

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA Año XI N. 40

Aspectos bioéticos de la relación asistencial en situación de fragilidad

Relación profesional asimétrica: situación en la que quien es objeto de la atención profesional carece de libertad para elegirla o rechazarla sea por imposición familiar (el padre que delega en el maestro o tutor), legal (el juez, el abogado, el policía o el funciona-

rio de prisiones), religiosa (el líder religioso o el agente pastoral) social (el trabajador social) o situación de enfermedad (el médico o la enfermera).

La sociedad establece para estas profesiones un deber complementario de índole deontológico que se formaliza mediante un código de comportamiento a través del cual se garantiza el cumplimiento mediante la formulación de un juramento (*guardia jurado*) o la firma de un compromiso.

En los últimos treinta años la medicina ha evolucionado más que en los treinta siglos anteriores. Ello ha revolucionado el mundo de los hechos y ha obligado a buscar respuestas a nuevos dilemas sobre cuestiones éticas.

■
El Institut Borja de Bioètica fue la institución pionera en nuestro país en la introducción del término y en la pedagogía de la Bioètica
■

El *Institut Borja de Bioètica* fue la institución pionera en nuestro país en la introducción del término y en la pedagogía de la Bioètica. En el último siglo se ha producido

una profunda transformación en la relación médico-enfermo motivada, por una parte, por la introducción de una tercera persona en esta relación, que es la sociedad, la intervención del Estado en la prestación social y sanitaria desde el modelo de la Alemania de Bismark y la implicación ética consecuente del principio de justicia. Por otra, la diversificación de la asistencia sanitaria con la implicación de múltiples especialistas y del trabajo en equipo pluridisciplinario. Esta situación ha generado nuevos retos en los foros clínicos con atisbos bioéticos y deontológicos. La regulación administrativa de la relación equipo sanitario-paciente se ha evaluado en algunas ocasiones como una insufrible liviandad, un formulismo que encorseta la relación médico-paciente y en vez de ayudar a mejorarla aún la dificulta, transformándola en un contrato mercantil de prestación de servicios que altera el vínculo de profunda confianza entre una persona que necesita ayuda por parte de un profesional, que ejerce una profesión fundamentada en la ética de máximos, y el paciente que podría encontrarse en situación de fragilidad. En este

(pasa a pág. 3)

sumario

La relación asistencial en situación de fragilidad....1 a 6

Editorial: "Bioética europea en Barcelona"2

Más allá de la noticia: El fenómeno "Bullying"7 a 8

Impacto de las TIC en la salud9 a 11

De la bioética clínica a la bioética global12 a 13

La Biblioteca del IBB.....14 a 15

Agenda16

TRIBUNA ABIERTA
DEL INSTITUT BORJA
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓ
Núria Terribas Sala

MAQUETACIÓ Y EDICIÓ
M^a. José Abella

CONSEJO DE REDACCIÓ
Francesc Abel Fabre
Jordi Craven-Bartle
Ester Busquets Alibés
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO
Elisabet Valls Remolí

COLABORADORES
Jordi Craven-Bartle
Sabel Gabaldón
Eduard Olivares
EASP

IMPRESIÓ:
Ediciones Gráficas Rey
ISSN: 1579-4865

EDITA:
Institut Borja de Bioètica,
Fundación Privada
c/ Santa Rosa, 39-57 3a.
08950-Esplugues (BCN)
Telf. 93.600.61.06
Fax. 93.600.61.10
www.ibbioetica.org

Bioética europea en Barcelona

Las nuevas tecnologías médicas y los desafíos que comportan, tanto desde el punto de vista personal como colectivo, son uno de los ámbitos de estudio de la bioética fundamental desde sus orígenes. Precisamente sobre esta temática versará el próximo congreso que tendrá lugar en Barcelona entre los días 24 a 27 de Agosto de este año, en el Edifici Docent Sant Joan de Déu.

Es una satisfacción para el Institut Borja de Bioètica asumir la organización de este congreso, encuentro anual de la Asociación Europea de Centros de Ética Médica (EACME/AECM) y la Sociedad Europea de Filosofía de la Medicina y de la Salud (ESPMH) y que reunirá a especialistas de toda Europa, bajo el enunciado principal «*Ética y filosofía de las tecnologías médicas emergentes*».

El congreso tiene como objeto central de estudio y de debate la reflexión sobre la emergencia de nuevas tecnologías médicas y sus consecuencias desde el punto de vista personal, institucional y global. A lo largo de las sesiones, se trabajarán cuestiones específicas que van desde la relación entre la confidencialidad y las nuevas tecnologías de la comunicación en el campo sanitario, hasta la responsabilidad para con las generaciones futuras o el futuro de la medicina.

Lejos de posiciones maximalistas, el objetivo central de este congreso es explorar qué beneficios pueden reportar estas nuevas tecnologías en el campo de la salud y de qué manera pueden potenciar y mejorar la calidad de vida de las personas. También se precisarán, con lucidez, los peligros latentes y los desequilibrios que pueden generar desde una perspectiva global.

Las dos entidades coorganizadoras agrupan, por un lado, centros especializados en ética médica y, por otro, expertos en filosofía de la medicina. La correlación entre estas dos instituciones permitirá un desarrollo del campo de trabajo en un plano interdisciplinario y, al mismo tiempo, garantizará una reflexión filosófica que trascienda a las urgencias e inmediatez del momento actual.

La profundización sobre estas temáticas no es una cuestión irrelevante en las sociedades altamente tecnificadas, sino una exigencia fundamental, para garantizar que el progreso tecnológico y científico, sea realmente un progreso al servicio de las personas y de los colectivos más vulnerables. Frecuentemente, los intereses económicos de las grandes multinacionales tienen un peso prioritario en la expansión de las nuevas tecnologías y no se considera con suficiente detenimiento el respeto a los derechos fundamentales de las personas.

Por todo ello, el congreso que tendrá lugar en Barcelona, será una ocasión para volver a pensar en el uso y en el desarrollo de las nuevas tecnologías médicas, con el enriquecimiento que nos aportarán las casi ciento cincuenta comunicaciones sobre diferentes temáticas.

Los interesados encontraréis la información en la web del IBB (www.ibbioetica.org) y en la web del Congreso (www.marsans.se/eacme-espnh-2005). Os esperamos!!

(viene de pág.1)
sentido se interpreta peyorativamente la aparición de nuevos agentes en la clásica relación médico-enfermo. Serían los “extraños en la cabecera del enfermo”⁽¹⁾, quienes representan organizaciones sociales o intereses económicos que pueden hacer perder a la relación médico-enfermo su condición de privada. Esta situación sería más notoria cuanto más frágil y dependiente fuera el paciente o su entorno.

La Bioética propone un sistema de referencia moral en base a unos principios (No Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia) y una metodología para analizar cada problema según cada uno de estos referentes y las posibles consecuencias de cada acción.

