

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA-Año IX N. 32

Consideraciones en torno al «Informe mundial sobre la violencia y la salud» de la Organización Mundial de la Salud

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud dió a conocer el «Informe mundial sobre la violencia y la salud», documento que creemos merece ser citado en esta publicación. Sin embargo,

dada su extensión, recogemos someramente su contenido en estas consideraciones, si bien reproducimos de forma íntegra sus Recomendaciones en las páginas centrales (ver págs. 8 y 9).

parte de las secuelas que deja la violencia, con medidas sanitarias que operan allí donde otras vías resultan insuficientes o ineficaces. De acuerdo con la OMS, este fue el fin que llevó a que se redactara el Informe mundial sobre la violencia y la salud, siguiendo las etapas aplicadas en materia de salud pública:

- definir y observar la magnitud del problema;
- identificar sus causas;
- formular y poner a prueba modos de afrontarlo;
- aplicar ampliamente medidas de eficacia probada.

El concepto de violencia

De acuerdo con la OMS, la violencia es “*El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privaciones*”.

La definición abarca no sólo la violencia interpersonal sino tam-

(pasa a pág. 3)

sumario

Informe mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS) -consideraciones..	1 a 5
Editorial	2
Más allá de la noticia	6 y 7
Informe Mundial (OMS) -Recomendaciones-	8 y 9
Soledad en los mayores: otra forma de maltrato ..	10 a 13
La biblioteca del IBB ...	14 y 15
Agenda	16

En el mundo, mueren lamentablemente cada año, a causa de los conflictos armados y la violencia desproporcionada, provenga ésta de la vida social, institucional o familiar, aproximadamente dos millones de personas. El sector de población que resulta más afectado es el comprendido entre los 15 y los 44 años. Las secuelas físicas y psicológicas que acompañan a las víctimas supervivientes arrastran tras de sí un lastre que afecta, directa e indirectamente a la economía de un país. Además, en la mayoría de los casos, son países que también ven afectado su presupuesto a raíz del conflicto armado.

En las últimas décadas, la prevención, que incluye la prevención sanitaria, ha jugado un papel importante, no sólo como vía conducente a la solución pacífica de los conflictos, sino como un elemento que contribuye a subsanar



TRIBUNA ABIERTA
DEL INSTITUT BORJA
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓN

Núria Terribas i Sala

REDACCIÓN Y EDICIÓN

Irina Jurglis Talp

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francesc Abel i Fabre
Jordi Craven-Bartle
Miguel Martín Rodrigo
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO

Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES

Ester Busquets i Alibés
José María Galán
José García Férez
José Ramón Pérez
Efrain Pérez Escobar

IMPRESO EN:

Gráficas JIDER, S.A.

EDITADO POR:

Institut Borja de Bioètica,
Fundación Privada

Bioética y violencia

En el presente número de *Bioética & Debat* pretendemos reflexionar sobre la relación entre salud, ética de la vida y violencia. Aunque, aparentemente, la violencia sea una cuestión alejada de la ética, el hecho es que es uno de sus temas desde el principio del pensamiento occidental. El mismo Sócrates, por ejemplo, creía que los humanos podíamos resolver nuestras diferencias mediante el uso de la palabra (*logos*), sin necesidad de caer en formas de agresión, de imposición, de violencia o de crueldad.

El diálogo es, al fin y al cabo, el mecanismo más civilizado que hemos descubierto para resolver nuestros conflictos. Es el instrumento fundamental de que disponemos para encontrar soluciones a nuestros problemas, aunque sean de carácter provisional. Contra la violencia del más fuerte, contra la imposición y la agresión del más poderoso, la ética propone el diálogo como mecanismo para avanzar en la humanización del mundo. La esperanza en que la violencia puede ser reducida, la fe en que la persona puede adoptar actitudes pacíficas y pacificadoras en su vida está en el corazón de la ética, aunque muy a menudo esta esperanza se vea frustrada por el peso de los hechos.

Las formas de considerar la violencia y los mecanismos para paliarla han variado mucho a lo largo de la historia, pero la violencia sigue siendo un tema transversal en la ética de todos los tiempos. Desde la concepción del castigo purificador (el suplicio público) hasta la práctica de la reconciliación de Nelson Mandela, pasando por la sabiduría de la no-violencia (ahimsa) de Mahatma Gandhi, la humanidad ha realizado un largo camino en las formas de entender la lucha contra la violencia. Hemos descubierto que hay formas de violencia muy diferentes, pero que hay que combatir igualmente. Nos hemos dado cuenta que hay una violencia física, pero también una violencia estructural. La primera es rechazada, pero también lo es la segunda, aunque no sea tan visible. La explotación económica, el paro, la miseria o el hambre son formas de violencia estructural que generan otras formas de violencia.

Una ética de la vida no puede olvidar la violencia, porque la violencia afecta gravemente las posibilidades de vivir una vida digna, gozosa y solidaria. Si la violencia es una forma de interacción que se caracteriza por la voluntad de aniquilar o de malbaratar la realidad, es esencial extirparla de raíz con el fin de poder construir los fundamentos de una vida plenamente humana. No nos referimos sólo a la violencia entre los hombres, sino también a la violencia que podemos causar a los animales, al ecosistema, a las instituciones o a las identidades colectivas.

Hay una estrecha relación entre violencia y salud. La violencia es una forma de interacción que maltrata gravemente la salud de la persona. No nos referimos, exclusivamente, a su salud física, sino también a su salud psíquica, emocional y social. Si la salud es, en palabras del doctor Pont i Gol, una existencia libre, gozosa y solidaria, la violencia es un obstáculo esencial para conseguir este estado de salud al que todo ser humano, por naturaleza, aspira. Esto quiere decir que, para alcanzar este reto, hay que pensar, a fondo, las raíces y las formas que puede experimentar la violencia.

Lamentablemente, vivimos en un mundo donde la violencia es omnipresente. Sólo hay que estar atentos a los medios de comunicación social para constatar la magnitud de sufrimiento y de dolor que, diariamente, genera esta violencia en el mundo. Reconocerla y trabajar para extinguirla es un deber moral. La violencia doméstica, tan presente en nuestro país, es una de las expresiones más visibles, pero hay mucha más violencia enterrada, escondida, que genera víctimas igualmente inocentes. Hay mucha violencia que no captan los medios de comunicación, pero que existe y es igualmente execrable.

Si uno de los objetivos de la bioética es velar por unas condiciones de vida óptimas para todos los hombres y las mujeres de este planeta, hay que pensar a fondo la cuestión de la violencia y de sus razones. En este número que ofrecemos al lector intentamos aportar ideas en esta dirección.

(viene de pág. 1)

bién el comportamiento suicida y los conflictos armados, las amenazas e intimidaciones, así como las secuelas físicas evidentes que cualquier tipo de violencia deja en las víctimas y las menos notorias como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo, que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

Para elaborar el informe se recurrió al modelo ecológico que tiene en cuenta diversos factores socioculturales, económicos y políticos, analizando así las raíces de la conducta agresiva. El modelo consta de cuatro niveles: el individual, el relacional, el comunitario y el social.

■
Además de esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico indica, asimismo, qué se debe hacer en los distintos niveles estatales y sociales para prevenir la violencia.

En el nivel individual se examina la historia personal y familiar, los factores demográficos (edad, educación, ingresos etc.), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los desórdenes en el comportamiento.

En el nivel relacional se ahonda en las relaciones fraternales, laborales, sociales y amorosas que puedan influir o desencadenar el comportamiento violento.

