguien a unos mínimos no se le puede hacer lo mismo frente a unos máximos. Los mínimos tienen unos límites establecidos por el orden público, pero los máximos tienen aquellos límites que establezca uno en su orden privado y esto, en la mayoría de las ocasiones, puede derivar en un problema de conciencia complejo. Un individuo será tanto o más responsable y excelente cuanto más nivel de perfección se imponga, pero sin estar obligado a actuar como si de un santo o un héroe se tratara⁴².

Dada la imposibilidad de determinar unos límites máximos, ya que sólo el individuo en cuestión será el encargado de hacerlo, habrá que hacerlo con los mínimos. Con esto, podemos afirmar que los profesionales tendrán siempre en sus actuaciones una obligación de no-maleficencia, pero también otra de beneficencia a su nivel (no se les puede exigir que cuiden a un paciente con el cariño con que lo haría su madre o su esposa, pero sí pueden relacionarse con él con un trato que vaya más allá de la mera corrección).

Se es excelente cuando hay unión entre lo que se hace, se dice y se piensa. Es, por ello, la virtud máxima de perfección y plenitud humana, no por lo que pudiera suponer de logros o superioridad, sino de potenciación y perfeccionamiento de las posibilidades personales de cada uno. Con todo, el ideal de excelencia nunca podrá ser impuesto, sino que deberá asumirse con libertad y conciencia. De nada vale buscar la excelencia por buscarla, ni hacerlo de manera obligada externamente. Esa búsqueda deberá basarse en una inquietud y sentido interior que obliga de manera inobligante a la propia personalidad del individuo a adquirir una serie de virtudes y actitudes vitales que le hagan ir poco a poco conquistando mayores cotas de excelencia personal y profesional, humana y laboral. El mayor heroísmo es hacer las cosas del día a día con buena intención y con buena responsabilidad (camino de «ideal de perfección moral»).

Por todo ello, caminar hacia la excelencia personal es caminar en pos de la autorrealización de uno mismo. La autorrealización del hombre como hombre es una posibilidad que pertenece al ser humano en virtud de su propia naturaleza. Pero también en el cooperar a la felicidad ajena (amor oblativo), desde la asunción de responsabilidades y la realización de la humanidad, alcanza el hombre la excelencia propia que le es posible. Y aquí la responsabilidad diaria y puntual tiene mucho que decir, y en el mundo de lo cristiano mucho más...

42. Cf. T. L. BEAUCHAMP - J. F. CHILDRESS, *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 1999, 475.

39. *Ibidem*, 41.

40. Así es como la tradición romana definía al médico: *vir bonus medendi peritus* (hombre bueno, périto en el arte de curar). Cf. D. GRACIA, *Ética médica*, en: P. FARRERAS VALENTÍ - C. ROZMAN BORSTNAR, *Medicina Interna, Mosby/Doyma*, Madrid, 1996, 38.

41. Cf. D. GRACIA, *El recto ejercicio profesional*, a. c., 96.

Nuestro trabajo: un camino de ida y vuelta desde la realización personal al agobio vital

M.^ª DOLORES
MANSILLA POZUELO

E.U. de Enfermería y Fisioterapia
«San Juan de Dios».
Integrada en la Universidad Pontificia
Comillas. Madrid

En el presente artículo, la autora nos expone los motivos que llevan a una persona a dedicarse a la enfermería o a profesiones que «ayudan a los demás», empezando por un repaso a diferentes autores que intentan buscar un sentido al trabajo que realizamos más ligado a la vocación que a la opción. Una vez aclarado, cabe preguntarse por el grado de satisfacción de la profesión y es ahí donde Dolores Mansilla despliega todo su conocimiento sobre el síndrome del «burn out». Define, desarrolla y da soluciones a un problema cada vez más frecuente entre los profesionales de la enfermería.

EL SENTIDO DEL TRABAJO. SU DIMENSIÓN INTERNA

Es ancestral en la persona, el dedicarse a trabajar y el tratar de encontrar un sentido a su tarea. Cuando D. McClelland, psicólogo de la Universidad de Harvard, nos habla en los años sesenta de lo que llamó «la necesidad de logro», estaba definiendo algo muy antiguo: el placer de hacer las cosas bien, de identificarse con el trabajo realizado, de reconocerse en la tarea.

Mucho es lo que desde dentro de nosotros mismos se remueve cuando estamos trabajando y responder a esta pregunta se remonta más allá de los enfoques de la Psicología o la Sociología, es algo que subyace en la naturaleza humana.

Vamos a introducir nuestro trabajo reflexionando sobre ello, de la mano de autores que nos llevan a esa dimensión profunda, a ese registro interno que conecta el trabajo con nuestro fondo vital.

J. GIBRAN. EL PROFETA

«Cuando trabajáis, sois una flauta a través de cuyo corazón el murmullo de las horas se convierten en melodía... cuando trabajáis, realizáis una parte del más lejano sueño de la tierra, asignada a vosotros al nacer ese sueño.

Y trabajando estáis en verdad, amando la vida.

Y amarla a través del trabajo es estar muy cerca del más profundo secreto de la vida.

Pero si en vuestro dolor afirmáis que el nacer es un desgarramiento y sostener la carne una maldición escrita en vuestra frente, yo os respondo que sólo el sudor de vuestra frente lavará lo que está escrito.

Os han dicho también que la vida es oscuridad y, en vuestra fatiga os hacéis eco del fatigado.

Pero yo os digo que la vida es oscuridad cuando no hay un impulso.

Y todo impulso es ciego cuando no hay conocimientos.

Y todo saber es inútil cuando no hay trabajo.

Y todo trabajo es vacío cuando no hay amor.

Yo os digo, no en sueños, sino en la vigilia del mediodía, que el viento habla con la misma dulzura a los robles gigantes que a la menor de las hojas de la hierba.

Y sólo es grande aquel que transforma la voz del viento en melodía, hecha más dulce por la gravitación del propio amor...

Y si no podéis trabajar con amor, sino solamente con disgusto, es mejor que dejéis vuestra tarea. Porque si horneáis el pan con indiferencia, estáis haciendo un pan amargo que no alcanza para mitigar el hambre.

Y si protestáis al pisar las uvas, vuestro murmurar destila veneno en el vino.

Y si cantáis, aunque fuera como los ángeles, pero no amáis el cantar, estáis entorpeciendo los oídos de los hombres para las voces del día y las voces de la noche».

J. A. GARCÍA-MONGE.

TREINTA PALABRAS PARA LA MADUREZ

«El trabajo es la respuesta adulta ante el reto de la existencia. Es tarea y posibilidad de ser personas dignas de tal nombre.

Trabajar es transformar algo haciéndome alguien.

La palabra trabajo dice más que la mera ocupación; el esfuerzo o la energía; es mucho más que la supervivencia o la autonomía: consiste en ofrecer tu hombro a la corresponsabilidad de elaborar un mundo humano:

Trabajar es dejar una huella propia en la historia y en el mundo... es empujar el carro de la historia, ojalá en dirección a aquellos valores que humanizan a la persona.

Es muy antigua la anécdota de los tres canteros en el duro trabajo de tallar enormes piedras. Preguntado el primero sobre el sentido de su trabajo, respondió, con las sofocadas quejas de la explotación, la amargura, el castigo y la inevitabilidad. Interrogado el segundo, contestó con el «ganarás el pan con el sudor de tu frente», sin-

tiéndose orgulloso de que su esfuerzo aportase a su familia una mínima seguridad de satisfacción de las necesidades básicas. Ante la misma pregunta, el tercero, dejando por un momento de tallar la piedra respondió simplemente: estoy construyendo una catedral.

Centrarse en la tarea es tener además de un trabajo, una causa por la que vivir.

Trabajar no es sólo producir... sería la realización personal en la que la satisfacción está impresa en el mismo hecho de nacer.

Motivar para el trabajo es tener en cuenta las capacidades de cada uno y las necesidades de todos».

J. I. RODRÍGUEZ DE RIVERA. TRABAJAR O TRAJINAR

El trabajo es creativo, alegre, esforzado, comprometido con nosotros mismos y con los demás. Surge desde una motivación profunda en la que la persona siente que debe poner lo que tiene al servicio de los otros. Es calmado aunque a veces por fuera haya que ir corriendo. Es reflexivo porque se pregunta por la dirección de los pasos que da. Claro que provoca cansancio, pero un cansancio tranquilo. Se nos conoce a través de él. Nos va engrandeciendo por dentro y cada vez sentimos que tenemos más que decir y que ofrecer. Es diligente, por que la diligencia no es hacer las cosas deprisa, sino hacerlas con amor.

El trajín es agobiante, acelerado, compulsivo, hace y hace cosas sin saber a veces la razón. Se basa en el utilitarismo y en la obligación no elegida. Es agotador, estresante, resentido. Echa culpas y pone las causas de los problemas siempre en el afuera. Provoca insatisfacción y distanciamiento. Siempre pide y pide: más medios, más dinero, más prestigio, más saber. Nos impide descansar a fondo y encontrarnos con nosotros y con los otros. Nos reseca por dentro y nos deja indefensos. Nos culpabiliza.

EL TRABAJO CREATIVO. SÍMBOLO DE MADUREZ PERSONAL

El éxito y el sentido del trabajo es sin duda una de las notas de la persona madura e integrada, es la gran pregunta que acompaña las crisis de crecimiento y madurez. Vamos a tomar la opinión de algunos psicólogos desde el padre del psicoanálisis a los representantes del humanismo.

S. FREUD

Sabemos que su teoría surge de la parte más conflictiva de la persona, pero sí afirma que es madura aquella capaz de «amar y trabajar».

El éxito y el sentido del trabajo es sin duda una de las notas de la persona madura e integrada.