■
*La Bioética propone
un sistema de
referencia moral
en base a unos principios,
No Maleficencia,
Justicia, Autonomía
y Beneficencia*
■

En la medida en que el paciente se encuentra en una situación más frágil incrementa su dependencia del entorno y se reduce su autonomía para decidir por sí mismo. En el ámbito de las atenciones paliativas esta merma de la autonomía se suma a otros problemas de índole ética ligados a la situación de gravedad de la enfermedad o de terminalidad:

☞ La comunicación entre el equipo asistencial y el paciente y la evaluación de la capacidad para otorgar el consentimiento si no existen voluntades anticipadas o testamento vital.

☞ El tratamiento efectivo del dolor y la diferenciación entre los conceptos de sedación y eutanasia.

☞ Los problemas de futilidad y encarnizamiento terapéutico.

☞ El racionamiento de las prestaciones relacionado con la disponibilidad de camas hospitalarias o recursos socio-sanitarios.

☞ Los ensayos clínicos en fase I en los que el beneficio para el paciente es incierto y la toxicidad posible ⁽²⁾ (en una revisión de 200 ensayos fase I las tasas de respuesta oscilaron entre el 4 y 6 %).

☞ El proceso agónico.

Algunas entidades con preocupaciones éticas ante las especiales circunstancias de los pacientes terminales han propuesto declaraciones específicas de los derechos de estos pacientes:

1. Principio fundamental: Recibir el trato que la dignidad del ser humano merece hasta el final de su vida.

«*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y como están dotados de razón y conciencia deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.*» (De la Declaración Universal de los Derechos Humanos).

2. Recibir atención personalizada.

3. Participar en la decisión sobre las intervenciones terapéuticas que puedan efectuarse.

4. Controlar su dolor mediante medidas eficaces.

5. Recibir respuesta adecuada y honesta a sus preguntas mediante términos que pueda comprender y asumir.

6. Mantener su jerarquía de valores sin discriminación por el hecho de que sus propias decisiones pudieran ser distintas de las que hubieran tomado quienes le atienden.

7. Poder expresar y practicar libremente sus creencias religiosas.

■
*“Todos los seres humanos
nacen libres e iguales
en dignidad y derechos y
como están dotados de
razón y conciencia deben
comportarse fraternalmente
los unos con los otros.”*

(De la Declaración Universal
de los Derechos Humanos)
■

8. Ser atendido por profesionales competentes, con habilidad para la comunicación y capacidad para acompañarle en el proceso de su muerte.

9. Recibir la ayuda de los familiares y allegados que él mismo desee que le acompañen.

10. Disponer de cuanto precise para morir en paz.

11. Que los familiares reciban información precisa sobre las circunstancias de la muerte y si lo requieren puedan también recibir ayuda psicológica, espiritual y administrativa en los trámites pertinentes y en el proceso de duelo.

El incremento de exigencia social a la atención sanitaria y los dilemas que generan las nuevas tecnologías que obligan a priorizar las

prestaciones, producen cada vez mayores exigencias sobre los profesionales sanitarios que son percibidos, por parte de la sociedad, como agentes del racionamiento de las prestaciones sanitarias. El profesional sometido a esta tensión, sobre todo ante situaciones que implican sobrecarga emocional, por el sufrimiento, puede caer en el síndrome de *burn-out* (agotamiento emocional, pérdida de la autoestima, tedio en el trabajo, frustración sin expectativas de mejora).

Modelos de relación médico - paciente

Todas estas cuestiones obligan a un delicado proceso de comunicación que debe ser suficientemente eficaz para que el paciente decida proporcionalmente a su competencia. Este proceso se ve afectado por el modelo de relación que se hubiera establecido: La evolución de la relación médico-paciente por la exigencia social del derecho de autonomía⁽³⁾, desde el antiguo modelo paternalista, ha sido estudiada por distintos foros bioéticos en la segunda mitad del siglo XX⁽⁴⁾. Quizá la propuesta de Emanuel y Emanuel⁽⁵⁾, de clasificar esta relación en 4 categorías fundamentales, ha sido la que ha tenido mayor aceptación.

Modelo paternalista

Si la decisión que debe tomar el paciente depende de la información que el médico le da y dado que por mucho que éste le explique jamás conseguirá transferirle todo su conocimiento y experiencia, si el médico está obligado por un deber moral de hacer el bien que le obliga a reconocer su pro-

pia limitación, la decisión del paciente siempre será de menor calidad que la del médico. Por tanto, dado que el médico debe ponerse en el lugar del paciente para decidir lo mejor, la información deberá limitarse a aquello que el paciente pueda comprender sin producirle un sufrimiento que aún empeoraría su propia dolencia.

Modelo informativo

Dado que la decisión depende exclusivamente del paciente, el médico se limita a notificar los datos precisos para que el paciente resuelva, sin implicarse en la determinación para no limitar la autonomía. Este frío alejamiento del médico, que recuerda la actitud de la medicina defensiva, se ha propugnado en algunos ambientes anglosajones donde existe una profunda reivindicación de la autonomía. Pero la decisión del paciente puede ser tan compleja y las consecuencias tan graves para su vida y calidad de vida que este alejamiento repudia al médico prudente, por cuanto el conocimiento que tiene de la fragilidad del paciente, de sus temores y de su necesidad de apoyo le hacen sentirse obligado a una aproximación que contiene profundas emociones altruistas, en la raíz de su propia vocación.

Modelo interpretativo

La dificultad para comprender términos clínicos obliga al médico a su interpretación, incluso a asegurarse de la comprensión de cada procedimiento mediante un proceso de comunicación con el paciente en el que éste va guiando al paciente ayudándole a asumir la

realidad de su padecimiento y de las medidas a tomar.

Modelo deliberativo

Deliberar es indagar dialógicamente en un contexto de igualdad de todos los partícipes, ponderando las acciones posibles según los valores de cada cual, analizando las consecuencias de cada acción. *“Siendo las cosas lo que son y el hombre lo que es, conviene buscar en todo, no lo mejor absolutamente, sino lo mejor posible dadas las circunstancias”*⁽⁶⁾. Este modelo es el que más perfectamente se adapta a la decisión clínica acentuando el respeto a la decisión de quien recibe más directamente las consecuencias de la acción, el paciente. El punto crucial del modelo deliberativo es llegar a un profundo conocimiento de los valores del paciente.

Algunos autores⁽⁷⁾ creen que es casi imposible que el médico llegue nunca a conocer realmente los valores de los pacientes a quienes trata, excepto en el caso que ambos compartieran los valores íntimos en que asientan estas decisiones. El bioeticista Pablo Simón Lorda⁽⁸⁾ responde en este sentido que el conflicto no está en la dificultad para conocer los valores del paciente sino en el fin primordial de la medicina, si ésta puede tener valores absolutos o si todos ellos están sometidos a la libertad de decisión del paciente, aunque éste se hallare en situación de fragilidad y merma por su propia condición de enfermo.

