

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA - Año VII N. 25

Pródromos de la píldora del día siguiente

Intentaremos en este espacio de la revista comentar algunos aspectos de las nuevas píldoras hormonales, que forman parte de la llamada «contracepción de emergencia»: la píldora abortiva RU-486 y la propiamente llamada píldora del día siguiente, considerada abusivamente o de forma impro-

pia, creo yo, como abortiva por parte de algunos médicos y por algunos moralistas. Nos detendremos en unas breves consideraciones sobre los pródromos o antecedentes en el campo científico, sociológico y moral, haciendo una llamada a todos los educadores a revisar actitudes, conductas y programas de formación de los adolescentes, objetivo prioritario en la comercialización de las píldoras y población diana de las políticas sanitarias.

No hay duda de que los antecedentes científicos tienen su raíz en el trabajo de Rock, Pincus y García, que en los años 50 descubrieron como inhibir la ovulación en la mujer con una asociación de estrógenos y progesterona. En la década siguiente empieza su utilización a gran escala con gran aceptación para regular o controlar la fecundidad. Casi se podría considerar como un ensayo clínico a escala mundial, gracias a la urgencia con la que se vivía el problema de regular eficazmente la natalidad, sobre todo entre los más pobres, y a la participación voluntarias de tantas mujeres de todo el mundo, que sin demasiada información se apuntaron a la utilización de la píldora contraceptiva hormonal.

No hace falta decir que este fenómeno desencadenó la producción de una voluminosa literatura científica, clínica y de investigación, para disminuir los efectos secundarios no deseados que se presentaban. También estimuló a la publicación de innumerables artículos de teología moral al desarmarse el argumento de que los contraceptivos interrumpían la dinámica amorosa que culminaba en el coito abierto a la procreación, y tuvieron que afinarse los argumentos de la diferencia moral entre la regulación de la natalidad por métodos naturales y la contracepción oral hormonal, cuando la intencionalidad era la misma, sin lograr nunca convencer del todo. Para hacer la historia breve, se produce también en el terreno moral un cierto olvido de los fines del matrimonio, recordados hasta el momento, para centrarse solamente en la licitud o ilicitud de los métodos de regulación de la natalidad. La encíclica *Humanae Vitae*, el 25 de julio de 1968, representa el cénit de las discusiones y el origen de las dificultades por parte de muchos católicos.

El nacimiento en 1978 del primer bebé obtenido por fecundación «in vitro» y transferencia

(pasa a pág. 3)

sumario

Pródromos de la píldora del día siguiente 1 a 4

Atención ginecológica a colectivos marginales 5 a 7

Pedagogía de la sexualidad 8 i 9

Más allá de la noticia.... 10 a 12

Vacunaciones no sistemáticas: la vacuna antimeningocócica 13 a 15

Agenda 16



(viene de pág. 1)

embrionaria, inicia otro debate que se centra, primero en la licitud ética y jurídica de los problemas que se abren con las posibilidades de la fecundación extracorpórea. Más adelante la problemática más aguda se centre en el estatuto ético y jurídico del embrión y la pregunta sobre si el embrión humano «in vitro» debe ser tratado o no como persona y si tenemos obligación de implantarlo en la matriz humana (véase B&D nº 23).

No hay duda de que la sociedad y las costumbres han cambiado muchísimo en las tres últimas décadas, bajo la influencia de diversas corrientes filosóficas que ponen en crisis los valores tradicionales sobre la familia y el respeto a las instituciones civiles y religiosas. El materialismo, el hedonismo y el relativismo, ampliamente condenados desde las instancias religiosas, chocan con la dificultad de presentar a las nuevas generaciones modelos creíbles para su testimonio, único lenguaje entendedor para nuestra juventud.

La formación de los adolescentes se va orientando, poco a poco en un principio y abiertamente hoy día, hacia el modelo higiénico sanitario. En este enfoque se intenta dar una información científica y neutral sobre el sexo, anatomía, fisiología y uso higiénico de la sexualidad para evitar enfermedades de transmisión sexual, en especial el Sida y también con el objetivo de evitar embarazos e hijos no deseados.

Debemos confesar que la diligencia en la búsqueda creativa de sustancias contraceptivas, interceptivas o abortivas es muy superior a la que se orienta a diseñar programas creativos de formación

integral de los adolescentes que tengan en cuenta los aspectos propiamente humanos de la sexualidad, como son los psicológicos, afectivos, sociales y espirituales. Creo sinceramente que la gravedad de los problemas relacionados con la utilización de las píldoras yace más en la banalización de las relaciones sexuales íntimas, acompañada de la ceguera moral y dimisión de la función educadora por parte de la sociedad, que no en la existencia de las píldoras que a corto plazo logran evitar males mayores pero que a medio y largo plazo minan la moral de los adolescentes, hartos de técnica copulatoria y vacíos de sentimientos y de sentido.

El equívoco de atribuir la categoría de causas a lo que son efectos y a culpar a la juventud de conductas derivadas de la formación que se les ha dado, tiende a cronificar la situación. Creo que deben rectificarse los errores cometidos por la sociedad en general y de los formadores en la misión de transmitir valores, descubriendo otros nuevos y ayudando en su jerarquización. La buena formación técnica, indiscutible, ha proporcionado una coartada tranquilizadora a los educadores (padres, escuela, grupos de animación cultural, parroquia y otros). Los culpables siempre son los «otros», mientras todos «nosotros» quedamos a cubierto en el ámbito tranquilizador de preguntas que no esperan respuestas, de condenas farisaicas o declaraciones victoriosas contra enemigos imaginarios o reales pero siempre fuera de las propias actitudes y conductas.