La persona sana tiene un yo fuerte, basado en el principio de la realidad más que en el principio del placer. Este estar en contacto con la realidad es lo que le da la capacidad de trabajo. También considera importante la autonomía, como la posibilidad de ser uno mismo, frente a las influencias externas.

A. MASLOW

El famoso autor del Modelo de la jerarquía de necesidades, nos habla de las personas autorrealizadas, citando las siguientes características que tienen que ver con el trabajo:

- *Eficiente percepción de la realidad:* es objetiva y no ve el mundo a través de sus deseos.
- *Se acepta a sí mismo y a los demás como son:* «no se queja porque el agua esté mojada o las rocas duras».
- *Centro de atención fuera de ellos mismos:* se dedican al trabajo desde la vocación.
- *Funcionamiento autónomo:* no dependen angustiosamente de los demás.
- *Interés social:* sienten empatía, son cercanos a los otros.
- *Distinguen entre medios y fines:* sentido ético.
- *Sentido del humor no cáustico:* saben reírse de ellos mismos.
- *Creatividad:* son originales e imaginativos.

E. FROMM

«Somos lo que tenemos que ser de acuerdo con la sociedad en que vivimos».

Este autor nos habla de la persona sana como de aquella con una orientación productiva, que es capaz de comunicarse con los demás, amar, pensar desde la inteligencia y la razón y tener una conciencia basada en sus criterios internos.

Cita las siguientes orientaciones *no productivas*:

- *Receptiva:* pasivo, sin iniciativa, servil, sin auto confianza, cobarde, decide siempre desde su deseo, muy influenciable.
- *Explotadora:* agresiva, egocéntrica, arrogante, apresurada.

- *Ahorradora:* suspicaz, tacaña, testaruda, posesiva.
- *Mercantilista:* oportunista, sin principios ni valores, hiperactiva, incapaz de estar sola, indiferente, despilfarradora.

No nos quedarán muy lejos estos rasgos cuando pensamos en los momentos de agobio y de estrés laboral, a veces nos podemos sorprender actuando así, aunque por dentro no creamos que es lo que mejor nos deja.

V. FRANKL

Desde su tremenda experiencia vital en un campo de concentración nazi este autor funda la logoterapia, la terapia del sentido de la vida. A la persona sana le da el nombre de *autotranscendida*. Y, en lo que tiene que ver con el trabajo, la define de la siguiente manera:

- Escoge su propio camino de acción.
- Son responsables del curso de su conducta y de las actitudes que toman ante el destino.
- Han encontrado sentido a su vida.
- Son capaces de manifestar valores experienciales.
- Orientados hacia el futuro.
- Dedicados al trabajo con creatividad.
- Capaces de dar y recibir amor.

ECHANDO LA VISTA ATRÁS: ¿QUÉ NOS LLEVÓ A ESTA PROFESIÓN?

ANÁLISIS DE LAS MOTIVACIONES. ¿DESDE DÓNDE ELEGIMOS?

Preguntarnos por nuestra motivación, nos pone en la pista de explicar nuestra conducta. No pocas veces nos sorprendemos con lo desconcertante de nuestro comportamiento y tal vez no siempre nos dediquemos el tiempo suficiente para saber la causa. Nuestro mundo acelerado no facilita esta tarea y late el peligro de la alienación, de hacemos extraños a nosotros mismos, al arbitrio de las circunstancias externas.

Toma el Prof. Fernández-Martos la imagen de Pascal de «ir corriendo detrás de una liebre», ansiosos y acelerados, incluso obsesionados para conseguir un objetivo, que en muchos casos ni siquiera hemos elegido desde dentro. Tal vez nos lo han puesto delante, sin nosotros saberlo y dedicamos nuestros afanes a atraparlo.

Elegir una profesión como las nuestras tiene mucho de interno, de proyecto ilusionado, de actitud de entrega y de ganas de mejorar la vida de los otros. Tiene mucho de vocación, entendiendo por ésta la escucha de lo afectivo, de las ilusiones, de los sueños.

Elegir una profesión como las nuestras tiene mucho de interno, de proyecto ilusionado, de actitud de entrega y de ganas de mejorar la vida de los otros. Tiene mucho de vocación.

Si ahora intentamos nosotros, ya profesionales con cierta experiencia de ponernos en nuestra piel de aquel momento en el que elegimos: ¿qué nos saldría?

Se puede elegir desde lo racional: mis aptitudes, mi capacidad de trabajo, la posibilidad de encontrar un buen empleo, etc. Se puede elegir desde lo afectivo. Lo que sueño, lo que deseo, mis ganas de ayudar, mi ternura y disponibilidad, etc. Parece que las elecciones correctas irían en la línea de combinar ambas cosas, pero no parece tarea fácil.

Todos los años en nuestra Escuela, por esta época, nos enfrentamos a la tarea de entrevistar a los estudiantes que quieren ser enfermeros o fisioterapeutas. Tengo la sensación de que en sus motivaciones para elegir estas carreras, escuchamos más los argumentos afectivos: «quiero ayudar a los demás» podría ser la frase que resumiera tantas y tantas entrevistas, en las que contemplamos los ojos ilusionados de los alumnos y también la frustración anticipada por si no lo pueden conseguir.

Muchos parten de experiencias personales con el mundo de la enfermedad: yo estuve enfermo, o mi amigo, o quiero dedicarme a esto desde que cuidé a un familiar, etc. No deja de llamar la atención, el que proviniendo algunos de familias de sanitarios, éstos se lo desaconsejan por la dureza del trabajo, sin embargo creo que no sólo es este el mensaje que integran en el fondo y se sienten «enganchados» hacia esa hermosa aventura de acompañar a los otros en la brecha que la enfermedad abre en sus vidas.

Al cabo de los años, si tenemos la suerte de volverlos a ver, empezamos a escuchar: la dureza de los turnos, el poco sueldo, la falta de oportunidades de promoción, el sentimiento de que no se puede hacer nada en un sistema saturado de demandas, etc... puede que se hayan quemado.

LO QUE ECHAMOS DE MENOS: ¿DÓNDE ESTÁ?

Si desde la Psicología del trabajo nos preguntamos por la falta de motivación, volveríamos al planteamiento expresado anteriormente: ¿está en lo racional o en lo afectivo?

No parece que nos cuestionemos nuestras aptitudes para realizar el trabajo, no parece ser problema el no saber aplicar una determinada técnica, más bien parece que son nuestras reservas emocionales, de ilusión y de energía positiva las que a veces sentimos que se agotan.

No parece que nos cuestionemos nuestras aptitudes para realizar el trabajo más bien parece que son nuestras reservas emocionales las que a veces sentimos que se agotan.

¿ESTAMOS SATISFECHOS O INSATISFECHOS? EL SÍNDROME DEL BURNOUT

Siguiendo a Rodríguez Marín (1995), definimos el burnout como «un síndrome que se manifiesta por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento personal».

El *agotamiento emocional*, se refiere a una reducción de nuestros recursos emocionales y el sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás.

La *despersonalización* se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los receptores de nuestros servicios y hacia nuestros colegas, que nos puede conducir a considerar que ellos son la fuente de nuestros problemas. Se asocia con una actitud cínica e impersonal, con el aislamiento de los demás, con el uso de etiquetas despectivas para calificar a los otros y con el intento de culpabilizarlos de nuestro fracaso y del escaso cumplimiento de nuestro compromiso laboral.

La *disminución en el rendimiento personal*, estriba en la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con sentimientos de fracaso y de baja autoestima. También se refiere a la discrepancia entre lo que hacemos y lo que creemos que deberíamos hacer. Esto a veces se encubre con una actitud de omnipotencia.

Se puede considerar el burnout como una forma de afrontar el estrés que se genera en la relación con los pacientes o receptores de nuestros servicios.

Desde otro ángulo, se puede considerar el burnout como una forma de afrontar el estrés que se genera en la relación con los pacientes o receptores de nuestros servicios y en la relación del trabajador con la organización a la que pertenece.

Las investigaciones pioneras sobre el burnout han sido realizadas por Maslach y Jackson desde 1976 a 1982 y ponen de manifiesto que este «estar quemado» es la respuesta a fuentes de estrés crónico que nacen de las relaciones sociales entre proveedores de servicios y receptores de los mismos. Se trata de un síndrome característico de las «profesiones de ayuda» como son la enseñanza, la seguridad pública, el trabajo social y los profesionales sanitarios. (García, 1990).

LAS CAUSAS: ¿DÓNDE ESTÁ EL FUEGO?

En nuestro ambiente laboral

Cuando nuestra relación con los pacientes falla, es frecuente que les culpabilicemos a ellos, esto justifica un cierto resentimiento y explica la «deshumanización de la relación».

También ocurre que sea el propio profesional el que empiece a sentir que no vale para hacer esa tarea y vaya perdiendo la confianza en sí mismo y en su capacidad para trabajar en grupo.

En ambos casos, nos estamos olvidando de la influencia de las variables situacionales, estas las podemos concretar en las siguientes:

- **Contacto con otras personas:** es una situación muy exigente emocionalmente, de forma que cuanto mayor tiempo se dedica, mayor es el riesgo de agotamiento emocional. Se observa como aquellos profesionales que comparten su dedicación con la docencia o la investigación, se agotan menos. Los sentimientos del paciente, su miedo, su angustia, su demanda de información o el incumplimiento de las prescripciones, nos contagia en nuestros afectos.
- **Naturaleza de la enfermedad:** aquellas más graves por sus síntomas o su pronóstico son las que más agotan al profesional.