Los fines de la medicina

La antigua percepción del fin de la medicina ha cambiado principal-

mente debido a la irrupción de la sociedad en el acto médico y la posterior promulgación del «principio de justicia». En algunos foros han aparecido movimientos de médicos para la recuperación de las prioridades éticas clásicas debidas al paciente ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾. Y en este debate han surgido corrientes que pretenden preservar la relación individual basada en la comunicación y la confianza. Estas escuelas como el Neohipocratismo y el Profesionalismo ⁽¹²⁾ creen que los sistemas sanitarios públicos regulan excesivamente e interceptan la relación médico-enfermo por lo que proponen nuevas alianzas entre médicos y pacientes para conseguir cambios en la organización sanitaria.

Aunque el prestigio social del médico está en crisis, lo que en mi opinión jamás debiera cambiar son algunos conceptos contenidos en la etimología: *Médico* deriva del latín *Medicus* y éste a su vez del verbo griego *Medeo*, cuidar a otro, o sea que el médico tiene en su propia razón de ser el cuidar a personas enfermas. Y cuidar de *Cogitare*, pensar, preparar, contiene el concepto de asistir pero añadiéndole el carácter de la diligencia y la atención. *Terapéutica* del griego *Therapeutiké* y a su vez del verbo *Therapeuo*, servir. En la etimología de ambas palabras hallamos el concepto de cuidar por un lado y de servir por el otro. Este sentido de las palabras constituye un hallazgo para quienes, demasiado precozmente, abandonamos la riqueza de las letras en aras del empirismo científico. Para mí, una contribución antiquísima a comprender el fin de la medicina como una aproximación a los semejantes sufrientes con la humil-

de actitud de ayudarles, cuidarles y servirles. Hipócrates sólo entendía como acto médico el acto dotado de todos los atributos que incluyó en su Juramento. Pero sólo admitió una diferencia en la actitud del médico entre un hombre libre y un esclavo: en ambos casos el acto médico debía ser de la máxima categoría por cuanto el médico debía hacer todo cuanto pudiera por sanar al enfermo, por un deber íntimo y personal que no le permitía actuar de otra manera. La diferencia radicaba en la comunicación que establecía el médico con uno y otro. El médico hablaba con el hombre libre pero se mantenía en silencio ante el esclavo. El reconocimiento de la dignidad de hombre libre se encontraba precisamente en la comunicación. El acto de *Medeo* y *Therapeuo* contiene en sí mismo unos valores de reconocimiento de la excelsa dignidad y libertad del ser humano que en nuestro tiempo, afortunadamente ya es universal.

The Hastings Center (Nueva York)

The Hastings Center de Nueva York convocó hace unos 10 años a un grupo internacional de bioeticistas para trabajar en un proyecto con el objetivo de redefinir los fines de la medicina. El progreso de la ciencia médica y la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas, unido a la escasez de recursos para satisfacerlas, habían producido un cambio radical que obligaba a replantear los fines fundamentales. Hay que replantearse si el objetivo tradicional de recuperar la salud y evitar la muerte no es ya demasiado simple o irreal.

Puesto que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y, por fin, la muerte, una práctica médica adecuada a dicha condición debe empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir con ella. La medicina está al servicio de todos y no sólo de los ricos. Debe estar motivada no por el orgullo profesional sino por el beneficio del paciente. Tiene que ser fiel a sí misma y mantenerse como algo viable y sostenible, no dejarse arrastrar por un desarrollo tecnológico imparable.

■
Hay que replantearse si el objetivo tradicional de recuperar la salud y evitar la muerte no es ya demasiado simple o irreal
■

La novedad fundamental del trabajo del grupo ⁽¹³⁾ fue la definición de que estos fines primordiales van más allá de la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. Los nuevos fines de la medicina definidos por *The Hastings Center* son:

- La prevención de las enfermedades.
- La paliación del dolor y del sufrimiento.
- Situar al mismo nivel el curar y el cuidar.
- Advertir contra la tentación de prolongar indebidamente la vida. En la conclusión *The Hastings Center* defiende que para el desarrollo de estos nuevos fines son precisos algunos calificativos: honorabilidad, moderación, prudencia, sostenibilidad, justicia, equi-

dad y respeto a la dignidad. Para finalizar quisiera dejarles un motivo de reflexión: ¿Los nuevos fines de la medicina podrán conseguirse con el marco referencial de unos principios éticos mínimos o precisaremos recuperar valores y virtudes?

JORDI CRAVEN-BARTLE

ONCÓLOGO
HOSPITAL DE SANT PAU
MIEMBRO DE LA COMISIÓN
DEONTOLÓGICA - COLEGIO OFICIAL DE
MÉDICOS DE BARCELONA

Contenido de la sesión docente impartida por el Dr. Jordi Craven-Bartle en el módulo ético-jurídico del Master de Cuidados Paliativos del Institut Català d'Oncologia, Barcelona, 21 de Abril 2005.

Citas Bibliográficas:

(1) Rothman David, J *Strangers at the bedside: a history of how Law and Ethics changed medical decision-making*. Basic books. New York, 1994.

(2) Decoster G, Stein G, *Response and toxic deaths in phase I clinical trials*. Ann Oncol 1990;2:175

(3) Quill TE, Brody H. *Physicians recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice*. Arc Intern Med 1996; 125:763-9.

(4) Szasz TS, Hollender MH, *The basic models of the doctor-patient relationship*. Arc Intern Med 1956; 97:585-592.

(5) Emanuel EJ, Emanuel L. *Four models of the physician - patient relationship*. JAMA 1992; 267:2221-6

(6) Aubenque P. *La Prudencia en Aristóteles*. Barcelona. Crítica, 1999, pp 123.

(7) Veatch RM. *Abandoning Informed Consent*. Hastings Cent Rep 1995; 25 (2): 5 - 12.

(8) Simón Lorda. *El Consentimiento Informado: abriendo nuevas brechas*. Fundación Víctor Grífols i Lucas, Nº 5, 2002.

(9) Pellegrino E. *The metamorphosis of medical ethics: a 30 year retrospective*. JAMA. 269:1158-1162, 1993.

(10) Robin ED, Mc Cauley RF. *Cultural lag and hippocratic Oath*. Lancet 345: 1422-1424, 1995.

(11) Bloche MG, *Clinical loyalties and the social purposes of medicine*. JAMA, 218:268-2174, 1999.

(12) *Medical professionalism in the new millenium: a physycyans charter*. Lancet, 359:520-22. 2002

(13) *The goals of medicine*. Hastings Center Report, 1996. 26 (6). Special Supplement.



¿Qué es la dignidad humana?

Francesc Torralba
Institut Borja de Bioètica
Editorial HERDER, Barcelona 2005.

En este libro, el profesor Francesc Torralba se plantea explorar el concepto de dignidad a lo largo del pensamiento occidental y analiza, en particular, la contribución de Hugo Tristram Engelhardt, John Harris y Peter Singer al diálogo bioético contemporáneo. A lo largo del texto, se discute el concepto de persona que se desprende de dichas aportaciones y se elabora un renovado concepto de persona en diálogo con el personalismo filosófico contemporáneo. El autor parte de la convicción que la palabra *dignidad* es uno de los vocablos más ambiguamente utilizado en los foros de discusión bioética y se propone aclarar sus múltiples significados.