En el tercer nivel se explora la dimensión social y sus contextos comunitarios, identificando los factores de riesgo potencial que estimulan la conducta agresiva (pobreza, densidad de población,

altos niveles de movilidad de residencia, carencia de capital social o existencia de tráfico de drogas en la zona).

El cuarto nivel se centra en los factores generales de la estructura de la sociedad, como las normas sociales, políticas sanitarias, económicas, educativas, etc. que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad.

Además de esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico indica, asimismo, qué se debe hacer en los distintos niveles estatales y sociales para prevenir la violencia.

Las formas y los contextos de la violencia

En el informe se emplea una tipología de la violencia que divide los comportamientos violentos en categorías, dependiendo del actor, la víctima y del tipo de violencia a que ha sido sometida.

☛ **Violencia interpersonal**

La violencia interpersonal cubre un amplio abanico de actos y comportamientos que van desde la violencia física, sexual y psíquica hasta las privaciones y el abandono. Se abarcan los diversos tipos de violencia juvenil, de pareja, al menor, tanto en el hogar como en centros educativos, en geriátricos, las violaciones y las agresiones sexuales, y la violencia carcelaria.

Se calcula que en el año 2000 murieron en el mundo 520.000 personas a consecuencia de la violencia interpersonal, lo que representa una tasa de 8,8 por cada 100.000 habitantes. Mucho más numerosas aún son las víctimas,

no mortales, de agresiones físicas o sexuales.

La violencia social y comunitaria generada por las disparidades en los ingresos y las desigualdades entre los sexos no es muy aparente; asimismo, la violencia intrafamiliar queda más oculta a la mirada pública, dependiendo también de la cultura, la policía y los tribunales a veces poco dispuestos a actuar contra ella. No así la juvenil, que siendo muy visible suele considerarse un delito.

■
Las diferentes formas de violencia interpersonal comparten numerosos factores de riesgo subyacentes, como una baja autoestima, trastornos de la personalidad y la conducta o un escaso control del comportamiento.

Las diferentes formas de violencia interpersonal comparten numerosos factores de riesgo subyacentes, como una baja autoestima, trastornos de la personalidad y la conducta o un escaso control del comportamiento. En otros casos están ligados a experiencias vitales, como la falta de lazos emocionales y de apoyo, el contacto temprano con la violencia en hogares marcados por divorcios o separaciones, el abuso de drogas y alcohol, etc.

☛ **Suicidio y violencia autoinfligida**

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, lo que convierte el suicidio en la decimotercera causa de muerte. Las tasas más elevadas se registran en los países de Europa Oriental y, las más bajas, principalmente en América Latina y

unos pocos países de Asia.

En general, el suicidio aumenta con la edad: los de personas entre los 75 o más años triplican a los de la población entre los 15 a 24 años. Pero en este último rango de edades, las lesiones autoinfligidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

En gran parte del mundo el suicidio está estigmatizado por razones religiosas o culturales, y en algunos países el comportamiento suicida constituye un delito castigado por la ley. Se trata pues de un acto subrepticio rodeado de tabúes y misterios.

En gran parte del mundo el suicidio está estigmatizado por razones religiosas o culturales, y en algunos países el comportamiento suicida constituye un delito castigado por la ley. Se trata pues de un acto subrepticio rodeado de tabúes y misterios.

Existen diversos factores estresantes que pueden aumentar el riesgo del suicidio. Entre las principales circunstancias figuran la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales. Aunque estas experiencias son frecuentes, sólo una minoría está más predispuesta a atender contra sí misma.

Entre los factores de riesgo predisponentes figuran el abuso del alcohol y de drogas, los antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia y el aislamiento social, así como los problemas psiquiátricos, la esquizofrenia, la depresión u otros trastornos

ánimicos, etc.

Entre otros factores destacados cabe citar:

- ✓ las enfermedades somáticas, sobre todo las dolorosas o discapacitantes;
- ✓ el acceso a los medios para quitarse la vida;
- ✓ el antecedente de un primer intento de suicidio, sobre todo en los seis meses siguientes a éste.

Las tasas de suicidio se han asociado, asimismo, con crisis económicas y políticas.

➤ **Violencia colectiva**

La violencia colectiva es el uso desproporcionado de la fuerza por un grupo personas frente a una colectividad, pueblo o nación con el fin de lograr diversos objetivos. Adopta la forma de un conflicto armado nacional y/o internacional.

El siglo XX ha sido uno de los períodos más violentos de la historia de la Humanidad. Se calcula que fueron víctimas fatales de los conflictos armados más de 200 millones de personas de las cuales el 70% eran civiles.

Las graves secuelas que deja toda guerra en las víctimas supervivientes, no sólo afectan la vida psicosomática de la persona sino que también afectan el tejido social con unas consecuencias prácticamente irreparables.

¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia?

La violencia es un problema polifacético, para el que no existe una solución sencilla o única; antes bien, es necesario actuar simultáneamente en varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad para prevenirla.

A menudo la violencia es previsible y evitable. Invertir en prevención es, más que un gasto, una inversión. Por su naturaleza, las actividades de prevención primaria operan antes de que lleguen a producirse los problemas, con lo cual se ahorra.

El siglo XX ha sido uno de los períodos más violentos de la historia de la Humanidad. Se calcula que fueron víctimas fatales de los conflictos armados más de 200 millones de personas de las cuales el 70% eran civiles.

Es mucho lo que las organizaciones de base, los individuos y las instituciones pueden lograr. El compromiso político de poner coto a la violencia es vital para el éxito de las iniciativas en el ámbito de la salud pública.

Los recursos deben concentrarse en los grupos más vulnerables. Las investigaciones señalan que las personas de nivel socioeconómico más bajo son las que corren mayor riesgo de adoptar actitudes violentas.

EFRÁIN PÉREZ ESCOBAR

PROFESOR DE ÉTICA Y
DERECHOS HUMANOS
EXPERTO EN DERECHOS HUMANOS Y
DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

(*) El contenido de este artículo está esencialmente basado en la traducción oficial de la «Sinopsis» del Informe publicada en castellano por la propia OMS (Ginebra, 2002).

X Jornadas Nacionales de Bioética San Juan de Dios

«Ética ante la fragilidad»

Hacia la Igualdad de Derechos y Deberes de las Personas con Trastornos Psíquicos

Conclusiones

Las personas con discapacidad deben dejar de ser ciudadanos invisibles y tomar visibilidad y protagonismo en la participación social. La integración y normalización de la persona con discapacidad se fundamenta en el principio, universalmente aceptado, de igualdad de oportunidades que requiere acciones positivas que faciliten la inclusión social y está basada en la reciprocidad de la interrelación.

La fragilidad propia de la persona con enfermedad mental hace más evidentes como derechos *prima facie* a los principios de no maleficencia y de justicia.

Dado que, según defiende la Organización Mundial de la Salud, *los pacientes son capaces de tomar sus propias decisiones a menos que se pruebe lo contrario*, se hace necesario superar el principio tradicional de equivalencia entre enfermedad mental e incapacidad psíquica incorporando en la asistencia medidas de valoración objetiva de la competencia.

Como el derecho universal a la protección de la salud también lo es a la salud mental, es preciso hacer llegar la reforma psiquiátrica al ámbito rural donde se carece

de los dispositivos asistenciales específicos.

El trabajo en equipo presenta una exigencia ética de diálogo que se fundamenta en que los miembros del equipo asumen los mismos derechos de autonomía, igualdad, imparcialidad y solidaridad desde el desempeño de su rol profesional específico.