- **Problemas de comunicación con los pacientes:** las dificultades de un paciente para comunicarse, nos hace difícil nuestra propia comunicación con él. Esto es claro cuando hay que dar malas noticias, donde el peso emocional se encuentra en los dos lados de la interacción.
- **Necesidad de tratar con los familiares del paciente:** a veces se ve como una carga extra. No podemos olvidar que cuando alguien enferma, también lo hace todo su sistema familiar y las distintas posiciones ante dicha enfermedad, hacen a veces difícil la intervención. Una persona en conflicto es una familia en conflicto, y para nosotros puede ser un proceso sobrecargado.
- **Frustración relativa:** se trata de diferenciar entre las expectativas de éxito y el éxito conseguido. La frustración está directamente relacionada con el estrés. Vemos como en los primeros años de ejercicio profesional, la desilusión es el resultado de fracasos auto percibidos por manejar expectativas poco realistas como curar, salvar la vida, etc.
- **Conflicto y ambigüedad de rol:** el conflicto se da debido a que muchas veces es difícil tener claro cual es el lugar dentro del sistema, esto pasa sobre todo en enfermería donde las funciones de médicos, auxiliares, etc., nos colocan en un lugar incómodo e inseguro.
La ambigüedad de rol, tal como señala Peiró (1992), genera ansiedad, depresión, fatiga y quejas somáticas. Los marcos laborales ambiguos presentan dos carencias fundamentales de información: la que se refiere a cuales deben ser *las tareas* que la persona realice y la que tiene que ver con cual es *la evaluación* que se hace del trabajo que realiza esta persona. Si esto ocurre así, la queja será generalizada tanto en aspectos laborales como personales.
- **Oportunidad para el control:** se centra en las siguientes áreas:
 - Escasa posibilidad de controlar su tarea en cuanto a planificación o medios a utilizar, así como otros aspectos relativos al salario, horarios o beneficios sociales.
 - Poca probabilidad de predecir los resultados de su trabajo: no se cuenta a veces con los medios suficientes para controlar la enfermedad, o incluso es el propio paciente el que no cumple las prescripciones.
 - Estar sometido a diversas líneas de autoridad, con poca capacidad para tomar decisiones.

En nosotros mismos

Según los estudios que se realizan en el ámbito de la Psicología del Trabajo, existen una serie de condiciones personales que están a la base de la satisfacción o la insatisfacción laboral. Vamos a citar algunas de ellas.

La edad

Parece que la satisfacción tiene una relación directa con la edad, hasta los años inmediatamente anteriores a la jubilación; siendo las puntuaciones más bajas las que corresponden a las personas más jóvenes.

Muchos jóvenes después de la gratificación por haber terminado sus estudios y la alegría por haber logrado su primer empleo, se sienten frustrados al ver la realidad. No pueden asumir responsabilidades, aplicar los conocimientos adquiridos, dependen de personas a las que consideran con menor formación, se viven apesados en estructuras rígidas y también se queman por contagio.

Igualmente, cuando alguien ve el final de su vida profesional, puede sentir el cansancio y la sensación de que no ha logrado realizar sus sueños. Con frecuencia se ven apartados de los puestos de responsabilidad donde se valoran a los más jóvenes y pueden sentir que su experiencia no es importante por el avance de los conocimientos y el uso de otras técnicas. Esto es especialmente claro en aquellos trabajadores que no han seguido una formación continua.

El sexo

Tradicionalmente se ha supuesto que los niveles de satisfacción eran más bajos en mujeres. Esto es especialmente aplicable al caso de mujeres casadas con hijos pequeños donde la necesidad de compatibilizar su trabajo con roles de esposa y madre las carga de tensión y a veces de falta de compromiso afectivo con su tarea. Otros factores pueden ser, los menores ingresos, la realización de trabajos menos gratificantes, la poca posibilidad que acceder a puestos de responsabilidad y la menor motivación al logro o a la formación continuada, por tener su centro de interés fuera de su labor profesional.

Es curioso observar en profesiones mayoritariamente femeninas, los puestos de poder pueden estar ocupados por hombres.

Los estudios sobre absentismo indican que las mujeres son más absentistas que los hombres, pero no debido a circunstancias personales de ellas, sino a otras responsabilidades sociales: enfermedad de los hijos, de otras personas a su cuidado, etc.

En los modelos explicativos de la depresión, como el de Beck, figura la circunstancia de ser mujer y tener dos hijos menores de 14 años, como factor de propensión a padecer esta enfermedad, así como la falta de apoyo social.

Inteligencia

No es en sí misma un factor de satisfacción o de insatisfacción, sino que influye en la medida en que su nivel no se corresponda con el requerido para el puesto, tanto por exceso, como por defecto.

Personalidad

La insatisfacción en el trabajo correlaciona con equilibrio emocional deficiente. Los más contentos en el trabajo son los que poseen una mejor integración emocional y a la inversa ocurre lo mismo. De igual manera, el trabajo puede generar problemas de adaptación en la persona.

Nivel de formación

Una persona bien formada tiene, por lógica, un mayor nivel de aspiraciones. Si éstas son satisfechas en su puesto de trabajo, se sentirá motivada y si no es así, su frustración será evidente.

¿CÓMO SE MIDEN NUESTRAS QUEMADURAS? CUESTIONARIO MASLACH

Tomaremos como referencia en este capítulo la obra de Gil-Monte, P. y Peiró, J. M.: «Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse» (1997).

Vemos como el instrumento que se usa con mayor frecuencia para medir el burnout es el MBI (Maslach y Jackson, 1981, 1986). Este mide los factores de: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Los tres factores han sido obtenidos en muestras de colectivos profesionales como maestros, profesionales de enfermería y profesionales sanitarios, trabajadores sociales y farmacéuticos, entre otros.

Pasamos a reproducir el cuestionario:

Es una escala tipo Likert de 22 ítems que se califica de 0 a 6 con puntuaciones que van desde Nunca (0), Alguna vez al año (1), Una vez al mes o menos (2), Algunas veces al mes (3), Una vez por semana (4), Algunas veces por semana (5) y Todos los días (6).

1. EE. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.
2. EE. Al final de la jornada me siento agotado.
3. EE. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.
4. PA. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.
5. D. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.
6. EE. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.
7. PA. me enfrento muy bien con los problemas que me plantean mis pacientes.
8. EE. Me siento quemado por mi trabajo.
9. PA. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.
10. D. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.

11. D. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. PA. Me encuentro con mucha vitalidad.
13. EE. Me siento frustrado por mi trabajo.
14. EE. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.
15. D. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.
16. EE. Trabajar en contacto directo con los pacientes, me produce bastante estrés.
17. PA. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.
18. PA. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.
19. PA. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.
20. EE. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.
21. PA. Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.
22. D. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.

Observamos que, así como en las subescalas de agotamiento emocional (EE) y despersonalización (D), altas puntuaciones corresponden a sentimientos de quemarse en la subescala de realización personal (PA), sería al contrario.

CONSECUENCIAS DEL ESCOZOR: ¿CÓMO NOS DUELE?

Vamos a ver las principales consecuencias del estrés laboral que se asocian al síndrome de quemarse en el trabajo (Gil-Monte, P. y Peiró, J. M., 1997).

- Índices emocionales.
 - Sentimientos de soledad.
 - Sentimientos de alienación.
 - Ansiedad.
 - Sentimientos de impotencia.
 - Sentimientos de omnipotencia.
- Índices actitudinales.
 - No verbalizar.
 - Cinismo.
 - Apatía.
 - Hostilidad.
 - Susplicacia.

- Índices conductuales.
 - Agresividad.
 - Aislamiento del sujeto.
 - Cambios bruscos de humor.
 - Enfado frecuente.
 - Irritabilidad.
- Índices psicósomáticos.
 - Dolor precordial y palpitaciones.
 - Hipertensión.
 - Crisis asmáticas.
 - Catarros frecuentes.
 - Mayor frecuencia de infecciones.
 - Aparición de alergias.
 - Dolores cervicales y de espalda.
 - Fatiga.
 - Alteraciones menstruales.
 - Úlcera gastroduodenal.
 - Diarrea.
 - Jaqueca.
 - Insomnio.

ESTAMOS QUEMADOS. Y AHORA... ¿QUÉ?

Las estrategias de intervención, tal como indica Phillips (1984) deben partir de saber las manifestaciones del síndrome del quemado y ha de contemplar tres niveles:

1. Considerar los aspectos cognitivos de auto evaluación de los profesionales y el desarrollo de destrezas que les permitan mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia o neutralizar las consecuencias.
2. Potenciar la formación de habilidades sociales y de apoyo social de los equipos.
3. Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional.

Es interesante aclarar el concepto de afrontamiento, Lazarus y Folkman (1986), lo definen como: «aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas hilo internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo».

Desde otro enfoque se define como: «aquel conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, y por tanto, reducen el estrés».

Recursos individuales

Entrenamiento en solución de problemas

D'Zurilla y Goldfried en 1971, exponen esta técnica como un medio para ayudar a las personas a resolver problemas y tomar decisiones más adecuadas. Para ello

se facilita el reconocimiento del problema y su identificación, inhibiendo la tendencia a responder impulsivamente y facilitando alternativas a la situación.

Se plantean los siguientes pasos:

1. Cada persona debe reflexionar sobre cuál es su problema. Para ello se le pide que identifique un estresor y que analice sus efectos con detalle.
2. Se trata de que la persona averigüe lo que está dispuesta a hacer para resolver su problema. Se deben formular objetivos reales para ello y que los formule en términos conductuales.
3. Se pide que se generen soluciones, sin entrar en su atractivo o viabilidad.
4. Evaluación de las consecuencias de algunas de las soluciones eficaces identificadas.
5. Delimitar la solución elegida y analizarla.
6. Llevarla a la práctica.
7. Evaluación de la alternativa para ver si con ella se ha llegado a la consecución de los objetivos.