Sobre la violencia en las aulas: El fenómeno «Bullying»

Coincidiendo con el inicio del último curso escolar, y a raíz del suicidio de un adolescente vasco de 14 años (*Jokin*) en Hondarribia, sometido tanto a un acoso moral como físico por sus compañeros de colegio, saltó a la opinión pública la alarma sobre este suceso y similares, con el peligro que conlleva en estos casos (como en tantos otros) un exceso de alarmismo como consecuencia de la generalización del fenómeno o, en el otro extremo, la banalización de estas situaciones y de la violencia en general. Es por este hecho que creo conveniente hacer un análisis sobre este fenómeno, que pasa primero por su descripción.

Esta forma de conducta violenta que se manifiesta entre escolares es conocida internacionalmente como fenómeno “*bullying*”, anglicismo que define una conducta agresiva, continuada, intencionada y perjudicial, cuyos protagonistas son jóvenes escolares.

■
“Bullying”, anglicismo que define una conducta agresiva, continuada, intencionada y perjudicial, cuyos protagonistas son jóvenes escolares
■

Un rasgo específico de estas relaciones es que el alumno o grupo de ellos, que se las da de bravucón (*bully*), trata de forma tiránica a un compañero, al que hostiga, oprime y atemoriza repetidamente, hasta el punto de convertirlo en su víctima habitual. No se trata de un hecho esporádico, sino persistente y que puede durar sema-

Una joven de Elda que denunció acoso escolar se suicida

Más allá de su motivación última, todos los testigos coinciden en que la joven de 16 años, desde hacía meses, era objeto de persecución por parte de algunas compañeras del colegio Sagrada Familia de Elda (Alicante).

La Sentencia del “Caso Jokin”

Los ocho jóvenes imputados por el acoso que padeció Jokin C., el adolescente que se suicidó en Hondarribia (Guipúzcoa) el año pasado, han sido condenados a 18 meses de libertad vigilada por un delito de maltrato.

El Periódico de Catalunya, 26 de Mayo del 2005

Una familia de Mollerussa denuncia que su hijo quiso suicidarse tras ser acosado en clase

La fiscalía de menores de Lleida investiga un nuevo caso de “bullying”, denunciado por los padres de un escolar de 14 años.

La Vanguardia, 16 de Marzo de 2005

nas, meses e incluso años.

Dan Olweus (1983), uno de los primeros en estudiar este fenómeno de victimización en el entorno escolar, lo define como una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno contra otro, al que elige como víctima de múltiples ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa al que la padece en una posición de la que difícilmente puede salir por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos: descenso de la autoestima, ansiedad, depresión, que dificultan su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes.

Es un tipo de violencia que está oculta, casi siempre, a los adultos, pero que es bien conocida por los alumnos, por esto es difícil de identificar y por tanto también de eliminar. Puede utilizar diferentes formas de expresión, como son el maltrato físico, el verbal, la exclusión social y darse tanto de forma directa como indirecta.

A nivel general, siempre que se han realizado estudios en diferentes países, concluyen que el maltrato entre alumnos es un fenómeno que se produce en todos los centros estudiados, de manera más o menos grave y frecuente, afecta a entre un 7 y un 10% de la población escolar y, al menos, un 25% de los alumnos se han sentido

amenazados en alguna ocasión.

En España, no se da la incidencia de otros países europeos (Reino Unido, Alemania), donde llega a ser un fenómeno preocupante, pero también está lejos de llegar al nivel mínimo exigible, donde los actos violentos fuesen, en el peor de los casos, esporádicos, inmediatamente detectados, rechazados colectivamente y resueltos de una forma pedagógica. En la escuela ningún alumno, ni nadie, debería padecer formas de maltrato, y este es un esfuerzo permanente que debemos asumir todos aquellos que participamos directa o indirectamente en el proceso educativo.

■

*Son los valores de una
sociedad que premia
la ley del más fuerte,
donde el diálogo y
la escucha parecen ausentes y
donde no se solucionan los
problemas con la
negociación y el pacto sino
con posturas intransigentes
y hasta violentas*

■

Las causas de esta violencia son múltiples y no podemos atribuir su origen al sistema escolar, pero en el análisis de este fenómeno cabe hacer la reflexión sobre la reproducción, por parte de los jóvenes, de ciertos “valores” que reciben de nuestra sociedad; son los valores de una sociedad que premia la ley del más fuerte, donde el diálogo y la escucha parecen ausentes y donde no se solucionan los problemas con la negociación y el pacto sino con posturas intransigentes e incluso violentas.

No hay que confundir este tipo de violencia con situaciones conflictivas esporádicas en la relación

entre alumnos. Las relaciones entre iguales no están exentas de conflictos, pero el “conflicto”, por sí mismo, no es malo. Sólo cuando los conflictos se enquistan, cronifican o toman formas de abuso de poder y ésta llega a ser la manera habitual de relacionarse, es cuando podemos hablar de situaciones de riesgo, que pueden ser origen de padecimiento psicológico y tienen consecuencias muy negativas, desde la perspectiva del desarrollo emocional, social e intelectual, no solamente en la adolescencia sino también en la edad adulta.

Las acciones educativas pierden sentido y se pervierten en un contexto en el que es posible el ejercicio del abuso de poder y se refuerzan, por acción u omisión, el miedo y la sumisión.

■

*La escuela, como la familia,
debe ser un lugar seguro
en el que los alumnos,
los niños, aprendan a
ser personas en el sentido
más amplio del término*

■

La escuela, como la familia, debe ser un lugar seguro en el que los alumnos, los niños, aprendan a ser personas en el sentido más amplio del término; un lugar en el que las conductas de humillación, sarcasmo, agresión y violencia no deben tener cabida. Las aulas, extensión del proceso socializador que comienza en la familia, son los lugares idóneos para explorar, aprender, reflexionar, expresar y compartir los sentimientos, así como para aprender a gestionar las diferencias de forma positiva. La escuela, que tradicionalmente se ha centrado en los aspectos cognitivos, priorizando los apren-

dizajes científicos y técnicos, no debe olvidar el conocimiento de las personas y tener en cuenta los sentimientos y las emociones.

Para finalizar, me gustaría invitaros a la reflexión, haciendo mención al *Informe Delors* (UNESCO 1998) **sobre la educación del siglo XXI**, utopía necesaria a la que debemos aspirar y que se basa en la educación emocional como eje vertebrador de la convivencia e indispensable en el desarrollo cognitivo de nuestros niños y adolescentes. La fundamenta en cuatro ejes básicos que denomina “*los cuatro pilares de la educación*”:

1. Aprender a conocer y aprender a aprender para aprovechar las posibilidades que ofrece la educación a lo largo de la vida.