Mi objetivo, pues, es el de informar a todos los que desconozcan

el tema sobre las recientes «píldoras» y a prestar una ayuda en el ámbito de la reflexión en la búsqueda de soluciones operativas, y que se resume en algo tan sencillo como es rectificar y orientar mejor de lo que hemos hecho hasta ahora la educación de la sexualidad y la afectividad, superando los errores de la demonización culpabilizadora de un pasado no lejano y de la banalización empobrecedora de nuestro presente.

«El día siguiente» y los dos tipos de píldoras

Convencionalmente, «el día siguiente» es una elipse para indicar el día posterior a una relación sexual con posibilidades de fecundación y de gestación no deseada. Hace poco más de un año que entró en el mercado español una píldora que es abortiva, en caso de anidación de un óvulo fecundado y durante las primeras 7 semanas de gestación, aún cuando antes de la implantación puede actuar impidiéndola. Se trata de la RU-486, la sustancia de base se llama mifepriestona y resulta especialmente eficaz para conseguir su propósito cuando se asocia a otra sustancia (prostaglandina) llamada misoprostol. La RU-486 no es de libre dispensación en las farmacias, todavía en nuestro país necesita receta médica. Lamentablemente, en el prospecto del misoprostol donde consta su propiedad antiulcerosa no se hace referencia a su propiedad abortiva. Así, no podemos más que extrañarnos del caso que desde la prensa religiosa se hizo de este producto, que puede tener ventajas en casos determinados sobre otros métodos de inducción al aborto.

Estas posibles ventajas, desde luego, en ningún caso convierten el aborto en éticamente aceptable.

La píldora propiamente llamada «post-coital» o del día siguiente es conocida y utilizada como anticonceptiva o interceptiva desde hace más de 25 años. La palabra «interceptiva» fue un neologismo para explicar que no era propiamente contraceptiva ni técnicamente abortiva. Actúa, pues, evitando la anidación de un óvulo eventualmente fecundado. La delicada cuestión sobre si la acción antiimplantatoria es equiparable o no a la abortiva necesita clarificación.

Podemos decir que desde la perspectiva médica no podemos hablar de aborto si no hay gestación. No hay gestación si no hay un óvulo fecundado que se implante (no hay pues abortos «in vitro» en sentido estricto). Ello no pretende negar que la intercepción impide continuar el proceso iniciado de una nueva vida humana biológica. Para algunos, la distinción entre acción abortiva e interceptiva sólo es semántica. Para otros, es un problema mucho más complejo que no resuelve la cuestión sobre si la vida humana que empieza «in vitro» merece ya el tratamiento de persona. Ello supone tomar posición a favor o en contra de la protectibilidad absoluta del óvulo humano fecundado por espermatozoide humano, tratándolo como si fuera una persona, tal como pide la doctrina católica. Esta posición por parte de médicos o moralistas católicos puede ser sostenida por convencimiento propio o por el llamado «*obsequium religiosum*», es decir que en el terreno moral, donde no hay dogmas, se considera un deber seguir las orienta-

ciones del Magisterio antes que hacerse fuerte en una toma de posición distinta, cuando las argumentaciones a favor y en contra no son sólidamente convincentes.

Todavía hay muchas dudas sobre los mecanismos de actuación de la llamada «píldora del día siguiente», pero considero que es contraceptiva y no puede considerarse abortiva si las dos pastillas se toman dentro de las primeras 24 horas después del coito: la primera dentro de las 12 horas y la siguiente 12 horas más tarde. Si el tratamiento se inicia más tarde de las 48 o 72 horas, puede ser que actúe modificando el endometrio e impidiendo que el óvulo ya fecundado se implante en el útero. Si el óvulo fecundado ya anida en el útero, la pastilla no evita el embarazo, ni causa un aborto -diferencia sustantiva con la RU-486.

Su novedad consiste en que el preparado comercial (a base de un principio activo, levonorgestrel), concentra en dos dosis de 750 microgramos cada una lo que antes necesitaba más píldoras y menos concentradas. Con este preparado, ahora el farmacéutico conoce sin duda el objetivo de la receta que se le presenta. Este hecho puede ocasionarle problemas de conciencia que le obliguen a cuestionarse su propio papel en la sanidad: como dispensador de productos farmacéuticos, como asesor del cliente o también como colaborador material o formal de una sustancia de la que puede dudar, con fundamento, sobre su acción si no se toma como está recomendado.

Para terminar:

1) Las condenas al aborto y a la contracepción por parte del Magisterio parecen más que suficien-

tes para aquél que las quiera escuchar.

2) La preocupación, a veces excesiva, por el devenir de los embriones «in vitro» alimenta la crítica sobre la ceguera o la tolerancia ante el pecado de omisión de tantos católicos frente a la miseria de tanta gente en el mundo.

3) Si bien es cierto que la actitud positiva ante el no nacido es un índice de la madurez social de la sociedad, la conducta solícita ante los niños nacidos y necesitados es un índice más evidente aún.

4) Por la complejidad de circunstancias que confluyen en las embarazadas adolescentes y por su progresivo incremento junto al aumento de peticiones de aborto en este grupo de población es urgente trabajar medidas creativas, pedagógicas y de educación ética y afectivo-sexual, tanto para las chicas como para los chicos, poniéndolas en práctica.