Entrenamiento en asertividad

Definimos la conducta asertiva como «*la expresión directa, honesta y apropiada de sentimientos, pensamientos, deseos y necesidades, sin manipular a los demás y sin dejarse manipular por ellos*».

Cuando falta esta destreza en el marco laboral aparece el sentimiento de enfado y la necesidad de retirarse de la situación. La persona asertiva es abierta, flexible y respetuosa con los derechos de los demás, al tiempo que es capaz de reclamar los propios.

Ser asertivo significa el tener derecho a equivocarse, tener derecho a considerar las propias necesidades y considerarlas tan importantes como las de los demás, decir no sin sentirse culpable, expresarse sin agresividad y saber juzgar las conductas propias, pensamientos y emociones, asumiendo las consecuencias.

El entrenamiento en asertividad, sigue las siguientes fases:

1. Discusión del papel que las creencias y actitudes que el sujeto tiene sobre sí mismo.
2. Identificar situaciones mediante juegos de roles, ofreciendo ejemplos de conductas asertivas.
3. Práctica de la conducta asertiva y observación de consecuencias.

Sutherland y Cooper (1990), señalan que muchos de los problemas en el trabajo, tienen que ver con la falta de asertividad en las relaciones de la persona con compañeros, supervisores y subordinados. Esto da lugar a prolongación del horario de trabajo y sobrecarga laboral y puede generar también un conjunto de actividades contraproductivas para el sujeto y para la organización.

Entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz

Los objetivos son:

- Establecer prioridades para las actividades importantes que se deben realizar en horario disponible.
- Aumentar la cantidad de tiempo disponible para atender las actividades prioritarias.
- Reducir la percepción y frecuencia de las condiciones laborales de urgencia.
 1. Para el primer objetivo los participantes traen a la sesión una lista de sus objetivos personales, tanto laborales como no laborales. Estos son discutidos en términos de compromiso, importancia y actividades a realizar. Se analizan las actividades diarias de las personas en términos de tiempo consumido y progresos logrados en la realización de sus tareas en el trabajo.
 2. Para alcanzar el segundo objetivo del programa los participantes identifican momentos y actividades que no contribuyen a conseguir objetivos laborales. A este respecto a veces ayuda caer en la cuenta de las posibilidades de delegar actividades entre compañeros o subordinados.
 3. Respecto a la forma de percibir las situaciones de urgencia en el trabajo, hay que analizar las siguientes cuestiones:
 - ¿Qué actividades de urgencia son exigidas por su trabajo con razones válidas?
 - ¿Qué fuentes de urgencia no son exigidas por su trabajo, pero son realmente urgentes?
 - ¿Qué se puede hacer personalmente para mejorar el control de las situaciones urgentes?

Las respuestas se discuten en pequeños grupos para compartir actitudes, creencias y sentimientos y elaborar planes de acción que permita un manejo más eficaz del tiempo. Según Maslach (1982), cuando los profesionales, se ven superados por el trabajo, una respuesta común es trabajar más duro en un intento de superar el retraso y volver a controlar las cosas.

En la medida en que, en la mayoría de los casos, es imposible remontar el retraso en el trabajo, suele aparecer con mucha frecuencia un sentimiento de frustración, fracaso personal y baja percepción de realización personal en el trabajo.

El hecho, frecuente en estas profesiones, de tener que ver a más gente y pasar más tiempo con personas con problemas aumenta el agotamiento emocional y actitudes de despersonalización. La solución es tomarse momentos de respiro y sobre todo, fijarse objetivos realistas.

Zastrow (1984) indica que las personas quemadas por el trabajo son profesionales que sienten que tienen que hacer demasiadas cosas sin tiempo para hacerlas.

Otras estrategias de afrontamiento individual

- Aumentar la competencia profesional: asistiendo a cursos jornadas de trabajo, congresos, revisando literatura, etc.

- Rediseño en la realización de las tareas: tratar de hacer las cosas de forma diferente.
- Distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral.
- Hacer ejercicio físico.
- Practicar relajación.
- Dedicarse a cultivar las aficiones.
- Hacer descansos: para enfriar las emociones.
- Valorar la experiencia de trabajadores más antiguos.

Los recursos grupales

La estrategia básica es fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. A través del apoyo social en el trabajo los sujetos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de las tareas y consiguen apoyo emocional.

El apoyo social en el trabajo permite prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los estresores y sus efectos.

Cobb (1976) define el apoyo social como: *la información que permite a las personas creer que: otros se preocupan por ellos, son estimados y valorados y pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutua.*

En relación al síndrome de quemarse por el trabajo, Pines (1983), distingue seis formas de ofrecer apoyo social en el trabajo:

1. Escuchar de forma activa, sin dar consejos ni juzgar sus acciones.
2. Dar apoyo técnico en el sentido de que un compañero experto le confirme al sujeto que está haciendo las cosas bien.
3. Crear en el profesional necesidades y pensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo por parte de aquellos profesionales expertos.
4. Apoyo emocional entendido por apoyo incondicional.
5. Apoyo emocional desafiante, que haga reflexionar al sujeto sobre si realmente ha agotado todas las posibles soluciones, que le hagan replantearse las atribuciones hechas sobre el resultado de su tarea,
6. Participar en la realidad social del sujeto, confirmando o cuestionándole las creencias sobre sí mismo.

Taerk (1992) presenta un programa de apoyo social, con profesionales de enfermería de una sala de oncología, desarrollado durante dos años a razón de dos sesiones a la semana. Los objetivos del grupo se dirigieron a identificar pacientes con actitudes negativas hacia los profesionales, desarrollar estrategias para esos pacientes, facilitar la comunicación entre las enfermeras y los

El apoyo social aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional, y mejora las actitudes negativas del sujeto hacia los demás.

profesionales de otras salas, disponer de un lugar de encuentro para compartir experiencias, contar y escuchar los problemas y sentimientos de los profesionales y analizar las reacciones de contratrasferencia que dificultan los cuidados adecuados a los pacientes. Al final del programa, los sujetos informaron de que había mejorado el ambiente, disminuido la ansiedad, la impotencia, la culpa y el abandono de los profesionales.

Hobfoll y Freedy (1993) presentan los resultados de un estudio de intervención para prevenir el síndrome en profesionales de enfermería. Se establecieron dos grupos: en uno de ellos se intervino sólo en el ámbito de la cualificación del profesional, mientras que en el otro se mejoraron aspectos de cualificación profesional y de apoyo social en el trabajo y la familia. En este último grupo los participantes fueron animados a trabajar juntos y a analizar los problemas de su entorno laboral que no podían ser cambiados con acciones personales. Es claro que en el segundo grupo, los efectos positivos del programa se mantuvieron durante mucho más tiempo.

Otra forma de desarrollar el apoyo social en el trabajo es fomentar y entrenar a los compañeros y supervisores en dar «retroinformación» (feed-back). A través de esta acción se facilita a la persona información sobre cómo son percibidos, entendidos y vividos sus modos de comportamiento con los demás. Esto permite corregir comportamientos que no favorecen el progreso del sujeto ni del grupo, aclara las relaciones entre personas y ayuda a comprender mejor a los otros, logrando aprender unos de otros. El objetivo de la retroinformación es describir el comportamiento real, tal y como se ha visto.

Matteson e Ivancevich (1987), indican que los profesionales de ayuda no siempre conocen cómo afecta su trabajo a las personas para las que trabajan, ignoran en qué grado contribuyen a su progreso o bienestar, a veces lo único que reciben es el testimonio de alguna persona que ha resuelto su problema y a la que no se vuelve a ver. Por el contrario, escuchan más a menudo críticas sobre la mala ejecución y sobre la falta de satisfacción de sus clientes.

Para resumir, podemos decir que el apoyo social aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional, y mejora las actitudes negativas del sujeto hacia los demás.

CONCLUSIONES. DÁNDONOS ÁNIMO PARA SEGUIR CAMINANDO

Parece que lo tenemos ciertamente difícil. Muchos son los expertos y las voces autorizadas que nos dicen que nuestro trabajo es de «alto riesgo emocional». Sin duda tienen razón y sus datos están basados en rigurosas y académicas investigaciones.

Pero, por suerte hay algo que se les escapa, que no miden los cuestionarios y que no suele aparecer en las entrevistas estructuradas a los empleados: es la fuerza de nuestro corazón, de nuestras ganas de hacer cosas por los demás, de aquella energía altruista y maravillosa que un buen día dirigió nuestros pasos hacia una Escuela de Enfermería, de Fisioterapia, de cualquier profesión de ayuda para convertirnos en eficaces acompañantes de esa persona que sufre y que nos necesita.

¿Qué querrá decir el hecho de que los ejecutivos de la ciudad de Nueva York tengan como libro de consulta «El arte de la prudencia» de Baltasar Gracián? Después de hacer su carrera, su master, sus prácticas dirigidas en los diferentes departamentos de las grandes compañías, ¿qué le dice a ese hombre de hoy alguien que reflexionó sobre el trabajo en 1647? Tal vez sea esa llamada a la reflexión, a pararnos y hacer un poco de silencio para encontrar el sentido a la tarea de cada día y tal vez sea el abandono de esto lo que nos tiene tan confundidos y estresados.

Terminaría con un pequeño relato, inspirado en el de los tres canteros que hemos citado antes:

«Preguntados tres profesionales sanitarios sobre el sentido de su trabajo, nos encontramos con muy diversos argumentos. El primero respondió desde el estrés y la angustia, desde la impotencia y la ansiedad de estar en permanente contacto con el dolor y la muerte, desde los malos horarios, el bajo sueldo, los costes familiares, la falta de oportunidades de promoción. El segundo nos contó que al menos tenía un empleo, que aunque no bueno, le permitía vivir, teniendo en cuenta las altas tasas de desempleo

en su profesión. El tercero, nos miró a los ojos, tal vez cansado o triste por la mala evolución de algún paciente, y, sin negar el esfuerzo y el sacrificio, pero con tierna sonrisa, dijo: estoy acompañando a las personas en la brecha que en su vida ha abierto, la enfermedad y el dolor, la soledad y la marginación y trato de llevarles de la mano por ese camino hasta que recuperen su salud o hasta que mueran».