2. Aprender a hacer para capacitar a la persona frente a las diversas situaciones que surjan a lo largo de la vida.

3. Aprender a ser para obrar con autonomía, juicio y responsabilidad personal.

4. Aprender a convivir, a trabajar en proyectos comunes y a gestionar los conflictos.

SABEL GABALDÓN

PSIQUIATRA
JEFE DE SECCIÓN DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL
SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA)
MASTER EN BIOÉTICA
COLABORADOR DEL IBB

Impacto de las tecnologías de la información en la salud de la población

Cybermedicina

@ Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) irrumpen en el marco de la salud y de la medicina. Nace la cybermedicina. Internet ofrece unas posibilidades nuevas al mundo de la medicina tanto en documentación, como en educación, comunicación científica, gestión, relaciones y diagnósticos.

Internet: vinculación directa

@ Internet ofrece posibilidades de vinculación directa con las profesiones sanitarias: webs con información, correo electrónico, listas de correo, grupos de noticias, FTP (*file transfer protocol* -transferencia de archivos), teleconferencias, telnet, IRC (*Internet Relay Chat*), software médico, etc. Los diferentes métodos y accesos de comunicación, diálogo e información que ofrece Internet, cambiará las fronteras de la medicina actual y de todos los profesionales de la salud.

Realidad virtual

@ Las nuevas tecnologías preparan un marco de actuación con posibilidades sorprendentes: realidad virtual, chips, microordenadores, microcámaras, etc. Todo ello configura la cybermedicina virtual puesta en manos de las necesidades reales de los profesionales de la salud. La presen-

cialidad pierde algo de importancia y gana la diversificación. Las diferentes pruebas exploratorias, por ejemplo, viajan por la red y pueden ser analizadas y consultadas por diferentes profesionales en otros tantos lugares del mundo. Ahora, es posible transmitir a distancia cualquier resultado y dar a cada paciente un CD con su historial radiológico, al cual se van añadiendo las nuevas exploraciones.

Telemedicina

@ La telemedicina se define, a grandes rasgos, como la posibilidad de acceder a una serie de servicios médicos desde el hogar, lo que permite que nuestros diagnósticos, tratamientos y consultas sean más rápidos a la vez que efectivos, fiables y a un menor coste.

Sistema sanitario mundial

@ A bajo coste, se podrá disfrutar de todas estas ventajas, lo que facilitará un sistema sanitario mundial del que podrán beneficiarse (previo acceso y autorización) diferentes individuos, grupos, asociaciones y países.

Internet: instrumento de investigación

@ Se está debatiendo la utilidad de internet como instrumento de investigación en epidemiología,

como puede ser para el reclutamiento, entrevista y seguimiento prospectivo de una cohorte de sujetos a través de la red.

Rápida comunicación y transferencia

@ En medicina, donde el conocimiento y las opiniones personales son uno de los puntos principales, la comunicación y transferencia rápida, precisa y barata de las mismas, supondrá, sin lugar a dudas, una revolución. Una revolución que cuenta con hospitales virtuales, teleoperaciones, simuladores de reacciones fisiológicas, de intervenciones, reconstrucción e implantes, sin olvidar el reciclaje profesional y la enseñanza. Todo ello es ya una realidad virtual.

Intercambio de información

@ Las necesidades crecientes de intercambio de información en los sistemas sanitarios, demandan estándares para el desarrollo de sistemas integrados, interactivos, fiables, económicos y seguros. En sanidad como en otros campos de aplicaciones telemáticas existe una corriente general de demanda de los usuarios hacia sistemas abiertos, distribuidos e interconectados, con un alto grado de fiabilidad y requisitos de seguridad cada vez más exigentes. La gestión integrada de los servicios sanitarios y la continuidad de las atenciones médicas requieren la adopción de

mensajes, formatos, codificación y estructura de registros médicos aceptados de forma generalizada.

Armonización del sector

@ Será necesaria una armonización en el sector mediante la adopción de normas comunes por los usuarios, fabricantes, y proveedores de servicios, para favorecer la producción de soluciones más económicas y estables.

Accesibilidad

@ La mejora de la calidad de servicio pasa por definir el concepto de atención al usuario como capacidad de la organización para ser accesible en todo momento y dar un trato personalizado a un problema particular.

Beneficios para los pacientes

@ Las TIC supondrán beneficios tales como: resultados de pruebas más rápidos, mayor satisfacción y confianza de los pacientes al acceder los proveedores de servicios de salud a información completa del historial personal de salud, médicos de asistencia primaria con su información completa y actualizada, reducción de riesgo de duplicidad de pruebas, menores errores o tratamientos incompatibles, mejor utilización de los ensayos clínicos debido a la utilización de muestras más completas, acceso más rápido y flexible a los servicios, con mayor precisión de las citas, reducción de las utilidades incómodas de los servicios sanitarios, acceso *on-line* a información sobre el

estatus personal de salud y mayor satisfacción general de los pacientes con el sistema sanitario.

Beneficios para los profesionales y centros sanitarios

@ Respecto a los beneficios para los profesionales y centros sanitarios: transferencias rápidas de comunicaciones entre centros proveedores, sin papel y a menor coste, sistemas de pago más rápidos, mejora de las tareas de coordinación, más tiempo con los pacientes debido a menores tareas administrativas, mayor rapidez en las respuestas a consultas, con información registrada, mayor rapidez en la asistencia cuando deben intervenir terceros, mejor monitorización de la asistencia y por tanto mejor gestión clínica, integración de la información de los pacientes procedentes de diversas fuentes, mejor capacidad para identificar los problemas y en consecuencia mejores resultados, mejor recopilación de resultados para la investigación, más precisión en nomenclaturas e identificadores únicos para estudios completos para determinar los mejores tratamientos, elevada sistematización de las historias clínicas y mayor satisfacción de los pacientes.

Beneficios para el sistema sanitario

@ Los beneficios para el sistema sanitario son:

- ✍ Mejor gestión del sistema por un mejor procesamiento de las reclamaciones.
- ✍ Mayor y más completa capacidad de planificación.

✍ Mejor precisión en la determinación de niveles de atención requerida y sus costes.

✍ Mejor análisis de los resultados y valoración comparativa de la calidad obtenida en los planes de salud.

✍ Mejor control de los resultados de los tratamientos farmacológicos en los pacientes y mayor productividad.

Internet: más datos sobre salud para todos

@ La Red ha revolucionado la información sanitaria, ya que los internautas buscan más datos sobre su salud que sobre ocio o música, según un estudio del *Peru Internet and American Life Project* (Diciembre 2000), en el que se revela que las páginas sobre salud han sido visitadas por el 55% de los usuarios en los Estados Unidos.

Sistema de información con nuevas posibilidades para todos

@ La implantación de un sistema de información tiene que ofrecer una solución integrada, en gestión de pacientes, por ejemplo para facilitar consultas externas y citas. Asimismo, es imprescindible disponer de la historia clínica en formato electrónico, si bien antes es necesario especificar las necesidades (renovación de equipos, selección de hardware, software y formación del personal) y una serie de normas seguras.