5) Parece evidente que no podemos quedar tan tranquilos descargando responsabilidades en los demás sin asumir las propias. Especialmente creo que es grave descargarlo todo en la escuela sin proporcionarle los medios y las ayudas necesarias: profesores y educadores bien pagados, colaboración de los padres que respeten y apoyen la autoridad de los educadores y potenciación de ayudas extraescolares que vayan más allá de una formación científico-técnica, por necesaria que esta sea.

FRANCESC ABEL, S.J.

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA
PRESIDENTE DEL IBB
ACADÉMICO NUMERARIO DE LA R.A.M.C.

Atención ginecológica y obstétrica a colectivos marginales y marginados

La marginalidad es “per se” una situación de discriminación negativa. Los grupos de personas que integran estos colectivos son, por su situación económica y su baja calidad de vida, grupos de riesgo dentro de la sanidad pública. Ello plantea al profesional unas situaciones concretas que requieren una respuesta no sólo desde la medicina, sino también desde la ética.

La Bioética, -diálogo interdisciplinar sobre los problemas creados por el desarrollo biomédico, tanto a nivel macrosocial como microsocial- se traduce en la práctica médica en: una medicina de calidad, centrada en el paciente, y en la aplicación de valores a la toma de decisiones médicas.

La ética principialista basada en los llamados “Principios de Bioética” sean los principios «americanos»: no-maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía; sean los principios «europeos» (aportados por la «Declaración de Barcelona» -Sant Cugat del Vallès, Noviembre 1998- en el ámbito del proyecto de investigación Biomed-2 «*Basic Ethical Principles in european bioethics and biolaw*»): autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad, es una “ética de mínimos”, de la cual dice Pellegrino: “*el principialismo en su forma actual no sobrevivirá incólume, durante la próxima década. Se requerirá un nexos conceptual con los deberes, las reglas, las consecuencias y la psicología moral, dentro de la cual las virtudes, en especial la virtud de la prudencia juega un papel esencial*” (JAMA, 1993).

Más allá de los principios nos ha de llevar la Ética de la virtud.

Consideraría 3 grupos de pacientes marginales o marginadas:

1. Adolescentes:

a) De barrios marginales o de emigración.

b) Adolescentes sin familia, acogidas en residencias de protección de menores.

2. Grupos culturales:

a) Gitanos

b) Extranjeros (magrebies, chinos,...) con dificultad de lengua.

3. Grupos de riesgo (marginales entre los marginados): prostitución y del mundo de la droga.

Atención ginecológica

En este medio, la práctica de la ginecología como tal no ofrece especiales problemas que no tengan otras especialidades médicas (medicina interna o cirugía). Los principales conflictos éticos están en relación con el deber del secreto profesional y la protección de terceros; y con el respeto a la persona en equilibrio entre la protección y el derecho a la autonomía.

■

Los principales conflictos éticos están en relación con el deber del secreto profesional y la protección de terceros; y con el respeto a la persona en equilibrio entre la protección y el derecho a la autonomía.

■

Nuestra función es la del médico paternalista que actúa en el mayor beneficio del paciente, facilitando

un mínimo de información, la que este paciente puede comprender, para obtener al menos un Consentimiento Informado, aún cuando sea expresión de una “medicina defensiva”, ya que estamos lejos de tener esos pacientes que como «agentes morales autónomos» son interlocutores válidos a la hora de tener que tomar decisiones en las cuestiones que les afectan y ... en condiciones de simetría.

Atención obstétrica

Nuestros problemas y dilemas vienen de la Salud Reproductiva en todos los sentidos:

a).- Favorecer los embarazos.

Cuando se da la situación de “infertilidad”, sobre todo en los grupos culturales se crea una situación muy penible, con posibilidad de repudio y de estigmatización de una mujer “infértil”. No debe ser su situación un motivo para excluirla de todo lo que la medicina ofrece hoy en este terreno pero es muy difícil iniciar un proceso de estudio hormonal y ovulatorio; como lo es también el instaurar un tratamiento secuencial, ya que la dificultad de comprensión y de fidelidad al tratamiento, hace inútil la pauta terapéutica.

Esta dificultad es máxima en los emigrantes por falta de comunicación lingüística y ello hace renunciar al tratamiento con consecuencias dolorosas para la mujer.

b).- Seguimiento del embarazo.

No suele ser el adecuado, por

ausencias a los principales controles: ecografía de las 20 semanas; Test de O'Sullivan; cultivo vaginal.

Los partos o son las verdaderas eutocias, afortunadamente lo más frecuente, o son las grandes distocias: DPPNI ; Eclampsia; Rotura uterina; patologías que no se dan ya en un seguimiento normal del embarazo.

■
Las gestaciones no controladas son propias de los grupos de riesgo, mientras que en las emigrantes la falta de comunicación lingüística, la fidelidad a sus tradiciones y la imposibilidad del acompañamiento del marido, dificultan la información y el consentimiento.

Las gestaciones no controladas son propias de los grupos de riesgo. Las emigrantes, en general, son más asiduas a las visitas, pero la falta de comunicación lingüística, la fidelidad a sus tradiciones y la imposibilidad del acompañamiento del marido en sala de partos, por razones culturales, dificultan la información y el consentimiento, que deberá ser sustituido por un gesto, expresión de afecto y respeto, que las haga sentirse seguras.

c).- Limitar embarazos.

La Orientación y Planificación es el nudo gordiano de la asistencia a estos colectivos.