BIBLIOGRAFÍA

- BLAKE, R. *El Trabajo en equipo*. Deusto. Bilbao. (1993).
- CASTANYER, O. *La asertividad. Expresión de una sana autoestima*. Ed. Descleé de Brouwer. Bilbao. (1996).
- GAUGELIN, F. *Saber comunicarse*. Mensajero. Madrid. (1982).
- GARCÍA-MONGE, J. A. *Treinta palabras para la madurez*. Ed. Descleé de Brouwer, S.A. Bilbao. (1998).
- GIL RODRÍGUEZ, F; GARCIA SAIZ, M; RODA FERNÁNDEZ, R Y RODRÍGUEZ MAZO, F. *Prácticas de psicología de los grupos*. Ed. Pirámide. Madrid. (1999).
- GIL-MONTE, P. Y PEIRÓ, J.M. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Ed. Síntesis.S.A. Madrid. (1997).
- GIBRAN, K. *Obra Completa*. Adiax. S.A. (1979).
- GRACIÁN, B. *El arte de la prudencia. Cómo andar por el camino del éxito*. Ed. Temas de hoy. (1998).
- MORALES, J. F; PÁEZ, D; DESCHAMPS, J.C. Y WORCHEL, S. *Identidad social. Aproximaciones psicosociales a los grupos y a las relaciones entre grupos*. Promolibro. Valencia. (1996).
- RODRÍGUEZ MARÍN, J. *Psicología social de la salud*. Ed. Síntesis S.A. (1995).
- SCHULTZ, D. P. *Psicología Industrial*. Ed. McGraw-Hill. Interamericana de México. S.A. (1991).

La vida y la obra del padre Pierluigi Marchesi

JOSÉ LUIS REDRADO, O.H.

Obispo Titular de Ofena
Secretario del Pontificio Consejo
para la Pastoral de la Salud



Pierluigi Marchesi.

Mons. Redrado participó el 26 de octubre de 2002 en una jornada celebrada en Milán en memoria del P. Pierluigi Marchesi, fallecido en marzo del mismo año.

El Hno. Marchesi, conocido por su intensa labor en el campo de la humanización de la medicina, ha sido definido como el «profeta de la hospitalidad».

El Hno. Redrado, que compartió profesión y servicio además de una gran amistad, nos ofrece esta semblanza de Pierluigi Marchesi dividida en tres partes: una breve mención biográfica, los hechos principales de su generalado y, finalmente, los valores, su dimensión humana y religiosa.

No es fácil hablar de hombres y religiosos como el P. Marchesi, volcán apasionado del hombre enfermo a quien amó y defendió intensamente, con inteligencia y elevado sentido de responsabilidad.

No es fácil hablar del P. Marchesi, religioso con una visión anticipadora de los problemas sociales y eclesiales. No es fácil hablar cuando el «personaje» tuvo el carisma de la hospitalidad viva y por tanto creador, inventor; cuando el «personaje» fue profeta en la hospitalidad, aunque esto fuera reconocido sólo después de su muerte; como sabemos, mientras vive el profeta es incómodo, es acogido solamente fuera y no «en su patria». El profeta debe morir para ser reconocido; esto ha sucedido con el P. Marchesi. Así sucedió con los profetas del Antiguo Testamento; lo mismo sucedió en el Nuevo Testamento con la figura de Jesús de Nazaret; así sucede con toda la historia de la Iglesia, en el presente y también lo será en el futuro.

Esta jornada me llena de alegría, precisamente por el recuerdo del P. Marchesi. He preparado mi intervención con mucho afecto, con mucho amor; con el mismo afecto y admiración que tuve hacia él cuando estaba vivo.

NOTAS BIOGRÁFICAS DEL HNO. PIERLUIGI MARCHESI

El Hno. Pierluigi Marchesi nace en Cardano al Campo (VA) el 22 de marzo de 1929. Aún joven, en 1940 entra en el Aspirantado de la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios en la ciudad de Brescia.

En 1946, profesa los votos simples de castidad, obediencia y hospitalidad y los Votos Solemnes el 30 de marzo de 1953. Desempeña el cargo de Secretario Provincial, de Superior, de Consejero Provincial y de Provincial de la Provincia Lombardo-Veneta, servicio que presta de 1968 a 1976. El Capítulo General de 1976 lo elige Superior General y permanecerá como guía de la Orden durante dos sexenios, hasta 1988.

En el momento de su muerte es Consejero Provincial y Responsable del Centro de Estudios y Formación de su Provincia Religiosa. También a nivel eclesial el P. Pierluigi proporciona su sabio aporte: desde 1986 es Miembro del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios; asimismo, tiene el cargo de Presidente de la Asociación de Hospitales Católicos y, en el desempeño de esta función, es delegado de la Santa Sede en calidad de su representante ante importantes congresos y encuentros internacionales.

Durante su servicio como General, da un considerable impulso a la renovación post-conciliar mediante importantes documentos e incisivos discursos que marcan profundamente la vida de la Orden y del mundo de la salud.

HECHOS SALIENTES DE SU GENERALADO (1976-1988)

De las notas biográficas se nota la cantidad de cargos que el P. Marchesi ha desempeñado en la Orden. En términos humanos podemos decir que llega a un alto, rápido y prestigioso nivel, aunque en la vida religiosa la medida del «lugar de trabajo» no se basa en cálculos humanos y sociales, sino en cálculos de fe; por tanto, el que está «más arriba», debe ser más servidor, tal como enseña Jesús en el Evangelio, y El mismo lo hizo para darnos un ejemplo de servicio.

Si es verdad que el árbol se reconoce por sus frutos, ciertamente podemos decir que en el desarrollo de sus funciones el P. Marchesi manifiesta que la obediencia le ha confiado un servicio apasionado en favor del hombre, del hombre enfermo; a él le dedica tiempo, inteligencia, palabras y acciones.

Y precisamente, cuando ha ejercido el máximo cargo en la Orden, doce años como Superior General ha puesto todas sus energías al servicio del carisma y la misión en la hospitalidad, dirigidas sobre todo a la renovación de la Orden, a la Pastoral, a la Formación, a la Humanización, a la Alianza con los laicos, a la mirada hacia el 2000 e incluso una fuerte toma de conciencia y apertura a la Iglesia universal como se puede notar de manera particular cuando el Santo Padre lo nombra auditor del Sínodo dedicado a la reconciliación, año 1983, y por el protagonismo que asume cuando se instituye el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud.

Quisiera detenerme brevemente en estos hechos centrales de su generalado, que constituyen una parte importante de la vida y la obra del P. Marchesi, para subrayar los puntos salientes, convencido por cierto de que cada uno de ellos tendría necesidad de mayor profundización.

Estos son los momentos principales de impulso durante el generalado del P. Marchesi que supo servirse de la fuerza de slogan como:

- Renovarse para humanizar.
- Humanizarse para humanizar.
- El enfermo es nuestro patrón, nuestra escuela, nuestra universidad.

Comienza su camino duro, lento, difícil, «impopular», no siempre bien acogido; lo sabía él mismo, no lo escondía y lo manifiesta así: «*Ser Superior General de una Orden religiosa significa tener el deber de la profesión, a costo de ser impopulares y tener enemigos*» (cfr. *Per un ospedale più umano*. Ed. Paoline. «Premisa»).

Pero veamos los momentos principales:

Reunión internacional para la «renovación en la hospitalidad»

(Roma, 26 octubre - 2 noviembre 1977): se nombran dos comisiones de estudio, la Comisión H, referente a la

hospitalidad, y la Comisión R para organizar los cursos de renovación.

Encuentro del Definitorio General, Provincial y Presidentes de las dos comisiones

(Granada, 7-15 marzo 1978), en el que se aprueba el proceso a seguirse para la renovación.

Curso de renovación

La Orden vive intensamente un período de renovación que, en lo que se refiere a los «cursos», se realiza a partir de noviembre de 1978, mes en que se celebra el Encuentro Internacional para «Animadores» de los Cursos, hasta noviembre de 1979, mes en que se inicia el Capítulo Extraordinario. Fue un momento entusiasmante que, por cierto, dio buenos resultados. Todos esperaban este momento tan importante para toda la Orden. Yo mismo lo experimenté haciendo el curso y luego impartiendo en las provincias españolas, italianas y portuguesa. Una experiencia inolvidable. Se trató de un momento del Espíritu que invadía en toda la Orden.

Encuentro de los Formadores

(Roma, 9-20 abril 1979): los responsables de la formación elaboran un Plan de Formación para la Orden que será aprobado por el Capítulo general. Es el punto de partida para el Secretariado General de Formación que, desde ese momento realiza un largo camino, a veces lento y fatigoso, pero que está dando considerables frutos. La publicación del libro: «*La formazione del Fatebenefratello*» (La formación del Hermano de San Juan de Dios) es el punto de arranque y de referencia para aplicar los «principios, objetivos y criterios» que cada Provincia o Viceprovincia adapta a su realidad concreta. La formación de nuestra Orden está garantizada hoy por la comunión en la unidad y en el respeto de las peculiaridades locales.