Las intranets sanitarias, en el caso de intranets regionales, tienen que posibilitar el intercambio electrónico de información entre hospitales, centros de salud, médicos, laboratorios, etc.

Volumen de información

@ Por el volumen de información que maneja, las nuevas tecnologías suponen una ayuda fundamental para el sector sanitario.

Uno de los proyectos que se están llevando a cabo en Europa en el ámbito de la salud es el PIC-NIC (*Professionals and Citizens Network for Integrated Care*), una red regional de salud que busca la integración de profesionales y ciudadanos.

Los objetivos que se persiguen son disminuir la fragmentación del mercado europeo de telemática de la salud y centralizar la atención en el paciente.

La historia clínica electrónica

@ La historia clínica en papel, circulando bajo el brazo del médico, puede perderse con más facilidad que si está informatizada, con una forma de registro que impida que pueda borrarse o manipularse. También, la historia electrónica evita tener que repetir pruebas como las radiografías o escáneres, ya que se podrían ver desde un ordenador o puesto de trabajo. En el futuro de la atención sanitaria, el paciente será quien tenga la llave de acceso a sus datos de salud a través de la tarjeta sanitaria, que dejará de ser un simple instrumento de identificación.

Salud individual y salud comunitaria

@ Se ha definido la historia clínica como la colección de información relativa a la salud de una persona denominada paciente,

reconocida por un identificador personal, almacenada por un profesional u organización sanitaria, como resultado de las interacciones con el propio paciente y/o personas que tienen conocimiento sobre él, del mismo profesional u organización u otros profesionales y organizaciones. Contiene los datos personales del paciente, anotaciones, datos e imágenes de las diversas interacciones a lo largo de su vida y las que le hayan podido afectar de sus personas allegadas, con la documentación que se haya podido generar en cada acto e interacción relativa al paciente, incluidos síntomas, diagnósticos, tratamientos, resultados y planes personalizados de salud, con el objetivo de ampliar el conocimiento y ayudar a la toma de decisiones que puedan mejorar su salud.

A través del uso de la historia clínica para investigación, también se puede mejorar la salud de la comunidad.

Sistemas informáticos de apoyo a las decisiones clínicas

@ Se define un SIADC (sistemas informáticos de apoyo a las decisiones clínicas) como cualquier software diseñado para ayudar a la toma de decisiones clínicas, mediante la comparación de las características de los pacientes individuales con una base informatizada de conocimientos científicos; con la finalidad de generar recomendaciones específicas para cada paciente. Los SIADC pueden ser efectivos para mejorar la práctica clínica relacionada con el establecimiento de dosis de fármacos, la realización de actividades preventivas y otros aspectos

de la atención, si bien su efectividad está menos clara en el caso de ayuda al diagnóstico.

Reducir los costes generales

@ En su conjunto, las nuevas tecnologías podrían reducir los costes generales hasta en un 35% (Cyber Dialogue, 2000). Este funcionamiento futuro ya se produce ahora en el 85% de los centros sanitarios de los Estados Unidos y se están produciendo avances importantes en teleasistencia, desde la telemonitorización y la teleconsulta a la telemedicina y el telediagnóstico.

No obstante, nos queda por hacer una reflexión ética importante de lo que puede suponer la aplicación de las tecnologías de la comunicación en el ámbito sanitario, en cuestiones como la relación clínica, la confidencialidad y la seguridad de la información, los efectos perniciosos de un exceso de información no contrastada, la equidad en el acceso, etc. Lo dejamos, sin embargo, para una próxima ocasión.

EDUARD OLIVARES LLENAS

ECONOMISTA
COMISIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD
COLEGIO DE ECONOMISTAS DE CATALUÑA

«De la bioética clínica» Conclusiones de las XVIII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria

En los últimos 25 años la bioética se ha consolidado como una nueva disciplina. En este momento, ningún profesional sanitario informado ni ningún gestor prudente la considera irrelevante para su trabajo. La dimensión ética es básica para conseguir una calidad asistencial que busque la excelencia.

Ante esta realidad, la *Escuela Andaluza de Salud Pública* ha querido profundizar en distintos niveles y orientaciones de la bioética actual, en las XVIII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria, que bajo el título de “*De la bioética clínica a la bioética global*” tuvieron lugar en Granada los días 19, 20 y 21 de Mayo.

Detrás de este enunciado se ocultaba una ambiciosa pretensión de los organizadores de abarcar temas de diversa índole, algunos más debatidos en el ámbito de la bioética clínica, otros más nuevos que conocemos como “bioética global”, gracias a la expresión utilizada por Van Rensselaer Potter, creador del término *bioética*, para determinar la preocupación de la interacción del hombre con la tecnología y el planeta en un sentido amplio.

Así, en la jornada se trataron temas más conocidos y relacionados con el ámbito clínico o cuestiones relacionadas con la investigación, otros de principal interés y máxima actualidad, como es la ética de la gestión y de las organizaciones sanitarias y la ética en la economía de la salud y las decisiones políticas, y finalmente una reflexión sobre cuestiones de bioética global: ética y ecología, población y recursos escasos, etc.

Esta apertura hacia temas que nos deben preocupar a todos, como ciudadanos de un mundo del que estamos agotando los recursos, y sobre los que debemos ser capaces de reflexionar y reaccionar con comportamientos éticos y de responsabilidad hacia las generaciones futuras, se ha dado también en otros congresos de bioética que se celebran en el estado español (Sociedad Internacional de Bioética, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, etc.), siendo un síntoma positivo de sensibilización.

Queremos agradecer al Comité Organizador de las Jornadas la autorización para reproducir en estas páginas las conclusiones que se redactaron. Creemos que pueden ser de interés para el lector, ya que recogen reflexiones importantes en los diferentes temas tratados, ayudando a una toma de posición tanto desde la visión del ciudadano como del profesional o empresario.

De las ponencias, debates, comunicaciones y pósters de las XVIII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública, pueden extraerse las siguientes

CONCLUSIONES

➤ La ética es una parte esencial de las profesiones sanitarias. No se puede ser un profesional excelente sin cultivar e integrar lo humano y lo científico-técnico.

➤ Los principios de la bioética (autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia), deben universalizarse, aunque no convertirse en dogmas. La prudencia y la aceptación de la incertidumbre, de la duda, deben ser un antídoto contra los dogmatismos científicos, políticos y morales.

➤ Dentro del campo de la bioética clínica merece especial consideración la complejidad de los problemas del final de la vida. La limitación del esfuerzo terapéutico en los pacientes terminales exige una atención integral tanto al paciente como a la familia. El reconocimiento de la vulnerabilidad, los aspectos emocionales, la atención familiar, la atención al sufrimiento, la planificación de los cuidados o la buena coordinación de la atención profesional son elementos que deben considerarse junto con los aspectos puramente técnicos. Todos ellos determinan la calidad ética de la atención al final de la vida.