El fundamento ético para el cuidado de los ancianos dependientes descansa en que el anciano es persona, posee dignidad y su vida tiene pleno sentido existencial. Aplicar una ética de la fragilidad, una ética del cuidado y una ética del corazón dignifican la calidad de vida del anciano dependiente.

Incorporar el asesoramiento de los Comités de Ética Asistencial a la toma de decisiones clínicas incrementa la calidad asistencial porque promueve el respeto a los derechos fundamentales de las personas enfermas y de quienes les atienden: la familia, los profesionales, las instituciones y la sociedad en general.

La asistencia en situación de enfermedad terminal en el enfermo psicogeriatrico comporta decisiones complejas en las que se descubre la exigencia de valorar

los requisitos éticos de forma individualizada.

La asistencia psiquiátrica debe estar integrada y desarrollada en el sistema general de salud, equiparando al enfermo mental con cualquier otro paciente.

Consideramos que debemos seguir profundizando en el estudio de los aspectos éticos relacionados con nuestra actividad asistencial en el ámbito de la ética y de la discapacidad, ética y salud mental y ética y psicogeriatría.

Centro Asistencial
San Juan de Dios
Málaga, 7 de Junio de 2003

HNO. JOSÉ RAMÓN PÉREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO

D. JOSÉ MARÍA GALÁN
SECRETARIO DEL COMITÉ CIENTÍFICO

(*) El Institut Borja de Bioètica participó en estas X Jornadas, desarrolladas sobre un tema que consideramos de especial importancia por ser un colectivo especialmente vulnerable. Por ello reproducimos aquí sus Conclusiones.

Actualidad y derechos humanos

Una ley desmesurada

A mediados de Marzo la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertaba de la detección en Asia de una neumonía atípica. Al principio se pensaba que la patología no sería excesivamente contagiosa y se podría controlar con relativa facilidad. Pronto se tomó conciencia de la gravedad del asunto. Ante esta amenaza sanitaria, de alcance mundial, las autoridades de todos los países se han visto obligadas a dictar medidas de control, muy diferentes según las circunstancias y los gobernantes, con el fin de evitar nuevos contagios.

Paradójicamente, el gobierno chino, acusado por la OMS de haber tardado mucho en informar sobre esta grave enfermedad y haber contribuido a su propagación, ha sido uno de los más duros a la hora de aplicar mecanismos en contra de la SARS (Síndrome respiratorio aguda y grave). En la China la legislación vigente en materia de enfermedades infecciosas es muy estricta y contempla penas importantes, incluso la pena de prisión perpetua y la pena de muerte a quien *"propague intencionadamente enfermedades contagiosas que pongan en peligro la seguridad pública..."*. El anuncio encaja a la perfección con la tradición autoritaria china. No olvidemos que China, juntamente con Arabia Saudita, Irán y Estados Unidos, aplica la pena de muerte con profusión. Según Amnistía Internacional, el año pasado 1.060 de las 1.526 ejecuciones conocidas en el mundo se

China amenaza con ejecutar a quien propague deliberadamente la neumonía.

«China amenazó ayer con la pena de muerte a quien propague deliberadamente la neumonía atípica. *"La difusión intencionada de la enfermedad que ponga en peligro la seguridad pública o provoque graves daños personales, la muerte o grandes pérdidas a la propiedad pública o privada será castigada con penas desde 10 años de cárcel hasta la cadena perpetua e, incluso la muerte"*, dijo el Tribunal Supremo del Pueblo. El anuncio revela la preocupación de las autoridades por la posible extensión de la epidemia en las zonas rurales. La Organización Mundial de la Salud consideró contraproducente la brutal medida.»

El País, 16 de Mayo de 2003.

produjeron en este país. Desde un punto de vista práctico la parte de esta ley que tendrá más consecuencias es la amenaza de tres a siete años de prisión para enfermos contagiosos o sospechosos de serlo que se nieguen a ser reconocidos, tratados o esquiven la cuarentena, pero no perdamos de vista que la declaración también hace mención a la pena de muerte.

La China no es un estado democrático y depende de un gobierno autoritario. Esto explica que su sistema jurídico, en algunos casos, actúe de una manera tan represiva y cruel. Desde una óptica democrática y respetuosa de los derechos humanos, que no es el caso de la China, la pregunta que surge espontáneamente es la siguiente: ¿Una ley de este tipo, en un país que sea democrático o no, se puede considerar justa?. En nombre del respeto a la dignidad humana hemos de responder que no. Si es cierto que, con los derechos humanos en la mano, *"todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y en derechos"* (art. 1) y que *"todo individuo tie-*

ne derecho a la vida..." (Art.3), nadie está autorizado para determinar si a una persona se la ha de castigar con la muerte. La medida para combatir la SARS dictada por el Tribunal Supremo de China, podría ser que tuviera alguna utilidad para la colectividad, pero en nombre del bien de la colectividad no se puede aplastar al individuo hasta llegar al extremo de la muerte, cuando puede haber medidas alternativas. La medida en este caso, - y, con esto nos unimos al punto de vista de la OMS, - es brutal, y en tanto que es un abuso de poder contra la persona aún resulta más inadmisibles.

■
En nombre del bien de la colectividad no se puede aplastar al individuo hasta llegar al extremo de la muerte, cuando puede haber medidas alternativas.
■

Creemos que un asunto de salud pública tan grave como éste se ha de abordar, no con medidas coercitivas y desmesuradas como estas, sino con una red sanitaria bien

organizada y eficaz, que afronte el problema con competencia y responsabilidad, esto es, aplicando medidas de prevención y buscando la eficacia, cuanto más rápida mejor, en los tratamientos. Queremos proteger el bien común exclusivamente a través de la coerción

es apostar por un paternalismo duro y fuera de lugar que, además de no solucionar el problema y atentar, como hemos dicho, contra los derechos humanos, mantiene a los ciudadanos en minoría de edad, cosa por otra parte típica de los gobiernos autoritarios. No

se trata de reprimir sino de prevenir e imaginar respuestas óptimas. Es así como debe ser posible remediar el problema y, al mismo tiempo, se ponen los fundamentos para construir una sociedad más justa y también más libre.

Sombras de la genética

La aparición de noticias sobre genética es constante y despierta gran interés entre la población. La revolución genética, como sugiere el texto que comentamos y muchos otros, se confirma que es ambivalente: por un lado genera grandes expectativas y esperanzas, pero por el otro abre muchos interrogantes y engendra algunos temores.

Más que nunca se debe tener claro que a más posibilidades científicas y tecnológicas más responsabilidades. Por lo tanto, es importantísimo continuar luchando por el respeto y promoción de la dignidad humana.

Sin negar el valor de la ciencia y la investigación genética e intentado ver el lado positivo, las palabras que hemos escogido del doctor Kubinyi ponen de manifiesto algunas de las sombras derivadas del conocimiento del genoma humano. Así, según Kubinyi, tener una enfermedad genética poco frecuente (del 5%, por ejemplo) o ser pobre... quiere decir quedar al margen de las posibilidades terapéuticas por razones estrictamente económicas, y eso es atentar contra un principio ético básico que, a pesar de las diferentes inter-

pretaciones que se hacen del mismo y que no siempre son coincidentes, parece que es reconocido como puntal indispensable para la convivencia en un mundo plural: la dignidad de la persona humana.