Comisión Internacional de Pastoral Sanitaria

Su institución fue casi un mandato del Capítulo General de 1976, con la finalidad de hacer una reflexión profundizada en torno a la Pastoral en toda la Orden. Se trata de un instrumento más que la Curia General tiene a su disposición para el Servicio de la Renovación. Y nos pusimos a trabajar, lo digo con orgullo sano. El motor fue el P. Marchesi, y yo, en calidad de Presidente de la Comisión junto con los primeros miembros de ella comenzamos responsablemente nuestro deber. El primer encuentro es presidido por el P. Marchesi en Roma; aquí se organiza la Comisión y el trabajo a desarrollar: obje-

tivos, estructura, metodología. La reflexión y la animación constituyen los puntos salientes, las tareas de la Comisión.

He aquí algunas fechas y lugares de encuentro:

Primera etapa de la Comisión (1978 - 1983):

- **Barcelona:** (28 abril - 2 mayo 1979): una fecha histórica; se abren nuevos caminos para la Pastoral sanitaria, la Pastoral sanitaria un tema para la historia. Es el primer encuentro internacional con la presencia del P. General (cfr. Documentación en la Revista: «Información y Noticias» n. 62/1979).
- Luego, la Comisión comienza a viajar por todas partes:
 - **Dublín,** 27-29 agosto 1979, para los agentes de lengua inglesa.
 - **Salisburgo** (Austria), 18-19 octubre 1979.
 - **París,** marzo 1981.
 - **Los Molinos** (Madrid) 5-9 abril 1981.
 - **Monguzzo** (Milán) 21-26 marzo 1981.
 - **Latinoamérica** (México, Ecuador, Colombia, Perú) 26 julio - 6 setiembre 1981.

Este recorrido fuerte, intenso en la primera parte de vida de la Comisión, fue un momento de conocimiento de la realidad y de gran impulso para las provincias.

Segunda etapa de la Comisión o Secretariado Internacional (1984-1988).

En el acta de la primera reunión se recogen estas expresiones:

- Esta fase es una fase de estímulo, porque el secretariado está convencido de su papel como «agente de cambio». El trabajo de base que se ha realizado, junto con el alcance que tienen los esfuerzos y objetivos logrados, las nuevas Constituciones como síntesis doctrinal, el nuevo equipo y el reciente curso de noviembre para los Coordinadores de las Provincias, son la expresión de un nuevo impulso.
- A fin de que se pueda progresar de forma real y práctica, nuestra intención es trabajar según una línea que nos permita conseguir lo que deseamos. El trabajo por objetivos que nos proponemos, define ante todo los campos importantes de nuestro trabajo, realidades como la sensibilización y la formación de los agentes, la integración y la práctica pastoral.

Entre otros, los frutos de este compromiso son:

- El primer encuentro, **Roma**, abril de 1984.
- El nombramiento en cada provincia de un hermano para la animación pastoral.
- El curso de pastoral en **Roma** para los coordinadores provinciales, noviembre de 1984.

– Sigue la animación ilustrándola con programas, esquemas, encuentros lingüísticos:

- Frankfurt, 30 mayo – 1º junio 1985.
- Los Molinos (Madrid), enero 1986.
- Inglaterra, marzo 1987.

En el Capítulo general de 1988, se presenta un informe acerca de esta segunda etapa de actividad. Al poner en la balanza todo lo positivo y lo negativo, nos damos cuenta que el resultado es decididamente positivo; se trata de un paso de gigante que se realiza en la pastoral sanitaria en toda la Orden con un fuerte influjo incluso en las Iglesias locales.

También las conclusiones y las prioridades apuntan entonces a estas ideas:

- Reforzar la coordinación.
- Hacer un estilo propio de la Orden en la pastoral.
- Preparar Agentes.
- Integrar y estimular a los laicos.
- Animar la Pastoral Sanitaria en las Iglesias locales.

Como ven, se trata de un verdadero reto. Se llega a una meta muy positiva, pero queda aún mucho por hacer; es el aporte, la semilla que la pastoral ha puesto a disposición de la renovación.

Y como fruto de este trabajo pastoral se hacen también las siguientes publicaciones de parte de la Comisión:

- ¿Qué es la pastoral sanitaria?
- Pastoral de los enfermos en el hospital y en la parroquia.
- Dimensión apostólica de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

La humanización (1981)

El tema de la Humanización fue una pasión para el P. Marchesi; se orienta en primer lugar a sus religiosos y luego se transforma en un gran mensaje para los que trabajan en las estructuras sanitarias.

«Humanizarse para humanizar: la verdadera humanización presupone una alianza de amor con el hombre que sufre, un rol de servicio que se refuerza redescubriendo en lo cotidiano nuestro ser cristianos a tiempo completo».

Estos son también sus pensamientos:

- «... Un hospital humanizado debe estar abierto de par en par, transparente; debe creer en el trabajo de grupo, debe actuar la formación permanente, debe ser una casa familiar...»
- «Para el enfermo, el hospital no es el bar, el cine o el estadio; es el lugar en el que quizás no sea curado bien, sea dejado de lado, donde se puede morir...».

¡Con cuanta vibración, pasión y valor decía estas cosas! ¡Cómo animaba a la reflexión y a la alianza!

La Alianza con los laicos

Otro tema que lo apasionaba, pero que parecía tabú, sobre todo cuando de las palabras era necesario pasar a los hechos, por ejemplo para asignar cargos de mayor responsabilidad —de dirección, administración...— a los laicos, el P. Marchesi fue un anticipador.

Encuentros, congresos, fueron el gimnasio para comenzar a hacer poco a poco la Alianza.

Quisiera subrayar algunos pensamientos tomados de su informe presentado en el Congreso Internacional de colaboradores laicos, celebrado en Roma del 17 al 19 de mayo de 1988.

- «...Deberíamos hacer que nuestros cuarentamil colaboradores participen en un grado de responsabilidad mucho más profundo que el de la división de cargos y de tareas. Los corresponsables deben ser reconocidos por su capacidad autónoma de participar en un proyecto y no sólo de cumplir bajo nuestras dependencias aquellas órdenes que consideramos absolutamente válidas y que se deben actuar».
- «También nosotros, Orden de Hermanos de San Juan de Dios, debemos reconocer que estamos atrasados al igual que ciertos sectores de la Jerarquía católica, insensibles a las solicitudes que surgen del mundo de los laicos para una más profunda co-participación de la misión apostólica. A menudo somos presuntuosos, cerrados, como el médico que cree que es él el que cura, olvidándose que su tarea es la de ocuparse de un paciente, de poner en marcha el 'médico interno' presente en cada ser humano. Somos presuntuosos cuando creemos que somos los mejores, los más orientados a la hospitalidad, olvidándonos que todos podemos/debemos ser hospitalarios. Y esto se vuelve mucho más posible cuanto más admitimos nuestra herida, nuestro límite, nuestra sombra. Compartir es posible sólo después de haber admitido ser parcialmente poderosos, ser curadores 'heridos', incompletos, siguiendo el modelo inalcanzable de Aquél, Jesús, que curó no sólo la enfermedad física sino también aquella existencial».

Acerca de esta Alianza con los colaboradores —en una misión compartida— encontramos numerosas referencias en su libro «Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000», en particular los números que van del 66 al 72, donde se proponen estas tres ideas fundamentales:

- Integrar y crear un laicado con la mente y el corazón capaz de asegurar el espíritu en nuestros centros.
- Vivir la Iglesia con la pluralidad de los dones.
- Apertura al diálogo con los laicos.

Se trata de un tema que el P. Marchesi retomará luego en un breve opúsculo «Umanizzazione, animazione, formazione». Me parece que ha sido su última intervención

tres meses antes de su muerte; se encontraba en Genza no en el mes de noviembre del 2001. Decía con gran fuerza: «La Alianza debe fundarse en una real participación y debe cumplirse con responsabilidad y no simplemente con tímidos y temerosos mandatos de servicios y funciones». «El futuro de los Hermanos de San Juan de Dios (Orden y Obras), decía, será posible con la integración de los colaboradores o ya no será tal».

Hospitalidad de los Hermanos de San Juan hacia el 2000

Aquí el P. Marchesi aparece realmente como un profeta que ve más allá, que lee la historia, los nuevos y complejos problemas y trata de enviar un mensaje centrado en el papel y en el carisma de la Orden, de la Hospitalidad para el Dosmil. Por tanto la pregunta de fondo planteada a los religiosos de la Orden es «¿cómo estamos proyectando nuestro futuro?».

Este documento —junto con «Las bases de la renovación» y «La humanización»— forma la trilogía de gran valor y de profecía. Son las tres armas, mediaciones del Espíritu que quiere cambiar nuestros corazones, nuestras actitudes para que estén más preparadas y adecuadas al servicio de la Hospitalidad, de la nueva Hospitalidad. Ciertamente, el P. Marchesi puso la idea demasiado arriba, exigente, sobre todo para sus cohermanos. Hospitalidad 2000 es un libro de profecía, de valentía, dirigido especialmente al corazón de la Orden, en el que aclara el papel, la misión del hermano de San Juan de Dios; no tener y tener valor:

- Valor de ser testigo.
- Valor de ser guía moral.
- Valor de ser conciencia crítica.
- Valor de ser anticipador.
- Valor de ser buscador.