Si es éticamente correcto dar una información adecuada sobre todos los medios, sin excepción, y dejar la decisión a la pareja; esta proposición no puede contemplarse en este medio, ya que la utilización viene condicionada por

la comprensión, y hay que ser muy cautos si no queremos conseguir embarazos, en lugar de espaciarlos o limitarlos.

La lotería de la vida no distribuye los beneficios y las cargas por igual entre todos los afectados. Y se debe recurrir a otros principios y virtudes que intervengan en nuestra relación médico-paciente.

☞ Las **adolescentes de los barrios de emigración** pueden tener la idea de que en el progreso de la ciudad lo que se "estila" y se "valora" es probar droga, tener relaciones sexuales utilizando "a priori" cualquiera de los métodos y si fallan el aborto, naturalmente.

Carecen totalmente de una educación sexual que dé sentido al ejercicio de la sexualidad.

El embarazo, si se da, puede acabar en una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) más o menos clandestina.

Y las pocas que lo llevan adelante, lo hacen más porque el proceso de negación del mismo las ha llevado hasta la viabilidad; puede en este ámbito ser aceptado gracias al apoyo de los padres, gente sencilla, que valora el valor de la vida del niño que se anuncia.

Para las adolescentes sin familia, en residencias de protección de menores, la Orientación y Planificación es esencial. Pide dedicación, ya que su inestabilidad no ayuda a seguir un método, y su sed de afecto y cariño, las lleva a entregarse a quien les muestra un cierto afecto.

Se da en ellas una división interna entre: el deseo de un embarazo, que las lleve a ser la madre que no tuvieron y desearían tener y la falta de posibilidad real, sin apoyo alguno del medio y de las circunstancias para formar una familia.

Las educadoras son una ayuda muy valiosa y se comprometen con ellas –en un clima de amistad y cariño– a que tomen la "píldora" cada día. Pero las educadoras cambian y los medios a utilizar son reducidos.

Si llega un embarazo, la situación es muy complicada, ninguna solución es buena:

- ✓ El aborto las «marca».
- ✓ Tener el hijo plantea el problema de que futuro le espera.
- ✓ Dar el niño en adopción es doloroso, pues saber que se tiene un hijo, en alguna parte, si luego la vida no da otras posibilidades... Se necesita madurez para renunciar por "el bien del niño".

A veces las estructuras sociales ayudan, pero otras desayudan, una intervención brusca o desafortunada, una decisión demasiado rápida puede dar al traste con un proceso de aceptación de un niño y de la búsqueda de medios. O a que se solicite una esterilización "no indicada", con riesgo para el futuro de la adolescente.

■
Desde la Bioética creo que el principio a aplicar en estos casos, es el principio de vulnerabilidad que nos interpela a cuidar del otro, de aquellos cuya autonomía, dignidad o integridad puede estar amenazada y hay que ayudarles a reforzarla.

■
Desde la Bioética creo que el principio a aplicar en estos casos, es el Principio europeo de la Declaración de Barcelona: Principio de **vulnerabilidad** que nos interpela a cuidar del otro, de aquellos cuya autonomía, dignidad o integridad puede estar amenazada y hay que ayudarles a reforzarla.

Y desde el punto de vista de las virtudes del profesional sanitario, la fidelidad: fidelidad a su paciente significa que no puede, ni debe abandonarle, que debe estar con él no sólo en un momento dado, sino a lo largo de una serie de momentos.

➤ Para los **grupos culturales** : Orientación y Planificación sí, pero ¿qué método?.

La fecundidad es un valor y además motivo de repudio:

La decisión de una esterilización definitiva, puede ser conflictiva: ¿qué participación se debe dar al marido?; ¿se le puede y se le debe engañar?; ¿quien y cómo puede hacer de intermediario y trabajar la persuasión? Se necesitan horas de escucha. A veces acuden con la indicación de otras personas: “*la Asistente social dice que me tiene que arreglar;... y usted ¿qué dice?*”. Hay que explorar el deseo real de la mujer.

En estos casos el principio de Bioética más adecuado parece ser el principio europeo de la **integridad**: «no lesionar la integridad física y mental» que incluye el respeto por la concepción de la persona, sobre su propia vida y enfermedad.

■
Atención sanitaria no quiere decir solamente respeto por la autonomía del paciente (dar información y pedir el consentimiento) sino por su totalidad, su cultura, su intimidad.

Recuerda a los profesionales que atención sanitaria no quiere decir solamente respeto por la autonomía del paciente (dar información y pedir el consentimiento) sino por su totalidad, su cultura, su

intimidad.

Los profesionales han de hacer gala aquí de las virtudes Lainianas de *Benevolencia: quererle bien y querer el bien del paciente* y además la *Benefidencia: responder haciendo confianza a la confianza*.

➤ En los **grupos de riesgo** la asistencia sanitaria, parece desestructurarse, para adaptarse a situaciones particularmente complejas y graves.

■
Además de escuchar, informar i proteger, a veces hay que informar también a terceras personas de los riesgos que corren, y éste puede ser un proceso complicado donde firmeza y paciencia han de competir.

A las patologías hay que ofrecer un tratamiento adecuado aun cuando la fidelidad a las visitas sea muchas veces nula. Y además: “escuchar”; “informar”; “proteger”; pero a veces hay que informar a terceras personas de los riesgos que corren, y éste puede ser un proceso complicado donde firmeza y paciencia han de competir.