Esta idea se ve reforzada por un texto de mayoritaria aceptación en los ámbitos bioéticos occidentales, la denominada *Declaración Universal sobre el genoma humano y los derechos humanos*, que en algunos de sus artículos quiere prevenir contra esos abusos: «Nadie podrá ser objeto de discriminaciones fundadas en sus características genéticas, cuyo objeto o efecto sea atentar contra sus derechos humanos y libertades fundamentales y el reconocimiento de su dignidad» (art. 6) y «Toda persona debe tener acceso a los progresos de la biología, la genética y la

medicina en materia de genoma humano, respetándose su dignidad y derechos» (art. 12a).

Más que nunca se debe tener claro que a más posibilidades científicas y tecnológicas más responsabilidades. Por lo tanto, es importantísimo continuar luchando por el respeto y promoción de la dignidad humana y, evidentemente, para que el equilibrio necesario entre países ricos y países pobres llegue a ser un sueño realizado.

“EN EL 2010 CADA UNO TENDRÁ SU FOTO GENÉTICA”

P- ¿No hay otros problemas por saber demasiado?

R- Bueno, existen pequeños grupos, por ejemplo, en algunas enfermedades con determinados medicamentos para los que no sirven sus receptores. Supongamos que ese grupo es de tan sólo un 5%...

P- Sí...

R- ...Desarrollar un medicamento cuesta entre uno y dos millones de euros. Ningún gran laboratorio asumirá ese coste de investigación y desarrollo para un mercado tan exiguo, así que se quedarán sin la medicina.

P- Y ya no hablemos del Tercer Mundo...

R- Ahí las enormes diferencias ya se manifiestan ahora mismo.

(Extraído de la entrevista al Dr. Hugo Kubinyi, pionero de la medicina a medida).

«La Contra» de La Vanguardia

6 de Junio de 2003

ESTER BUSQUETS I ALIBÉS

LICENCIADA EN FILOSOFÍA
DIPLOMADA EN INFERMERÍA
COLABORADORA DEL IBB

Informe mundial sobre la violencia

MEDIDAS RECOMENDADAS

La naturaleza polifacética de la violencia exige el compromiso de los gobiernos y de las partes interesadas a todos los niveles de la toma de decisiones: local, nacional e internacional. Las recomendaciones siguientes reflejan esta necesidad de estrategias multisectoriales y de colaboración.

Recomendación 1.

Crear, aplicar y supervisar un plan nacional de acción para prevenir la violencia.

Los planes nacionales de prevención de la violencia deberían basarse en un consenso desarrollado por un amplio abanico de agentes gubernamentales y no gubernamentales. Tendrían que incluir, además, un calendario y un mecanismo de evaluación y permitir la colaboración entre sectores que podrían contribuir a prevenir la violencia, como el jurídico-penal, el educativo, el laboral, el sanitario y el de bienestar social.

Recomendación 2.

Aumentar la capacidad de recopilar datos sobre la violencia.

Es importante disponer de datos fidedignos sobre la violencia, no sólo para fijar prioridades o poder utilizarlos como orientación a la hora de elaborar y supervisar programas, sino también para sensibilizar a la población. Sin información, poca presión puede ejercerse para que las personas reconozcan el problema o reaccionen ante él. Además de asegurar que la información se recabe a todos los niveles, es igualmente importante adoptar normas aceptadas internacionalmente para la recopilación de datos que favorezcan la comparación de éstos entre las diversas naciones y culturas.

Recomendación 3.

Definir las prioridades y apoyar la investigación de las causas, las consecuencias, los costes y la prevención de la violencia.

A escala nacional, puede impulsarse la investigación mediante políticas gubernamentales, la participación directa de las instituciones estatales y la financiación de actividades realizadas por instituciones universitarias e investigadores independientes. Entre otras numerosas prioridades en materia de investigación, es urgente desa-

rollar o adaptar, probar y evaluar muchos más programas de prevención, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. En el ámbito mundial, cabe citar entre las cuestiones que demandan investigaciones transnacionales: la relación entre la violencia y diversos aspectos de la globalización; los factores de riesgo y de protección comunes a las distintas culturas y sociedades; y las estrategias de prevención prometedoras aplicables en diversos contextos.

Recomendación 4.

Promover respuestas de prevención primaria.

La importancia de la prevención primaria –y la falta de la programación pertinente en muchos países– es una cuestión que se repite a lo largo de todo el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Algunas de las intervenciones de prevención primaria importantes para reducir la violencia son:

- Atención prenatal y perinatal para las madres, así como programas de enriquecimiento preescolar y desarrollo social para niños y adolescentes;
- Formación para un correcto ejercicio de paternidad y un mejor funcionamiento de la familia;
- Mejoras en la infraestructura urbana, tanto física como socioeconómica;
- Medidas para reducir las heridas por armas de fuego y mejorar la seguridad en relación con éstas;
- Campañas en los medios de comunicación para modificar las actitudes, los comportamientos y las normas sociales.

Las dos primeras intervenciones son importantes para reducir el maltrato y el abandono de menores, así como la violencia perpetrada durante la adolescencia y la edad adulta. Las otras tres pueden repercutir notablemente en distintos tipos de violencia. La mayor parte de estas intervenciones pueden tener importantes efectos de refuerzo mutuo, dependiendo de las condiciones imperantes en cada lugar.

Recomendación 5.

Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia.

Los sistemas nacionales de salud, en su conjunto, deberían aspirar a dispensar una asistencia de alta calidad a las víctimas de todos los tipos de violencia y a asegurar los servicios de rehabilitación y apoyo necesarios para prevenir ulteriores complicaciones. Las prioridades son, entre otras:

Violencia y la salud : Recomendaciones

- Mejorar los sistemas de respuesta urgente y la capacidad del sector sanitario para tratar y rehabilitar a las víctimas;

- Reconocer los signos de incidentes violentos o de situaciones de violencia continua y enviar a las víctimas a los organismos adecuados para ofrecerles seguimiento y apoyo;

- Garantizar que los servicios de salud, judiciales, policiales y sociales eviten la "revictimización" de las víctimas y disuadan eficazmente a los autores de actos violentos de reincidir;

- Ofrecer apoyo social, programa de prevención y otros servicios para proteger a las familias en riesgo de violencia y reducir el estrés de los cuidadores;

- Incorporar al plan de estudios de los estudiantes de medicina y enfermería módulos sobre prevención de la violencia.

Todas estas respuestas pueden contribuir a reducir al mínimo las repercusiones de la violencia sobre los individuos y las familias y su coste para los sistemas sanitarios y sociales.

Recomendación 6.

Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas y promover así la igualdad social y entre los sexos.

Gran parte de la violencia guarda relación con las desigualdades sociales y entre los sexos que elevan el riesgo para grandes sectores de la población. En muchos lugares del mundo las políticas y los programas de protección social se encuentran sometidos a considerables tensiones. Numerosos países han sufrido la caída de los salarios reales, el deterioro de la infraestructura básica y una reducción constante de la calidad y la cantidad de los servicios de salud, educativos y sociales. Dado que estas condiciones guardan relación con la violencia, los gobiernos deberían esforzarse al máximo por mantener los servicios de protección social, reorganizando, si es preciso, las prioridades de sus presupuestos nacionales.

Recomendación 7.

Incrementar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia.