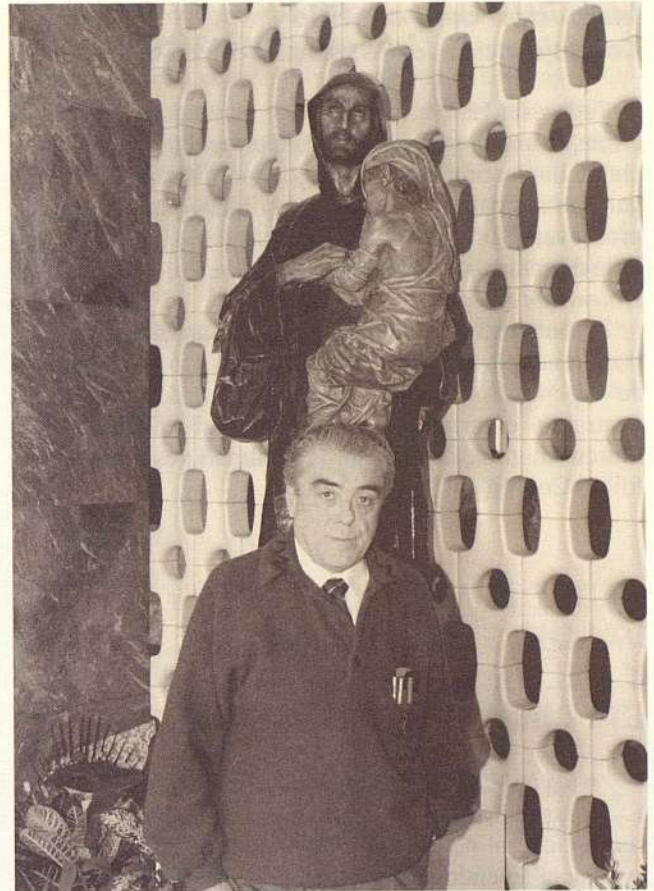
Es el estilo de la nueva presencia en la nueva hospitalidad.

La lectura de este documento propone una gran frescura de espíritu y llena el alma de esperanza.

Auditor en el Sínodo dedicado a la «Reconciliación» (año 1983)

Habiendo sido nombrado auditor por el Papa, el P. Marchesi se pone en movimiento para dar un aporte a favor de los enfermos.

Aún estoy oyendo su voz por teléfono en Barcelona; era de noche y pedía ayuda, antes bien, quería compartir, hacer coral su intervención entre los Hermanos de San Juan de Dios. Y pronto vino a mi mente qué cosa hacer: un documento breve, real, incisivo, en torno a la «recon-



El P. Marchesi junto a la estatua de San Juan de Dios del Hospital Infantil de Esplugues.

ciliación en el mundo de la sanidad». Sentí el honor de ser protagonista del documento que el P. Marchesi entregó a cada Padre Sinodal impreso en la Curia General (Documento n. 4).

Y luego tuvo lugar su intervención. ¿Os imagináis al P. Marchesi delante del Papa, de los Cardenales, de los Obispos...?

Hizo un breve discurso, pero incisivo, dirigido al enfermo, a la enfermedad; que la pastoral sea organizada —decía— programada, viva.

Y dijo a los Padres Sinodales: «Es siempre edificante llevar a los enfermos a los Santuarios, al menos a aquellos que pueden hacerlo, aunque no siempre son los que tienen mayor necesidad: hoy es necesario sobre todo que la Iglesia emprenda una peregrinación al hospital, donde, en muchos países, van más personas que en nuestras parroquias y donde es viva la presencia de Cristo que quiere la reconciliación».

Y concluía su intervención: «...No olvidemos que un día todos perteneceremos al pueblo de los enfermos y de los moribundos, incluidos nosotros: será un modo inevitable de encontrar a Cristo que nos reconcilia y nos invita a su Pascua».

Siento todavía el aplauso en el Aula Sinodal y también las felicitaciones en los pasillos.

Institución del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud

Toda esta fuerza ideológica y animadora preparó el clima, el ambiente, para que se hiciese realidad la auspiciable Institución para una mejor coordinación de los organismos sanitarios a nivel mundial, y para estimular, promover y difundir las enseñanzas de la Iglesia en materia de sanidad, como afirma el Papa en el Motu proprio *Dolentium Hominum*.

Para encaminar esta institución, el Santo Padre da disposiciones para constituir la y es «apoyado por el parecer de expertos, sacerdotes, religiosos y laicos». Aquí encontramos en primera línea al Cardenal Angelini y al P. Marchesi; grandes defensores y animadores de este Pontificio Consejo.

PADRE MARCHESI: VALORES DEL HOMBRE Y DEL RELIGIOSO. UN BINOMIO INSEPARABLE

En el capítulo anterior ya hemos indicado muchos valores de los que aparecen en su vida, en su servicio como General de toda la Orden; se trata de algo que se evidencia leyendo sus escritos. Pero deseando tener una mayor confirmación de estos valores, he realizado una breve encuesta entre las personas que lo han conocido de cerca; de un total de 19 personas interpeladas, he recibido 14 respuestas y las sintetizo a continuación.

En esta elaboración sintética debo agradecer el aporte particular de la Dra. Fiorenza Deriu Bagnato, Consultor del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud y colaboradora en calidad de investigadora social en algunos programas del Dicasterio.

He aquí en síntesis lo que hemos recogido. Es difícil hablar del P. Marchesi aislando la dimensión humana de aquella religiosa: en él coexistían una armonía totalmente particular. No es posible comprender su vida y su pensamiento de hombre sin considerar al mismo tiempo aquellas del religioso y viceversa.

Su carisma

El P. Marchesi tenía un sentido innato de la historia y de visión profética; compromiso y pasión; valentía en las ideas y esperanza en el futuro; confianza en el prójimo y solicitud a favor de la persona; espíritu concreto y profundo sentido religioso; carisma y comunicación; «hombre de frontera» y no de «trinchera»; despegado del poder; generoso y participativo; son aspectos que en él se juntaban proporcionando a su familia religiosa, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, una guía iluminada, sabia e innovadora.

Visión amplia y sentido de la historia

La amplia visión del Padre P. Marchesi constituyó su punto de fuerza, pero también el inicio de un camino lleno de obstáculos y dificultades; su firmeza y convicción, acompañadas por una profunda humildad, le permitieron perseverar en la búsqueda de la especificidad católica en ámbito sanitario, fundada en la nueva alianza entre laicos y religiosos. Lo que siempre le ha movido a mirar más allá de un horizonte restringido, era el deseo de entender la historia e interpretar los signos de los tiempos para innovar la presencia religiosa en el ámbito de la salud, con el auspicio de que esto pudiese servir para mejorar la calidad de la asistencia. Un religioso que «reconocía» la esencia del ser *Iglesia* en la sanidad no sólo en la posesión de hospitales por administrar, sino sobre todo en asumir concretamente la ministerialidad constitutiva del cuidado material y espiritual de los enfermos.

Profeta de la humanización de la sanidad

Su sensibilidad le permitió anticipar los tiempos introduciendo el concepto de *humanización* del mundo sanitario y de la asistencia, para una plena coparticipación y realización del carisma de la hospitalidad. Han dejado huella sus expresiones como «*el enfermo es el centro de nuestra vida... es nuestra universidad... debemos humanizarnos para humanizar...*». En la Orden ha sido un valiente promotor de la alianza con los colaboradores laicos, con quienes compartía los valores del carisma de la Orden. Ha desafiado con vehemencia a laicos y religiosos con las palabras «*...si no tenemos el valor de medirnos con los hombres, como hombres, no podemos hablar de humanización, sino de racionalización de los servicios...*», con la confianza de estar junto a Dios.

Con el pasar del tiempo, sus intuiciones en torno al futuro desarrollo del mundo sanitario se han hecho concretas en la realidad de los acontecimientos: la historia le ha dado razón.

La pasión por San Juan de Dios

No nos queda sino interrogarnos si se ha hecho lo suficiente para realizar su «utopía»: conducir la Orden, renovada en su modo de estar en la historia, siguiendo las huellas de San Juan de Dios. El Padre Marchesi era un «enamorado» de San Juan de Dios; era un hombre capaz de escuchar; paciente; comprensivo y abierto al diálogo y a la confrontación; dotado de una curiosidad natural por «el otro». Amoroso hacia los enfermos y los que sufren, atento y respetuoso del prójimo, con la valiente intención de acercarse cada vez más al ejemplo de su Santo Fundador.

El proyecto de hospitalidad

Animaba a los laicos y a los religiosos para poner en acto el imperativo según el cual es bueno «acoger la necesidad humana de cuidado y de comprensión». Y añadía, anticipando una vez más los tiempos, que «la sociedad en la que vivimos se considera cada vez más como una sociedad de necesidades, como una red de oferta y demanda, un sistema de consumo. Pero allí donde los intereses sanitarios y sociales se caracterizan de manera exclusiva por esta estructura de necesidades, nuestro carisma tiene un significado más trascendente, porque en la hospitalidad se plasma un anhelo que supera todas las necesidades».

Cuando la enfermedad se asoma a la vida del Padre P. Marchesi, él afronta esta experiencia, que muchas veces había vivido junto a los pacientes acogidos por la Orden, de manera activa, aunque con el convencimiento de que estaba llamado a una lucha impar. Sin embargo, con grande valentía y sentido de responsabilidad, ha seguido ocupándose de los múltiples compromisos a los que la Orden lo llamaba, sin echarse hacia atrás: cuando se ha apagado, su agenda aún estaba llena de compromisos.

Recordar al Padre P. Marchesi, significa reconocer su dimensión profética y la grandeza y nobleza de su ideal por la Orden: el valor y la fuerza de las ideas, el valor y la fuerza de la fe.