Una nota peculiar es la “baja estima de sí mismas” que tienen estas personas.

La Orientación y Planificación resulta complicada; para muchas, la IVE (interrupción voluntaria del embarazo), es todavía un método anticonceptivo, que acentúa, aún más, la baja estima de sí. El no participar en un aborto no implica el dejar de “acompañar” a la persona.

El principio de Bioética, aquí, es el de **justicia**, que excluya toda discriminación; mostrando el mismo interés que por los otros pa-

cientes, y ofreciendo algún tipo de protección, signo de respeto, a esa dignidad latente que es tan difícil de descubrir.

Levinás nos recuerda que “*la cara del otro que me pide ayuda y asistencia nos recuerda que la ética concierne la persona que con su cara nos llama*”.

Y como virtud, la **compasión** que “no es piedad”. Es el acto de ponerse uno mismo en el lugar del otro para comprender su experiencia. Es una relación humana que pide ante el otro: devoción, constancia, respeto personal, responsabilidad; y que se basa en el amor, benevolencia, comprensión y amistad.

Los derechos de los pacientes tal y como se contemplan en la Ley General de Sanidad cuando habla del derecho a la salud y a la reinserción social, parece que serían la solución, si bien muchas veces son utópicos.

Para concluir, quisiera decir que se trata de: crear en la dignidad; evitar el daño y favorecer el bien; promover la autonomía; y ante la discriminación: protección y solidaridad.

Es la única forma de actuar en conciencia y cumplir también con el deber de la excelencia moral, ya que el médico ha de tender a la excelencia en todo.

M. PILAR NÚÑEZ-CUBERO

MÉDICO GINECÓLOGO
MASTER EN BIOÉTICA
COLABORADORA DE L'IBB

Pedagogía de la sexualidad: una necesidad perentoria

Nuestra sociedad actual está llena de paradojas. Vivimos la era de las grandes comunicaciones, la era de la información. Por un lado, tenemos los instrumentos que nos facilitan comunicarnos mejor y más rápidamente. Las distancias físicas cada vez son más cortas, a través de la red podemos comunicarnos con personas que se encuentran en la otra punta del planeta, a través de los móviles nos comunicamos desde lugares insólitos (el supermercado, el atasco de tráfico, ...).

Vivimos la era de las grandes comunicaciones, la era de la información... por otro lado, cada vez nos cuesta más encontrar un espacio donde podamos comunicarnos con la pareja, con los hijos...

Sin embargo, por otro lado, cada vez nos cuesta más encontrar un espacio donde podamos comunicarnos con la pareja, con los hijos... Incluso teniendo las «facilidades materiales», cada vez vivimos más de forma individualizada donde a menudo se hace presente la temida soledad. La soledad de la persona «acompañada externamente», la soledad más psíquica, es la más difícil de soportar, ja que llega a lo más profundo del ser humano. Se han invertido esfuerzos, tanto humanos como económicos, para favorecer la comunicación desde el punto de vista más físico. Sería necesario ahora dirigirnos a la potenciación de los vínculos

afectivos interpersonales. Debería «invertirse» en educación afectiva, para mejorar sobre todo la calidad de la comunicación.

También nos hacen creer o creemos que estamos muy bien informados porque disponemos de una cantidad de información que nunca habíamos tenido a nuestro alcance. Pero lo cierto es que tener información no es sinónimo de estar informado. Acumular información, de cualquier tema, no cuesta gran esfuerzo. Ahora bien, debe seleccionarse esta información, es necesario escoger bien los criterios y esto se aprende. La educación juega, pues, un papel esencial en este campo. Más concretamente en el campo de la educación sexual, es imprescindible ayudar a nuestros adolescentes y jóvenes a escoger entre la gran cantidad de información que reciben, a menudo de forma frívola y sin criterios. Sirvan dos ejemplos para ilustrar este hecho:

1.- En una de las revistas que acostumbra a adquirir los jóvenes se hablaba de diferentes modalidades de relación sexual; describían la necrofilia y la zoofilia como prácticas sexuales «normalizadas» poniéndolas al mismo nivel del sexo oral, y el coito acompañado de ternura y amor.

2.- Hablando con los adolescentes, aseguran que tienen mucha información a nivel de anticonceptivos, mucha más que generaciones anteriores. Este hecho, nos llevaría a pensar que no debería haber tantos embarazos no deseados como en décadas anteriores,

pero se da la paradoja de que han aumentado escandalosamente el número de embarazos no deseados entre las adolescentes y consiguientemente ha aumentado el número de abortos que de ello se deriva.

Dado, pues, que según las estadísticas son pocos los padres que hablan con sus hijos de sexualidad, son los centros educativos los que tímidamente y a menudo sin demasiados recursos abordan esta temática.

Dado, pues, que según las estadísticas son pocos los padres que hablan con sus hijos de sexualidad, son los centros educativos los que tímidamente y a menudo sin demasiados recursos abordan esta temática.

Orientar en el amor, la comunicación y la sexualidad humana es una tarea que cada vez se muestra más urgente y necesaria. Es la gran «asignatura» olvidada de todos los planes de estudios. De hecho, la LOGSE contempla en su plan curricular unos ejes transversales donde se enmarca la educación en la Salud y la Sexualidad, pero lo cierto es que en pocos colegios se tratan estos temas de forma integral. Lo que se suele impartir es una educación «profiláctica» y reduccionista de la sexualidad, es decir, se suele informar sólo de los métodos anticonceptivos. Es una forma fácil de hablar del tema, pero de esta forma sólo se cubren

las demandas más superficiales de los adolescentes y jóvenes.