Es preciso mejorar las relaciones de trabajo entre los organismos internacionales, los gobiernos, los investigadores, las redes y las organizaciones no gubernamentales involucrados en la prevención de la violencia para favorecer la puesta en común de los conocimientos, el acuer-

do sobre los objetivos de la prevención y la coordinación de las actuaciones. Se debería reconocer y alentar la contribución de los grupos de defensa de derechos, como los preocupados por la violencia contra las mujeres, la violación de los derechos humanos, el maltrato de ancianos y el suicidio, con medidas prácticas, como concederles rango oficial en las conferencias internacionales más importantes e incluirlos en los grupos oficiales de trabajo.

Recomendación 8.

Promover y supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales y la legislación y otros mecanismos de protección de los derechos humanos.

A lo largo del último medio siglo, los gobiernos nacionales han firmado diversos convenios jurídicos internacionales que guardan relación directa con la violencia y su prevención. Muchos países han ido armonizando su legislación con sus obligaciones y compromisos internacionales, pero otros no lo han hecho. Allí donde el obstáculo sea la escasez de recursos o de información, la comunidad internacional debería hacer más para ayudar.

Recomendación 9.

Buscar respuestas prácticas al tráfico mundial de drogas y de armas, consensuadas a escala internacional.

El tráfico mundial de drogas y de armas es consustancial a la violencia, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. Incluso los avances modestos en cualquiera de estos dos frentes contribuirán a reducir la magnitud y la intensidad de la violencia que padecen millones de personas.

CONCLUSIÓN

La violencia no es un problema social sin solución, ni un componente ineludible de la condición humana. Es mucho lo que podemos hacer para arrostrarla y prevenirla. El mundo todavía no ha calibrado en su totalidad la envergadura de la tarea ni dispone de todas las herramientas para llevarla adelante, pero la base general de conocimientos se está ampliando, y se ha adquirido ya mucha experiencia útil.

El *Informe mundial sobre la violencia y la salud* intenta contribuir a esta base de conocimientos. Se confía en que inspirará e impulsará la cooperación, la innovación y el compromiso.

Soledad en las personas mayores: otra forma de maltrato

Son muchas las voces institucionales y sociales que se levantan una y otra vez sobre el tema de la soledad en las personas mayores, sobretodo, cuando aparecen en algún medio de comunicación noticias tan tristes como aquellas que narran cómo se ha encontrado a algún anciano/-a que llevaba varios días muerto en el interior de su domicilio sin que ningún vecino, familiar o agente social, vele por su existencia o se preocupe por su inexistencia. Incluso se están fomentando cada vez más, estudios interdisciplinares y jornadas sobre esta temática desde diferentes ámbitos científicos y sociosanitarios, así como se incrementa la dotación de servicios e iniciativas públicas y privadas para hacer frente a este gran problema social, familiar y personal.

Sin embargo, y a pesar de todo, sigue siendo enormemente difícil encontrar soluciones únicas y universales para atajar este problema o, cuando menos, para paliar adecuadamente sus causas y consecuencias. En este pequeño artículo, vamos a tratar de delimitar el problema y de enfocarlo, desde el punto de vista bioético, a la luz del principio de no-maleficencia, y, desde un punto de vista más gerontoético, dentro de una preocupación más global por y hacia el bienestar de las personas mayores.

Por lo general, las personas que alcanzan una edad superior a los 75 años, actualmente catalogadas como ancianas, rara vez están perfectamente sanas. Normalmente

tendrán alguna afección o patología que mermará sus capacidades fisiológicas y/o psicológicas. Pero no sólo aparece el factor salud/enfermedad en la persona mayor como un macroproblema, sino que también podemos afirmar que existen otros tantos problemas que, en mayor o menor medida, afectan al mundo de los ancianos y deterioran su imagen y su estima social. Entre los problemas que aquejan al mundo de las personas mayores podemos destacar los siguientes: aislamiento, incomunicación, pobreza, enfermedad, soledad, desintegración, marginación social, etc.. Incluso nos atreveríamos a sostener que el problema de la vejez además de ser un problema socioeconómico, es, ante todo, una cuestión social y cultural. Así lo resalta el conocido sociólogo catalán Salvador Giner, al considerar que *"nunca había habido tantos viejos en el mundo. Ni nunca habían estado tan solos, tan aislados, tan claramente separados del resto de la humanidad"*⁽¹⁾.

■

Entre los problemas que aquejan al mundo de las personas mayores podemos destacar los siguientes: aislamiento, incomunicación, pobreza, enfermedad, soledad, desintegración, marginación social, etc..

■

La vejez parece haber sido asumida por muchos como una etapa humana de declive mental y físico, y, por extensión, las personas

que conforman este grupo social, bajo el calificativo de *viejas*, son percibidas y vinculadas directamente con moldes subjetivos y estigmatizadores tales como: enfermedad, soledad, tristeza y abandono⁽²⁾. Estos estereotipos, junto con otros similares, favorecen quizá el sentimiento de abandono y aislamiento que padecen muchos de nuestros mayores, incluso a veces en el propio seno familiar.

De hecho, el aislamiento y la soledad, en sí mismos considerados e independientemente de las circunstancias que los hayan originado, son causa de numerosas patologías. Fijémonos en lo que decía la OMS a finales de los 60 sobre la importancia y repercusiones del aislamiento en los mayores: *"Se desprende de ciertas encuestas que un buen número de ancianos -aunque no la mayoría- viven en la indigencia y el aislamiento y sufren impedimentos físicos o deficiencias más o menos graves"*⁽³⁾. De hecho, este mismo aislamiento, motivado muchas veces por la industrialización y la aglomeración urbanística, podría ser una de las causas directas de muchos trastornos mentales⁽⁴⁾. Es más, se constata que el estado de salud y la percepción del mismo es peor en aquellos ancianos que experimentan la soledad y mejor en los que no la viven como algo negativo o impuesto⁽⁵⁾.

Pero la soledad es un término ambiguo pues, a pesar de que objetivamente representa el no tener nada ni a nadie que te acompañe o

que esté a tu lado -el Diccionario de la Real Academia la define como “*carencia voluntaria o involuntaria de compañía*”-, no es lo mismo “estar solo” que “sentirse solo”.

Estar solo equivale a no tener a nadie a tu lado o, aún teniéndolo, estar igualmente solo. Así, se puede pensar que, soledad en sentido estricto, es una carencia de compañía, un estado o circunstancia de estar solo, o estado de tristeza y melancolía provocado por la ausencia de una persona o cosa, y aún yendo más lejos, Unamuno decía que «*hay una soledad más intensa que la provocada por la ausencia de personas o cosas, y esta es la soledad absoluta, la completa, la verdadera soledad consistente en no estar ni aún consigo mismo*»⁽⁶⁾.

Sin embargo, *sentirse sólo*, es la sensación que más preocupa y padecen nuestros mayores, porque no sólo supone la soledad física, sino también el apartarse de los demás (familia, amigos, sociedad, etc.). La primera suele llamarse “aislamiento”, mientras que a la segunda, que tiene una connotación de sentimiento o conciencia de auténtica soledad, se la llama “solitariedad”. Otros distinguen entre soledad física (persona que esta sola), soledad habitacional (persona que vive sola) y soledad moral (persona que se siente sola).

Seguendo al maestro Laín Entralgo, cabe concebir tres formas de experiencia solitaria⁽⁷⁾: la soledad del que está solo porque ha perdido la compañía, la soledad del que no ha podido dejar de estar solo y la soledad del que la ha buscado y encontrado. Estas formas de soledad bien podrían interpretarse así:

■ En el primer caso el paradigma es la soledad de la viudez o de la pérdida de un ser querido. Esta experiencia de soledad es, en la edad anciana, un acontecimiento vital catastrófico. Primero, porque se percata uno mismo de la proximidad de la muerte y segundo, porque se te va la persona con la que presumiblemente has compartido la mayor parte de tu vida. Es muy difícil eludir y huir de esa experiencia de duelo propio y prójimo.