Instal·lacions específiques de establiments sanitaris
 Instal·lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)
 Instal·lacions de seguretat
 Instal·lacions contraincendis
 Instal·lacions de comunicacions
 Instal·lacions de control

c/ Bonsoms, 15-17
 08028 BARCELONA

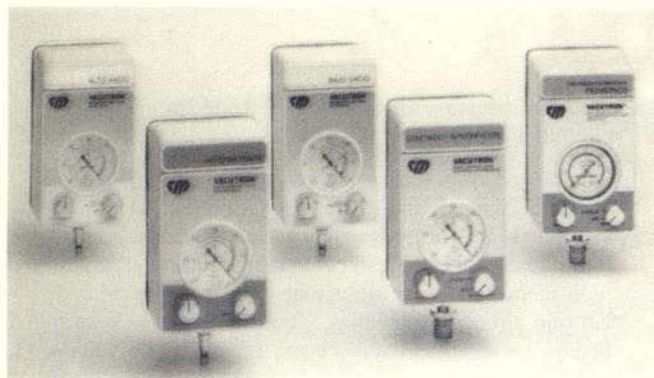
Telf.: 93 448 75 00

Fax: 93 448 75 02

E-mail: agelectric@agelectric.com

VACUTRON

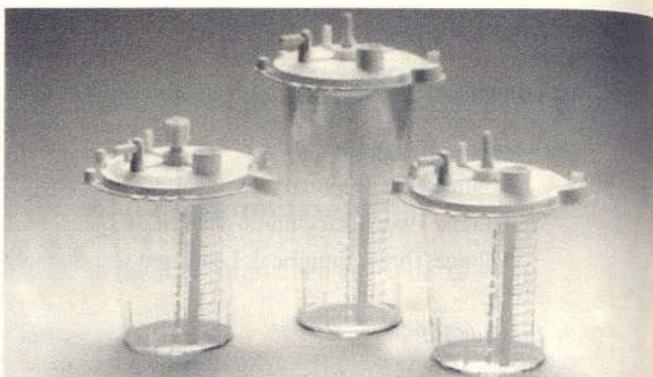
Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

HANDI-VAC

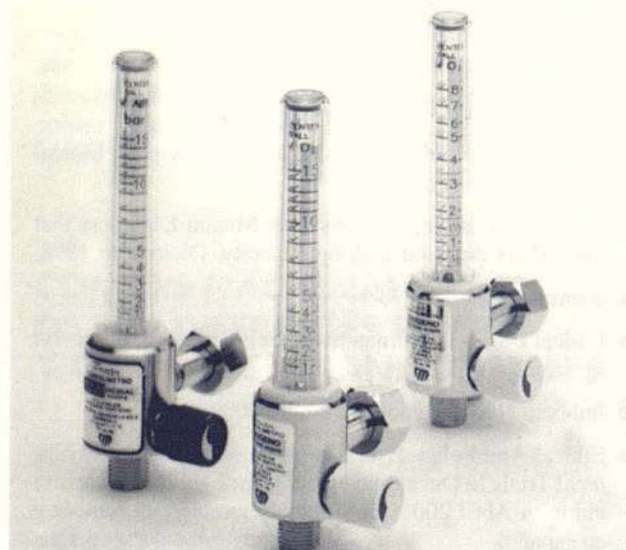
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

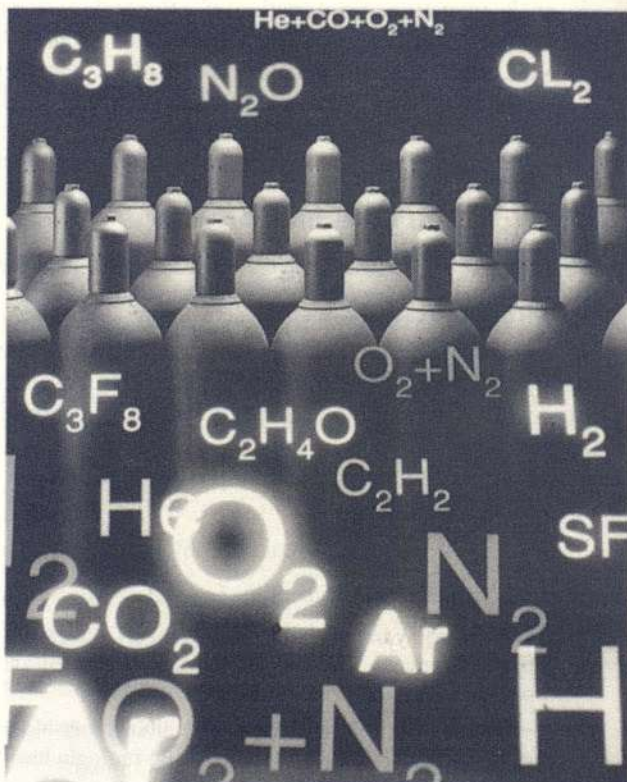
ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO



**CARBUROS
METALICOS**

División Médica
Hospitalaria

Calle Aragón, 300
08009 Barcelona
Tel. (93) 290 26 00
Fax (93) 290 26 03



CETIR
GRUP MÈDIC

MEDICINA NUCLEAR

TIROIDES • PARATIROIDES Y SUPRARRENALES • GLÁNDULAS SALIVARES • ESÓFAGO • ESTÓMAGO E INTESTINO • HÍGADO Y VÍAS BILIARES • PULMÓN Y CORAZÓN (GATED-SPECT CARDÍACO CON CORRECCIÓN DE ATENUACIÓN) • VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS • SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO • RIÑÓN Y SISTEMA EXCRETOR • SPECT CEREBRAL • PET.

DENSITOMETRÍA ÓSEA Y MORFOMETRÍA

ECOGRAFÍA

ABDOMINAL • PARTES BLANDAS: CERVICAL, MAMARIA, ESCROTAL, PENEANA, MÚSCULO-TENDINOSA • GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA • ENDOCAVITARIA: TRANSRECTAL, TRANSVAGINAL Y ENDOANAL • DOPPLER COLOR VASCULAR: PERIFÉRICO, ABDOMINAL Y OBSTÉTRICO • ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR: TRANSTORÁCICA Y TRANSESOFÁGICA • PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA • PUNCIÓN BIOPSIA.

MAMOGRAFÍA

TERAPÉUTICA

METABÓLICA Y ENDOCAVITARIA.

RADIOLOGÍA

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 93 444 35 00 - Fax 93 444 35 05 - 08029 BARCELONA



agefred

Una compañía de

Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico
Gestión Técnica de la Energía**

Escultor Canet, 35 -37 08028 Barcelona
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037
E-mail: agefred@agefred.es



- Electrobisturías
- Coagulador gas Argón
- Instrumental para cirugía cardiovascular, torácica y laparoscópica



- Mangos electrobisturí control manual reutilizable y desechable
- Mangos, placas, electrodos y limpia electrodos
- Electrocauterios manuales de 600°, 800° y 1.200° C.
- Electrodo monitorización ECG
- Gel conductor ultrasonidos y ECG
- Accesorios electrocirugía y ECG



- Mallas de refuerzo de polipropileno mono-filamento con memoria de forma, disponibles en diferentes texturas y medidas. Modelos: **Altex**, **Chevron** y **Tramex**



- Instrument Coding. Cinta codificadora instrumental
- Instrument Protect. Protectores instrumental
- Vascular Loops, Booties y Clamps
- Rotuladores quirúrgicos marcadores de piel
- Pinza campo cangrejo de teflón, autoclavable
- Cepillos quirúrgicos autoclavables y dispensadores acero inox.
- Cepillos limpieza instrumental acero inox.



- Suturas y microsuturas quirúrgicas
- Lentes intraoculares
- Microcuchillettes oftálmicos



- Cobertura quirúrgica ART-DRAP, general y especialidades
- Paños, tallas y campos quirúrgicos
- Fundas cámaras laparoscopia y artroscopia
- Fundas intensificadoras imágenes
- Puños lámparas quirófano desechables
- Batas, pijamas, gorros, mascarillas y cubrezapatos de tejido sin tejer



- Mesas de quirófano multifuncionales para cirugía general y especialidades
- Mesa de quirófano cirugía obesos
- Gama completa de accesorios



- Lámparas quirófano
- Aspiradores
- Negatoscopios
- Mamógrafos



- Instrumental quirúrgico para cirugía general, especialidades y láser
- Pinzas monopolares y bipolares
- Containers esterilización



- Laparoscopio integrado
- Cámara universal y fuente de luz para cirugía laparoscópica y especialidades
- Monitores de señales vitales
- Lámparas examen
- Equipos diagnóstico

II PREMIO DE INVESTIGACIÓN ASOCIACIÓN EXALUMNOS SANT JOAN DE DÉU



BASES DEL PREMIO:

- 1.** Pueden participar profesionales de la enfermería y estudiantes, individualmente o en grupo.
- 2.** Los trabajos versarán sobre la «Humanización en los cuidados de enfermería», tendrán que ser trabajos de investigación inéditos.
- 3.** Se tendrá que presentar 1 original y siete copias más un resumen de dos páginas, junto con soporte informático. La extensión mínima será de 15 páginas y la máxima de 50, en DIN A4 a doble espacio. El nombre del autor, dirección, teléfono y lugar de trabajo o estudio, constará en un sobre cerrado y aparte que se incluirá dentro del sobre del trabajo.
- 4.** La estructura del trabajo debe ser:
 - Título del trabajo.
 - Autor/a (en sobre aparte).
 - Introducción.
 - Objetivos.
 - Metodología.
 - Resultados.
 - Conclusiones.
 - Bibliografía.
- 5.** El trabajo debe presentarse antes del 30 de octubre del 2003 a las 13 h. en la sede de la asociación:
Associació Exalumnes
EUI Sant Joan de Déu (Edifici Docent Sant Joan de Déu)
C/Sta. Rosa, 39-57
08950 Esplugues de Llobregat
Barcelona
- 6.** La dotación del premio será de:
Primer premio: 900 euros.
Segundo premio: 450 euros.
Tercer premio: 300 euros.
El primer premio se publicará en la revista *Labor Hospitalaria* de la Orden de San Juan de Dios.
- 7.** Jurado del premio: La Junta y la Comissió de Recerca de l'Associació d'exalumnes de Sant Joan de Déu.
- 8.** Los premios podrán ser declarados desiertos si así lo considera el jurado.
- 9.** La participación en el premio implica la aceptación de las bases.
- 10.** Los trabajos se podrán recoger durante el mes de enero de 2004.