La experiencia nos dice que cuando se imparten talleres de pedagogía sexual desde una perspectiva integral de la sexualidad, los alumnos lo prefieren ya que se puede hablar de diversos temas, de los que, aún cuando les cueste, son esenciales para sus relaciones.

—
A menudo, lo que se suele impartir en las escuelas es una educación «profiláctica» y reduccionista de la sexualidad, es decir, se suele informar sólo de los métodos anticonceptivos.
 —

El amor es algo que todos experimentamos, es la única respuesta a nuestros deseos de felicidad. Siendo la comunicación la única vía para llegar al amor y a la sexualidad, vivencia importantísima, positiva y enriquecedora, no debería dejarse a la improvisación. Cada vez somos más las personas que pensamos que «hay que llegar antes» y educar en la afectividad debería estar incluido en todo proyecto educativo.

Un modelo de formación integral en Pedagogía Sexual, en el que personalmente he participado, sería aquél dirigido a alumnos, repartidos en diferentes talleres, que se pueden realizar diariamente, p.e. a lo largo de una semana. La planificación del curso sería la siguiente: una semana antes de empezar, acudir al centro educativo para pasar un cuestionario previo, que nos ayuda a conocer la realidad del alumnado, a estudiar sus demandas y a programar mejor las sesiones. Una vez en el aula, se inician las sesiones, dando a los alumnos una concep-

ción positiva e integradora de la sexualidad y de cómo ésta debe estar al servicio de la felicidad personal. Se van respondiendo las inquietudes de forma ordenada, intentando ver el trasfondo de sus preguntas y de forma empática poder llegar a ellos, sin dejar de establecer pautas, puntos de referencia, para que sean los propios alumnos los que se den cuenta de cuál debe ser la actitud a tomar, dejando así en sus manos el proceso de maduración personal.

Una de las aportaciones de este tipo de cursos que consideramos importante es la Tutoría de Orientación Personalizada, para aquellos alumnos que en un tono más confidencial, quieran consultar o exponer cualquier tipo de duda o inquietud. En estas tutorías los jóvenes y adolescentes preguntan cosas que no han quedado claras, explican sus «problemas» amorosos, sus frustraciones afectivas, sus dificultades de comunicación en casa, sus dudas en cuanto a la sexualidad... Además, puede darse la posibilidad de dar charlas a los padres, cuando así se requiera.

—
Debe apostarse por una educación integral y positiva de la sexualidad porque creemos que educar en este ámbito es algo más que repartir preservativos o facilitar la píldora del día siguiente. A su vez, debemos huir de «moralismos» que ciertos colectivos caducos promueven dando una visión negativa de la sexualidad.
 —

La valoración que se ha hecho de estos cursos, por parte de alumnos, profesores y padres es muy buena. Debe apostarse por una

educación integral y positiva de la sexualidad porque creemos que educar en este ámbito es algo más que repartir preservativos o facilitar la píldora del día siguiente. A su vez, debemos huir de «moralismos» que ciertos colectivos caducos promueven dando una visión negativa de la sexualidad.

Es difícil hablar con libertad de este tema porque continua estando muy manipulado. La angustia del pecado ha sido substituida por la obligación del placer, lo que crea nuevamente sentimientos de angustia y de inadaptación para aquellos que no tienen suficiente potencia sexual, para todos aquellos que no se adapten a los nuevos estándares de la «normalidad». Todo ello incide sobre la evolución de los adolescentes que a menudo se ven sometidos a presiones contradictorias: en muchas familias la sexualidad continua estando reprimida y las transgresiones provocan sentimientos de culpabilidad, mientras que el propio grupo de adolescentes y la publicidad solicitan frecuentemente un «superconsumo sexual».

Somos conscientes de que la tarea que las instituciones que trabajan este ámbito se han propuesto no es fácil, pero a su vez es una tarea apasionante, y muy enriquecedora para los profesionales que trabajamos en ella. Como ya he dicho, creo que vale la pena «invertir» en educación afectivo-sexual, tanto para nuestros jóvenes de hoy como para favorecer los vínculos de las relaciones interpersonales de la sociedad del mañana.

MONTSERRAT VILA

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
 COLABORADORA DEL IBB

Salud, sexualidad y contracepción en el marco de una ética mundial

En una breve nota informativa se da un toque de atención a la población sobre la necesidad de tomar conciencia del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual en relaciones sin protección, con especial atención en los viajes turísticos. Los países que, según parece, reciben más turistas que manifiestan deseo de buscar relaciones sexuales -turismo sexual y otros- son principalmente de América Central, Suramérica y África, sin olvidar el Sudeste asiático. Se nos dice también que los jóvenes utilizan más los preservativos que la gente de mayor edad, debido probablemente a que la juventud ha recibido en los colegios más «educación sexual».

El problema más importante, creemos que es la formación de la juventud, que sea integral e integradora de la personalidad, bastante más allá de la habilidad o previsión de técnica contraceptiva, y que muestre respeto a la dignidad de las personas.

Es importante la preocupación de frenar la expansión de enfermedades de transmisión sexual y prioritariamente el sida, no hay duda. Pero el problema más importante, creemos que debe buscarse en la formación de la juventud, que sea integral e integradora de la personalidad, bastante más allá de la habilidad o previsión de técnica contraceptiva, y que muestre respeto a la dignidad de las

El 46 % de los turistas que practican sexo en países exóticos no usan condón.