■
Cuando las funciones cerebrales se ven mermadas hasta el punto de no poder reconocerse ni a si mismo, la soledad es vivenciada desde la destrucción de las capacidades vitales.

■ En el segundo caso puede interpretarse la soledad como estado, es decir, la soledad del que no puede hacer nada para evitarla. Se pueden dar casos de ancianos solos en sus familias o en las propias residencias donde la soledad se vive como la fiel compañera de viaje. Pero aún más dramática es la situación de las personas demenciadas o incapacitadas (psíquica y funcionalmente). Cuando las funciones cerebrales se ven mermadas hasta el punto de no poder reconocerse ni a si mismo, la soledad es vivida desde la destrucción de las capacidades vitales. En las personas con Alzheimer, por ejemplo, en la fase final de su enfermedad llega un momento en que no pueden siquiera sentir su soledad. Esta sería sin lugar a dudas la forma más terrible y radical de soledad. Pero a pesar de todo, se puede decir que algo queda en ellas: el cerebro afectivo. No llegan a percibir ni identificar quién

los cuida, ni siquiera quienes son ellos mismos, pero sí “captan” cómo se les cuida, el calor de las palabras, la delicadeza de los gestos, la paciencia con que se les da de comer, etc. Es, este segundo sentido Lainista de la soledad, una soledad total.

■ El tercer modelo que presenta Laín es el de la soledad buscada y lograda. Este tipo de soledad es muy raro que se dé en las personas mayores. Primero, porque viven una afectividad de modo oblativo (necesitan cariño) y, segundo, porque muchas veces no poseen la suficiente autonomía e independencia para ello. De hecho, muchos de los ancianos que viven solos lo están más por necesidad que por propio gusto. Los misántropos son gente rara que, tarde o temprano, requerirán institucionalización, aunque se han dado casos de gente que vive sola y muere en la más absoluta y miserable de las soledades, sobre todo en los grandes núcleos urbanos.

Dentro de estas distintas situaciones, también conviene precisar, para clarificar el grado de maleficencia de cada una de ellas, que una cosa es la soledad y otra bien distinta el aislamiento desde el punto de vista ético. En la soledad uno puede estar solo o acompañado, pues lo que importa es el sentimiento de sentirse solo; en el aislamiento se está irremisiblemente solo, se siente uno abandonado. El aislamiento es una situación donde faltan presencias humanas como un hecho social, mientras que la soledad es un hecho personal⁽⁸⁾. El aislamiento es una situación donde faltan, en la mayor parte de las ocasiones, presencias humanas cercanas (es un hecho social). En la solitariedad,

no es preciso que haya carencias físicas o ambientales de otros seres, sino que se da la vivencia de encontrarse sin nadie más que uno mismo (es un hecho personal). La primera modalidad tiene una fácil solución: acompañamiento y presencia. La segunda, tiene que dar un salto más y requiere que esa presencia sea de auténtico encuentro humano, o yendo más lejos, sentirse acompañado y lleno por cualquier horizonte de sentido (personas, ideas, sentimientos, fe religiosa) o por la misma soledad.

En la vejez se dan ambas soledades: la primera como señal de abandono y desamparo de los demás, y la segunda, como indicador de vacío y ausencia de algo que llene nuestra intimidad o vacío existencial. En todo caso, cuando la soledad en su sentido más positivo sea buscada y deseada, o en su sentido negativo sea impuesta y forzada, habrá de ser canalizada y afrontada, para que pueda vivirse de forma sana, desde sentimientos de no-amargura, no-deseesperanza, no-tristeza, no-pesadumbre, no-angustia,... y sí de aceptación, esperanza, calma, y paz de espíritu. Desde esta comprensión podemos decir que la soledad es menos soledad cuando se vive en compañía, siquiera sea de la propia soledad.

Con todo, la soledad de los mayores comienza a ser entendida como maltrato cuando ésta se identifica con exclusión, abandono y/o aislamiento social. El sentido de la soledad cobra toda su crudeza cuando se le suma el de abandono. Por eso, lo que interpretamos como maltrato no es la soledad en sí misma, sino la soledad producida por el aislamiento y el rechazo social. El aislamiento

y el rechazo social lleva también frecuentemente al anciano a la desaparición de su propio "soporte social", lo cual significa, entre otras cosas, que va a sufrir cambios conductuales que afectarán a su calidad de vida, a su integridad psicofísica y a su autonomía personal⁽⁹⁾.

■

En todo caso, cuando la soledad en su sentido más positivo sea buscada y deseada, o en su sentido negativo sea impuesta y forzada, habrá de ser canalizada y afrontada, para que pueda vivirse de forma sana.

■

Pero el aislamiento supone, además, abandono y desamparo. Así lo expresa el psicoterapeuta Manuel Gómez Ortíz: "*La sociedad (...), en mayor o menor medida (al menos como tendencia, posiblemente dominante), se va desentendiendo de los mayores: va valorándolos cada vez menos, al considerar que disminuye su eficacia, su utilidad (...), a causa del inapreciable o intenso deterioro psico-físico, o simplemente porque los considera una carga (social, política, sanitaria, familiar)*"⁽¹⁰⁾.

A las personas mayores les amenaza, muchas veces, la resignación, el cansancio de la vida, la desolación y, si además perciben que su capacidad cognitiva y funcional va poco a poco disminuyendo hasta alcanzar cotas altas de dependencia, puede surgir la amenaza que algunos tienen de querer poner definitivamente fin a su vida para no ser molestos ni suponer una dura carga para otros. Por eso, como afirman algunos autores, no es de extrañar que a los sentimientos de rechazo y

abandono social, se les sumen actitudes encaminadas al suicidio con el fin de huir de un mundo demasiado inhóspito o por no tener la fortaleza psicológica suficiente para enfrentarse a tales situaciones⁽¹¹⁾. En este sentido, se puede decir que la exclusión social inclina y mueve a la exclusión personal, hasta el punto de querer o intentar suprimir la propia vida. Por eso, afirma Luban-Plozza, "*la soledad y el aislamiento suponen una causa cada vez más frecuente de temor, sobretudo en las personas impedidas y ancianas*"⁽¹²⁾.

Destacamos a continuación algunos puntos de referencia para afrontar con realismo y verdadera disposición antimaleficente, las conductas sociales que aprisionan y encaminan inexorablemente a muchos mayores a sufrir "soledad y abandono":

a) Papel de la familia: La familia, a pesar de los actuales cambios culturales, sigue siendo el principal foco de apoyo y protección de los mayores. La familia cobija, ampara, protege y tutela. Sin embargo, el anciano dependiente que vive en casa "esclaviza" de alguna manera al resto de la familia, sobre todo cuanto este padece alguna enfermedad incapacitante. La capacidad de sacrificio y la obligación filial de cuidar de los mayores pueden estar reñidas, pero lo que nunca debe faltarles es afecto, paciencia y comprensión, al menos en buena ética.

b) Papel de la sociedad: La conciencia social juega un papel importantísimo a la hora de inculcar en la mentalidad de sus gentes una imagen más positiva y menos peyorativa de sus miembros más ancianos. Así, una cultura que en lugar de promover la exclusión y

la marginación, promocióne el respeto, la tolerancia, la integración y la obligación moral de atender a los más desfavorecidos o vulnerables de su seno, será, sin lugar a dudas, una cultura humanitaria. Esta cultura humanitaria, si realmente quiere luchar contra la soledad de los mayores, debe comenzar por hacer compañía, por acompañar como acción benévola y solidaria. La compañía debe ser vista como el remedio más solícito para combatir la soledad, pero esta palabra encierra una serie de exigencias que muchas veces pueden ser cuestionables éticamente. Estar a disposición del otro y cuidar de él en situaciones difíciles, puede suponer un duro aprendizaje, pero sobretudo un reto personal que deberá ser soportado hasta un cierto límite. Con todo, no siempre es fácil delimitar éticamente hasta dónde debe llegar nuestra acción benévola y solidaria⁽¹³⁾.