«Hacia la bioética global» Jornadas de Salud Pública y Sanitaria (EASP)

✍ La ética de la investigación sigue siendo una área de reflexión ética clave. La lectura de la información científica publicada tanto en medios generales como especializados exige el desarrollo de una importante capacidad crítica. Por su parte, los periodistas científicos deben conocer y aplicar las obligaciones deontológicas de su profesión. La investigación cualitativa es investigación con seres humanos, y por tanto le es exigible la misma corrección metodológica y ética que a cualquier otra investigación.

✍ La industria farmacéutica tiene grandes obligaciones éticas. En tanto que “farmacéutica” debe someterse a las normas éticas y jurídicas que regulan la investigación. En tanto que “industria” debe respetar los principios y metodologías de la moderna ética empresarial y de la responsabilidad social corporativa. La iniciativa de hacer transparentes los protocolos de los ensayos clínicos es una iniciativa positiva porque aumenta la transparencia.

✍ Desde el punto de vista de la mesoética, la ética de las organizaciones sanitarias se revela como un campo necesario y con futuro. El motor de su desarrollo es la interacción entre la moderna ética empresarial y la bioética clínica. Las empresas sanitarias, como todas las empresas, además de tener recursos materiales, económicos o humanos tienen recursos morales, que deben gestionar para que aumenten cada vez más. Para ello deben explicitar los valores éticos e introducirlos realmente en sus procesos de funcionamiento. En nuestros hospitales y centros de salud es necesario generar una cultura ética y crear espacios éticos, convirtiendo la ética en elemento estructural y estratégico clave.

✍ En el ámbito de la macroética, la aplicación correcta del principio de justicia sigue siendo una cuestión compleja. Parece claro que el derecho a la salud y la atención sanitaria sigue siendo uno de los principales derechos humanos y también uno de los

más incumplidos en nuestro mundo globalizado. El discurso teórico de la igualdad debe transformarse en compromisos políticos prácticos que lo apliquen. En el caso concreto de nuestro país, ello debe traducirse, por ejemplo, en el logro de una financiación de los sistemas sanitarios de las diferentes autonomías, que garantice a los ciudadanos los principios éticos de universalidad, equidad, accesibilidad y calidad de la atención sanitaria.

✍ Desde la perspectiva de la bioética global y la salud pública, el debate acerca de los aspectos positivos y negativos de los alimentos transgénicos sigue abierto de forma candente. Es urgente suscitar que ese debate se traslade a la ciudadanía de nuestro país y se ejercite democráticamente. Para ello es necesario que los científicos, las ONGs, los medios de comunicación y los políticos estén dispuestos a ofrecer a los ciudadanos información veraz y argumentos honestos, tanto a favor como en contra, y permitir así que cada uno elabore su propio juicio ético y actúe en consecuencia.

✍ En un mundo globalizado, las tecnologías científicas, como la genómica, se difuminan rápidamente, pero los valores siguen teniendo un enraizamiento local y cultural. Cómo generar una ética universal que sea capaz de responder adecuadamente a este reto es una tarea que nos implica a todos, y constituye el núcleo esencial de la agenda del futuro de la bioética.

✍ Muchas otras cuestiones se han suscitado en las comunicaciones y posters presentados: el consentimiento informado, los testamentos vitales, la formación en bioética, cuestiones de fundamentación, responsabilidad social corporativa, la bioética en la red, confidencialidad, comités de ética, etc. Seguramente no hemos podido debatirlos como se merecen, pero quedan anotados en la agenda de temas de bioética en los que debemos seguir trabajando en el futuro.

En el presente número damos a conocer una selección de las monografías que hemos incorporado a la biblioteca del Instituto desde Octubre de 2004 a Junio de 2005, y que por su temática pueden ser de interés.

- ❖ Abel Lluch, Xavier[ed.] Consejo General del Poder Judicial. **El juez civil ante la investigación biomédica.** Madrid; Consejo General del Poder Judicial, 2005.
- ❖ Agencia de protección de datos de la comunidad de Madrid. **Guía de protección de datos personales para servicios sanitarios públicos.** Madrid; Agencia de protección de datos de la comunidad de Madrid, 2004.
- ❖ Alarcos, Francisco J.[ed.]. **La moral cristiana como propuesta : Homenaje al profesor Eduardo López Azpitarte, s.j.** Madrid; San Pablo, 2004.
- ❖ Amarilla Gundín, Manuel. **El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia.** Barcelona; Chiesi, 2004.
- ❖ Banco Mundial. **Informe sobre el desarrollo mundial 2005: Un mejor clima de inversión para todos.** Madrid; Banco Mundial; Mundi Prensa Libros, 2004.
- ❖ Bayés, Ramón [ed.]. **Dolor y sufrimiento en la práctica clínica.** Barcelona; Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2003.
- ❖ Biotik. **Biotechnology and ethics in Europe and worldwide: Views and recommendations.** Copenhagen; Biotik, 2003.
- ❖ Bonarini, Franco [et.al.]. **Sessualita e riproduzione: tutto sotto controllo?.** Milano; FrancoAngeli, 2004.
- ❖ Bonete, Enrique. **¿Libres para morir?: En torno a la tánato-ética.** Bilbao; Desclée de brouwer, 2004.
- ❖ Bueno i Torrens, David. **Òrgans a la carta: Cèl·lules mare, clonatge terapèutic i medicina regenerativa.** Barcelona; Omnis cellula, 2005.
- ❖ Busquet i Duran, Xavier. Institut Borja de Bioètica. **Aprender a morir : Vivències a la vora de la mort.** Girona; Documenta Universitaria, 2004.
- ❖ Callahan, Daniel. **Poner límites : Los fines de la medicina en una sociedad que envejece.** Madrid; Triacastela, 2004.
- ❖ Casado, María. **Las leyes de la bioética.** Barcelona; Gedisa, 2004.
- ❖ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. **Fin de vie , arret de vie, euthanasie= End of life, ending life, euthanasia.** Paris; 2000.
- ❖ De Lorenzo Montero, Ricardo. **Manual práctico de la Ley básica de autonomía de los pacientes para psiquiatras.** Madrid; Saned, 2003.
- ❖ Díez Ripollés, José Luis [et.al.] [eds.] Instituto andaluz interuniversitario de criminología. **La atención a los enfermos terminales: Una investigación multidisciplinar.** Valencia; Tirant lo Blanch, 2000.
- ❖ Diogène, Eduard [ed.]. **Guía de investigación clínica para atención primaria.** Barcelona; Ediciones Mayo, 2005.
- ❖ EUI Santa Madrona. **La formació infermera: estat de la qüestió i perspectiva internacional.** Barcelona; Fundació « La Caixa» 2004.
- ❖ European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission. **The ethical aspects of ICT implants in the human body: Proceedings of the roundtable debate organised by de european group on ethics, Amsterdam, 21 December 2004.** Office for Official Publications of the European Communities, 2005.
- ❖ Feito, L. [ed.]. **Bioética: la cuestión de la dignidad.** Madrid; Universidad Pontificia Comillas, 2004.
- ❖ Fundació Victor Grífols i Lucas. **Los fines de la medicina.** Barcelona; F. Victor Grífols i Lucas, 2005.
- ❖ Goffi, Jean-Yves. **Penser l'euthanasie.** Paris; Presses Universitaires de France, 2004.