Uno de cada cinco turistas mantiene relaciones ocasionales, la mayoría con nativos, y un 5% contrae una enfermedad sexual en el viaje.

«Los médicos alertan de la necesidad de concienciarse del riesgo de enfermedades de transmisión sexual en relaciones sin protección».

La Vanguardia, 29 de junio de 2001

Kofi Annan pide al mundo que dé prioridad a la lucha contra el sida.

La conferencia de la ONU busca un acuerdo para financiar el combate contra la epidemia, que agrava las penurias de los países más pobres.

La Vanguardia, 26 de junio de 2001

personas y condene la prostitución forzada o utilización cosificada de personas.

Comentaremos dos noticias más que en los mismos días aparecían en la prensa con carácter informativo y de alerta junto al llamamiento de Kofi Annan, Secretario General de la Organización para las Naciones Unidas (ONU) para crear en esta sede un fondo económico de 9.200 millones de dólares para la lucha contra el sida. Las dos noticias dan un balance bastante pesimista, tanto por la gravedad y extensión de esta pandemia como por la poca disponibilidad de los países más ricos en ayudar a los más pobres a hacerle frente de forma eficaz.

Una de estas noticias nos pone al día desde la faceta estadística: «el sida, descubierto ahora hace 20

años, ha matado 22 millones de personas y ha infectado otros 36 millones. Cerca del 80% (unos 27 millones) viven en África, donde hay 11 millones de huérfanos.

Botswana, el país con más seropositivos del mundo, tiene infectada un 38'8% de la población entre 18 y 49 años, con casi la mitad de las mujeres de 20 a 30 años.

Botswana, el país con más seropositivos del mundo, tiene infectada un 38'8% de la población entre 18 y 49 años, con casi la mitad de las mujeres de 20 a 30 años. La ONU calcula que el PIB de los países con más enfermos y víctimas caerá un 8% en el 2010. En Suráfrica, con un 20% de la población infectada, la esperanza

de vida al nacer bajará 17 años en el 2005. Frenar la epidemia costaría entre 7.000 y 10.000 millones de dólares (Xavier Mas de Xaxàs, La Vanguardia 22 de junio).

La segunda noticia no es nada optimista pues afirma que los países que se han sentido interpelados, ofrecen sólo 590 millones de dólares, cifra muy lejana a la necesaria (Isabel Piquer, La Vanguardia 27 de junio).

■
Es importante la prevención del sida pero es mucho más importante una reflexión en profundidad de lo que representa en las relaciones humanas el degradante turismo sexual como satisfacción de instintos hedonistas, aprovechando y abusando de la situación de pobreza y marginación del tercer o cuarto mundo.

Nuestra reflexión va más allá de estas noticias, y nos plantea el doble problema de la necesidad de una ética global, por un lado, y por otro la de tomarnos en serio la formación de la población en los aspectos de sexualidad humana que vaya más allá de las técnicas contraceptivas. Por necesarias que éstas resulten desde la perspectiva higiénicosanitaria siempre quedarán como medidas que no van a la raíz de los problemas. Es importante la prevención del sida pero es mucho más importante una reflexión en profundidad de lo que representa en las relaciones humanas el degradante turismo sexual como satisfacción de instintos hedonistas, aprovechando y abusando de la situación de pobreza y marginación del tercer o cuarto mundo. Los medios de co-

municación nos han informado ampliamente de la miseria humana y espiritual, que supone la prostitución infantil, de niños y niñas, para satisfacer caprichos o perversiones sexuales.

Recordaré a los lectores las primeras consideraciones de la **Declaración del Parlamento de las Religiones del Mundo** que, en el año 1993, intentó poner los fundamentos de una ética mundial y dar respuesta a la pregunta de cuáles deben ser las actitudes y conductas que en principio deben mantenerse vigentes entre los seres humanos y en su existencia colectiva. Haré un breve resumen de los principios de la Declaración con el ruego a los lectores que, si tienen la oportunidad, la lean íntegramente, analicen los contenidos y saquen las consecuencias educativas oportunas (Hans Küng y Karl-Joseph Kuschel, eds.: «Hacia una ética mundial. Declaración del Parlamento de las Religiones del Mundo», Editorial Trotta, 1993).

■
La Declaración empieza con unas notas impregnadas de pena y de dolor. Nos dice que «el mundo agoniza y la agonía es tan penetrante y opresiva que nos vemos obligados a denunciar las formas en que ésta se manifiesta...»

La Declaración empieza con unas notas impregnadas de pena y de dolor. Nos dice que «el mundo agoniza y la agonía es tan penetrante y opresiva que nos vemos obligados a denunciar las formas en que ésta se manifiesta para dejar constancia de la profundidad de nuestra angustia. La paz nos da

la espalda. Estamos destruyendo el planeta. Las personas viven en el temor, unos de otros. Se dan profundas diferencias e injusticias entre hombres y mujeres. Los niños mueren. Todo esto es terrible. Tenemos que acabar con esta agonia».

■
La Declaración también considera que la juventud debe aprender en la familia y en la escuela que la sexualidad no es una fuerza negativa y destructora o explotadora, sino creativa, que tiene la función de generar una comunidad que dice sí a la vida.

■
«Condenamos el mal uso de los ecosistemas de la Tierra. Condenamos la miseria, que estrangula las posibilidades de vida; el hambre, que debilita los cuerpos de los seres humanos; las desigualdades económicas, que amenazan con la ruina de tantas familias. Condenamos el desorden social de las naciones, el menosprecio de la justicia que empuja a los ciudadanos a la marginación; la muerte absurda de niños, víctimas de la violencia».