■
Una cultura que promocióne el respeto, la tolerancia, la integración y la obligación moral de atender a los más vulnerables de su seno, será, sin lugar a dudas, una cultura humanitaria.

c) Papel de cada ciudadano: Cada uno de los que no pertenecemos a este sector de población ni tenemos a nuestro cargo a ninguna persona anciana, debemos caer en la cuenta de que en la medida que sentemos unas buenas bases de bienestar para el presente de éstos, estaremos estableciendo una sólida estructura social para nuestro futuro. Es más, no sólo representa un imperativo futurible para nosotros, sino que exige un

deber ético de atender a aquellos que han dado su vida para que nosotros estemos donde estamos y tengamos lo que tenemos. Este compromiso personal se puede concretar en las siguientes medidas: prestarles atención, darles comunicación, compañía, acción solidaria de voluntariado, preocuparse por sus cosas, etc.

Por todo ello, creemos que la sociedad presente y futura, debe ofrecer los suficientes recursos (clubes o casales de ancianos, viajes financiados, ayuda a domicilio, voluntariado de acompañamiento, sistemas de teleasistencia, servicios de lavandería o comida a domicilio, etc.), para que las incapacidades físicas y psíquicas de estas personas puedan paliarse en la medida de lo posible. Pero también las familias tienen un papel importante y una buena parte de responsabilidad en este cometido, máxime cuando los ancianos conviven en el núcleo familiar o no pueden disponer de ningún otro tipo de ayuda que no sea la meramente formal.

En este sentido global, familia, sociedad y nuestros "yoes" personales, han de consolidar el paradigma ético de cuidar y atender solidariamente a aquellos que nos aventajan en años y en experiencia, pero sobretudo, hemos de saber construir este proyecto ético desde el afecto, la paciencia, la comprensión y el respeto. Valores que pueden quedar en la ornamentación literaria de un artículo como éste, pero que, sin lugar a dudas y llevados a la práctica, sirven para afrontar con humanidad el drama que muchos de nuestros mayores tienen que padecer en estas épocas. La soledad y la identidad social de nuestros mayores

deben pasar pues, a convertirse, en un desafío para todos, pues, de alguna manera, todos percibimos la oscuridad que estas realidades encierran o, mejor aún, la luz que nosotros podemos aportar para su presente y para nuestro futuro...

JOSÉ GARCÍA FÉREZ

PROFESOR Y SECRETARIO TÉCNICO
CÁTEDRA DE BIOÉTICA
UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS

Notas Bibliográficas:

- (1) S. GINER, *Los viejos*, en: AA.VV., *La ancianidad, nueva etapa creadora*, Edimutra, Barcelona, 1984, 133.
- (2) Cf. N. SÁEZ NARRO, et al., *Apooyo informal y percepción de la jubilación*, en: AA.VV., *Las personas mayores dependientes y el apooyo informal*, Universidad Internacional de Andalucía, Jaén, 1995, 269.
- (3) OMS, *Problemas de salud mental del envejecimiento y de la vejez*, Humanitas, Buenos Aires, 1969, 11.
- (4) Cf. *Ibidem*, 17.
- (5) Cf. M. T. BAZO, *Ancianidad y enfermedad*: *Jano* n. 949 (1991) 82 y 87.
- (6) R. RUBIO HERRERA - J. MUÑOZ TORTOSA, *Soledad y depresión en la senectud*, en: AA.VV., *Las personas mayores dependientes y el apooyo informal*, Universidad Internacional de Andalucía, Jaén, 1995, 441.
- (7) Citado por: J. L. GUIJARRO GARCÍA, *Soledad y vejez*: *Iglesia Viva* 6 (1996) 526-528.
- (8) Cf. *Ibidem*, 524.
- (9) Cf. J. A. FLÓREZ LOZANO, *Calidad de vida en el anciano: aspiraciones y necesidades*: *Geriatría* 12 (1996) 127.
- (10) Cf. M. GÓMEZ ORTÍZ, *Psicología del anciano enfermo*: *Labor Hospitalaria* n. 243 (1997) 36.
- (11) Cf. AA.VV., *Etiopatogenia e incidencia del suicidio entre los ancianos*: *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 21 (1988) 23-30. y J. RODRÍGUEZ VILAMOR: *Tercera edad y prensa en España: 1986-1990*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1993, 251-259.
- (12) B. LUBAN-PLOZZA, *La persona anciana como desafío positivo*: *Folia Humanística* 34 (1996) 337.
- (13) Cf. J. L. GUIJARRO GARCÍA, a. c., 532-533.

En el presente número damos a conocer una selección de las monografías que se han incorporado a la biblioteca del Instituto en el último trimestre (de enero a abril), y que por su temática pueden ser de interés para el lector.

- ♦ Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.Filial de Tortosa-Terres de l'Ebre. *Aspectes d'interès de la infecció per l'HIV en el moment actual*. XIX Jornades mèdiques de les terres de l'ebre. Tortosa; Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.Filial de Tortosa-Terres de l'Ebre. 2003.
- ♦ Actis, Walter; Pereda, Carlos; de Prada, Miguel Àngel. *Colectivo Ioé. Immigració, escola i mercat de treball*. Barcelona; Fundació la Caixa, 2002.
- ♦ Ballesteros Jesús (ed.) *La humanidad in vitro*. Granada; Comares, 2002.
- ♦ Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 2003: Desarrollo sostenible en un mundo dinámico. Transformación de instituciones, crecimiento y calidad de vida*. Madrid; Banco Mundial; Mundi Prensa Libros, 2003.
- ♦ Casado, M., Egozcue, J. [eds.] Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret. *Documento sobre selección de sexo=document sobre selecció del sexe=declaration on sex selection*. Barcelona; Fundación privada Vila Casas, 2003.
- ♦ Comitè de Bioètica de Catalunya. *Guia de recomanacions sobre el consentiment informat*. Barcelona; Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
- ♦ Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. *Plan de salud mental de la comunidad de Madrid 2003-2008*. Madrid; Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, 2002.
- ♦ De Barchifontaine, Christian de Paul, Pessini, Léo [eds] *Bioética: Algunos desafíos*. Sao Paulo; Edições Loyola, 2001.
- ♦ De Barchifontaine, Christian de Paul, Pessini, Léo. *Problemas atuais de bioética*. Sao Paulo; Edições Loyola, 2002.
- ♦ De Lima Vaz, Henrique C. *Ética e direito*. Sao Paulo; Edições Loyola, 2002.
- ♦ De Lima Vaz, Henrique C. *Raízes da modernidade*. Sao Paulo; Edições Loyola, 2002.
- ♦ Duran Heras, María Ángeles. *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao; Fundación BBV, 2002.
- ♦ Engelhardt, Jr., H. Tristram, Rasmussen, Lisa M. [eds.] *Bioethics and moral content: National traditions of health care morality*. Dordrecht; Kluwer Academic Publishers, 2002.
- ♦ Estradé, Antoni [et.al.] Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Secretaria General de Joventut. *Joves i valors: Els joves catalans en l'enquesta europea dels valors*. Barcelona; Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Secretaria General de Joventut, 2002.
- ♦ Estonian genome project foundation. *Estonian genome project*. Tartu (Estonia) Estonian genome project foundation, 2003.
- ♦ European Commission. *European social statistics Demography : 2002 edition*. Luxembourg; Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
- ♦ Fundació Víctor Grífols i Lucas. *La gestión de los errores médicos*. Barcelona; Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2002.
- ♦ Gafo, Javier. *Bioética teológica*. Madrid; Universidad Pontificia Comillas; Desclée de brouwer, 2003.
- ♦ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Barcelona; Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002.
- ♦ Hospital Sant Joan de Déu. Comité d'Ètica

Assistencial. *Bioètica i informació sobre el VIH=Bioètica e información sobre el HIV*. Esplugues de Llobregat; Hospital Sant Joan de Déu. Comité d'Ètica Assistencial, 2002.