- ❖ Guerrero Zaplana, José. **El consentimiento informado. Su valoración en la jurisprudencia: Ley básica 41/2002 y leyes autonómicas.** Valladolid; Lex Nova, 2004.
- ❖ Guimón, José. **La discriminación de los pacientes mentales: Un reto para los derechos humanos.** Bilbao; Universidad de Deusto, 2004.
- ❖ Institut Borja de Bioètica. **Ensayos de bioètica-4.** Madrid; Institut Borja de Bioètica; Fundación Mapfre Medicina, 2004.
- ❖ Jochemsen, Henk [ed.]. **Human stem cells: Source of hope and of controversy.** Jerusalem; Lindeboom Institute and bussinesethics center of Jerusalem.
- ❖ Jonsen, Albert R. Siegler; Mark Winslade; William J. **Ética clínica: Aproximación a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica.** Barcelona; Ariel, 2005.
- ❖ Martínez-Calcerrada, Luis; De Lorenzo, Ricardo. **Derecho médico. Tratado de derecho sanitario. (Tres tomos).** Madrid; Asociación Española de Derecho Sanitario. Colex, 2001.
- ❖ Masia Clavel, Juan [ed.] **Pruebas Genéticas: Genética, derecho y ética.** Bilbao; Universidad Pontificia Comillas; Desclée de brouwer, 2004.
- ❖ Méndez Baiges, Víctor. **Sobre morir: eutanasias, derechos, razones.** Madrid; Trotta, 2002.
- ❖ Mora Molina, Juan Jesús. **Holanda: entre la vida y la muerte.** Valencia; Tirant lo Blanch, 2002.
- ❖ Mrad de Osorio, Afife. **Utilización de animales de laboratorio en la experimentación biológica.** Santa Fé de Bogotá; Universidad Nacional de Colombia, 2000.
- ❖ Nuffield Council on Bioethics. **The ethics of research related to healthcare in developing countries : A follow-up discussion paper based on the workshop held in Cape Town, South Africa 12-14th february 2004.** London; Nuffield Council on Bioethics, 2005.
- ❖ Núñez Cubero, María Pilar [ed.]. **Biología, ètica i cristianisme.** Barcelona; Cruïlla, 2004.
- ❖ Ricoeur, Paul. **Finitud y culpabilidad.** Madrid; Trotta, 2004.
- ❖ Romeo Casabona, Carlos María. **Investigación con células troncales.** Barcelona; Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004.
- ❖ Schotsmans, Paul; Meulenbergs, Tom [eds.]. **Euthanasia and palliative care in the low countries.** Leuven; Peeters, 2005.
- ❖ Simón, Pablo [ed.]. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. **Ética de las organizaciones sanitarias: Nuevos modelos de calidad.** Madrid; Triacastela, 2005.
- ❖ Simón, Pablo; Barrio, Inés M^a. **¿Quién decidirá por mí?.** Madrid; Triacastela, 2004.
- ❖ Somerville Margaret. **The ethical canary: Science, society and the human spirit.** Toronto; Viking, 2000.
- ❖ Torralba Roselló, Francesc **¿Qué es la dignidad humana?: Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris.** Barcelona; Institut Borja de Bioètica; Herder, 2005.
- ❖ Walters, LeRoy (ed.). **Bibliography of Bioethics: Volume 30.** Washington, DC; Kennedy Institute of Ethics. Georgetown University, 2004.

El Instituto recuerda a todos los lectores que el contenido de su biblioteca y centro de documentación, con más de 12.000 monografías y 200 revistas nacionales y extranjeras, se puede consultar "on line" a través de nuestra página web: www.ibbioetica.org

✓ **29th International Congress on Law and Mental Health**, organizado por la “International Academy of Law and Mental Health” para los días 2 a 9 de Julio en París. Más información: admin@ialmh.org. Telf. +1 514.343.59.38 Fax +1 514.343.24.52

✓ **Curso de la Universitat d’Estiu Ramon Llull 2005 “El desencís del món, el retorn de la filosofia”**, organizado por la Facultad de Filosofía para los días 4 a 8 de Julio en la Facultad de Ciencias de la Comunicación Blanquerna. Más información: <http://www.url.edu/UE2005.htm>

✓ **Actividad de la Obra Social de “La Caixa” *El genoma en Internet***, organizado por CosmoCaixa para los días 8 y 9 de Julio en Barcelona. Secretaría Tècnica: Suport Serveis, c/ Calvet, 30 08021 Barcelona. Telf. 93.201.75.71 E-mail: secretaria@suportserveis.com

✓ **XXV Jornadas de Economía de la Salud «On estem 25 anys després?»** organizadas por la Asociación de Economía de la Salud (AES), en Barcelona, para los días 13 al 15 de Julio. Información: Tel. 93-231.40.66. E-mail: secretaria@aes.es y www.aes.es

✓ **5º Congreso de Bioética de América Latina y el Caribe “Bioética, Salud Pública, Ambiente y Ciudadanía”** organizada por la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE) en Panamá (República de Panamá), para los días 9 a 13 de Agosto.
Información: E.mail: FELAIBE@cwpanama.net y www.felaibe5congreso.org

✓ **8th Seminar of the European Society of Contraception «Sexual Education: The key issue of reproductive health»** organizado por la ESC (European Society of Contraception) para los días 23 a 24 de Septiembre en Novotel Warszawa Airport, Varsovia (Polonia). Información: www.contraception-esc.com

✓ **Jornada «Standards for Confidentiality and Privacy in Healthcare»** organizada por EuroSOCAP (The Development of European Standards on Confidentiality and Privacy in Healthcare among Vulnerable Patient Populations), para el día 8 de Septiembre en Residence Palace de Bruselas. Más información: Telf.: 00 44 28 9097 2163 or 9097 5790. Fax.: 004428 9097 5870. E-mail: c.harper@qub.ac.uk

✓ **EACME Annual Conference 2005 “Ética y Filosofía en las Tecnologías Médicas Emergentes”**, organizada por la EACME/AECCEM (Asociación Europea de Centros de Ética Médica), la ESPMH (European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare), y el Institut Borja de Bioètica - Universitat Ramon Llull, para los días 24 a 27 de Agosto en Barcelona. Secretaría del **Institut Borja de Bioètica**: Telf. 93 600.61.06, E-mail: bioetica@ibb.hsjdbcn.org. Web del Congrès: www.marsans.es/eacme-espnh-2005.

✓ **Conference “Bioethics in the context of law, morals and culture”** organizada por el “Institut für Umweltkommunikation” para los días 14 y 15 de Septiembre en Berlin. Secretaría: IFU, telf. +49 (0)228.43.21.70 E-mail: bioethik@ifu-bonn.com

bioètica & debat

CON LA COLABORACIÓN DE

 **Fundación MAPFRE** | **MEDICINA**

CAIXA DE CATALUNYA 