◆ Institut Borja de Bioètica. *Ensayos de bioètica-3*. Madrid; Institut Borja de Bioètica; Fundación Mapfre Medicina, 2003.

◆ Institut Català de la Salut. *Memòria científica de l'ICS 2001*. Barcelona; Institut Català de la Salut, 2002.

◆ Jañez Ramos, fernando M^a. [et.al.] Legalia, compañía de servicios jurídicos. *La protección de datos personales en el ámbito sanitario*. Cizur Menor (Navarra) Aranzadi, 2002.

◆ Lacadena, Juan-Ramón (ed.) *Los derechos de los animales*. Madrid; Universidad Pontificia Comillas; Desclée de brouwer, 2002.

◆ Lolas, Fernando. *Bioètica : O que é, como se faz*. Sao Paulo; Edições Loyola, 2001.

◆ Loureiro, Joao Carlos. *Os genes do nosso (des)contentamento: (Dignidade humana e genética: notas de um roteiro)*. Coimbra; Universidade de Coimbra, 2001.

◆ Lucchetti Bingemer, Maria Clara [ed.] *Violência e religião. Cristianismo, Islamismo, Judaísmo : Tres religioes em confronto e diálogo*. Sao Paulo; Edições Loyola, 2002.

◆ Martin, Leonard M. *Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica: ciencia, lucro e compaixao em conflito*. Sao Paulo; Edições Loyola, 2002.

◆ Médicos cristianos de Cataluña. *El sida y los cristianos*. Baracaldo; Grafite, 2003.

◆ Ministerio de Sanidad y Consumo. *Actividades del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del año 2001*. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.

◆ Organización Médica Colegial. *Código de ética y deontología médica: Organización Médica Cole-*

gial. Madrid; Organización Médica Colegial, 2002.

◆ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud (texto íntegro y sinopsis); Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

◆ Pelayo González-Torre, Angel. *Bioètica y experimentación con seres humanos*. Granada; Comares, 2002.

◆ Pessini, Léo. *Distanásia : Até quando prolongar a vida?*. Sao Paulo; Edições Loyola, 2002.

◆ Plaza Penadés, Javier. *El nuevo marco de la responsabilidad médica y hospitalaria*. Cizur Menor (Navarra) Aranzadi, 2002.

◆ PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. *Informe sobre desarrollo humano 2002: Profundizar la democracia en un mundo fragmentado*. Madrid; Mundi Prensa Libros, 2002.

◆ Ridley, Matt. *Genoma : La autobiografía de una especie en 23 capítulos*. Madrid; Taurus, 2001.

◆ Soria, Bernat. Associació catalana de comunicació científica. *Investigació en cèl.lules mare: mites i realitats*: Conferència pronunciada pel Dr. Bernat Soria al Col.legi de periodistes de Barcelona. Barcelona, 21 de febrer del 2002. Barcelona; Rubes, 2003.

◆ UNESCO. *La declaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme: des principes à la pratique*. Paris; UNESCO, 2000.

◆ UNESCO. *The universal declaration of the human genome and human rights: from theory to practice*. Paris; UNESCO, 2000.

◆ Wagensberg, Jorge. *Si la naturaleza es la respuesta, ¿cual era la pregunta? y otros quinientos pensamientos sobre la incertidumbre*. Barcelona; Tusquets, 2002.

◆ Walters, LeRoy (ed.) *Bibliography of Bioethics : Volume 28*. Washigton, DC; Kennedy Institute of Ethics. Georgetown University, 2002.

✓ **Fifth Annual «Ethical Issues in International Health Research Workshop»** organizado por la «Harvard School of Public Health» para los días 23 a 27 de Junio en Boston, Massachusetts (USA). Secretaría: Suzanne Welty. E-mail: swelty@hsph.harvard.edu

✓ **First Interdisciplinary Conference on «Communication, Medicine and Ethics»** organizada por «The Centre for Philosophy and Health Care» de la Universidad de Gales para los días 26 a 28 de Junio en Cardiff. Secretaría: COMET Organizing Committee. PO Box 94. Cartidd CF10 3 XB (UK).

✓ **XX Congreso de ASEM «Todos juntos avanzamos»** organizado por Asociación de Enfermedades Musculares para los días 27 y 28 de Junio en Barcelona. Secretaría: MEESS 1962 Servicios, S.L. Sra. Fina o Vicenta. Telf. 93.323.83.20

✓ **XV Conference «Humankind/Nature Interaction: Past, Present and Future»** organizada por la «University of Florence» para los días 5 al 12 de Julio en Florencia. Secretaría: OLIVER Srl. E-mail: oliver@dada.it

✓ **National Conference on «Conflicted Science: Corporate Influence on Science»** organizada por el «Center for Science in the Public Interest» para el día 11 de Julio en Washington, DC (USA). Secretaría: CSPI. E-mail: conflicted_science@cspinet.org

✓ **5th National Congress on «Child Maltreatment»** organizado por la «British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect» para los días 20 a 23 de Julio en York (UK). Secretaría: BASPCAN. E-mail: baspcan@baspcan.org.uk

✓ **Jornadas sobre «El consentimiento de los menores en los tratamientos médicos: del paternalismo débil a la autonomía»**, organizadas por el «Consorci Universitari Internacional Menéndez y Pelayo de Barcelona» para los días 21 y 22 de Julio en Barcelona. Secretaría: CUIMPB-Centre Ernest Lluch. E-mail: ana.camps@cuimpb.es

✓ **International Conference «Cooperation, Complicity & Conscience: moral problems in healthcare, science, law and public policy»** organizada por «The Linacre Centre for Healthcare Ethics» para los días 24 a 26 de Julio en Cambridge (Reino Unido). Secretaría: Mr. Bob Bell, The Linacre Centre, 60 Grove End Road, London NW8 9NH (UK).

✓ **EACME Annual Conference «Ethics of chronic care»** organizada por «European Association of Centres of Medical Ethics» para los días 11 a 13 de Septiembre en Lisboa. Secretaría: Top Atlantico. E-mail: lisboa.congress@topatlantico.com

✓ **Jornadas de Ciencia y Religión**, organizadas por la Universidad Pontificia de Comillas para los días 25 a 27 de Septiembre en Madrid. Secretaría: Javier Leach. E-mail: leach@sip.ucm.es

bioètica & debat

CON LA COLABORACIÓN DE



FUNDACION MAPFRE MEDICINA