La Declaración condena también con fuerza la explotación sexual. Ningún ser humano tiene el derecho de degradar a otro y convertirlo en simple objeto de su sexualidad, ni a someter a nadie a una forzada dependencia sexual. Condena la prostitución y el abuso sexual de niños y niñas: «La explotación sexual debe considerarse como una de las formas más indignas de degradación humana».

También considera que la juventud debe aprender en la familia y en la escuela que la sexualidad no

es una fuerza negativa y destructora o explotadora, sino creativa, que tiene la función de generar una comunidad que dice sí a la vida y que sólo podrá desarrollarse adecuadamente cuando contemple la felicidad del otro... en otras palabras, cuando el espíritu de dominación y egoísmo deje paso al respeto mutuo, a la tolerancia, al servicio y al don de sí mismo al amor.

La sexualidad debe verse como elemento básico de la personalidad; una manera propia de ser, de manifestarse, de comunicarse con los demás, de sentir, expresar y vivir el amor humano. Por ello es parte integrante del desarrollo de la personalidad y de su proceso educativo en la familia, en la escuela y en la sociedad.

■
La Declaración señala una serie de principios éticos que deben ayudar a crear un mundo mejor y que nunca conseguiremos sólo con leyes, reglamentos y convenciones.
■

Junto a esta concepción de la sexualidad, que evidentemente compartimos, la Declaración señala una serie de principios éticos que deben ayudar a crear un mundo mejor y que nunca conseguiremos sólo con leyes, reglamentos y convenciones. Haremos una síntesis de éstos principios, considerando que toda escuela que no lo haga aún, debería explicar, comentar, ilustrar y estimular a los alumnos a que participen creativamente en ellos. Se trata de valores ante los cuales la juventud es o puede ser receptiva y creativa:

☛ Todos somos interdependientes. Cada uno de nosotros depende de la salud del conjunto. Por ello

respetamos la colectividad de los seres vivos, hombres y mujeres, animales y plantas, y nos sentimos preocupados por la conservación de la tierra, del aire, del agua y del sol.

☛ Como individuos somos responsables de todo lo que hacemos. Todas nuestras decisiones, acciones y negligencias tienen consecuencias.

☛ Debemos tratar a los demás como nosotros quisiéramos ser tratados. Nos comprometemos a respetar la vida y la dignidad humana, la individualidad y la diferencia, de forma que todo el mundo reciba un trato humano, forjando una cultura de la solidaridad y de la vinculación recíproca.

☛ Consideramos a la Humanidad nuestra familia. Debemos servir a los demás sin olvidar nunca a los niños, ancianos, pobres, disminuidos, exiliados y a los que están solos. Nadie debe ser tratado como ciudadano de segunda clase. Nadie debe ser sometido a ningún tipo de explotación.

☛ Nos declaramos comprometidos con la cultura de la no violencia, de la justicia y de la paz.

☛ Nos esforzaremos en conseguir un orden social y económico justo donde todo el mundo tenga las mismas oportunidades para desarrollar sus cualidades humanas.

☛ Debemos expresarnos con fidelidad a la verdad evitando dejarnos arrastrar por prejuicios y odios. Por formar un mundo justo y pacífico. Debemos superar toda inclinación a buscar con avidez el poder, el dominio, el prestigio, el dinero y el consumo.

☛ Nos comprometemos con una ética mundial, fundamentada en la mutua comprensión y toleran-

cia y una forma de vida que implique un orden social justo, la consolidación de la paz y el respeto a la Naturaleza.

La Declaración concluye diciendo que todo esto sólo será posible con espíritu de sacrificio, meditación, plegaria o reflexión positiva. Tenemos delante un programa de formación de la juventud, formación integral e integradora de la persona en la propia autopercepción y en la relación responsable con los demás, con la sociedad y con el mundo entero.

Vale la pena trabajarlo!!

FRANCESC ABEL, S.J.

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

PRESIDENTE DEL IBB

ACADÉMICO NUMERARIO DE LA R.A.M.C.

Vacunaciones no sistemáticas Introducción de una nueva vacuna: la antimeningocócica

Las vacunas no sistemáticas son aquellas que no se incluyen en el calendario vacunal habitual de una comunidad. La decisión de administrarlas se basa en aquellas circunstancias personales o ambientales que rodean al paciente y que hacen aconsejable su administración para prevenir diversas enfermedades.

Pueden dividirse en:

a) Indicadas en diversas circunstancias individuales.

En este grupo podemos señalar a modo de ejemplo la vacunación antineumocócica en personas mayores de 65 años o afectas de diversas enfermedades crónicas (cardíacas, pulmonares, renales) y también a aquellas a las que se les haya extirpado el bazo, dada su especial susceptibilidad a sufrir infecciones graves por neumococo. La vacunación frente a la gripe en niños o adultos con enfermedades crónicas estaría también incluida en este grupo.

b) Obligatorias o recomendadas en viajes a determinadas zonas del mundo.

Vacunas contra la fiebre amarilla, el cólera y otras enfermedades serán prescritas cuando una persona se desplace a zonas en las que el riesgo de contraer diversas enfermedades sea valorable, con el objetivo de protegerle del contagio. Estas vacunas pueden, según el germen contra el que deben

defender, no conseguir niveles muy altos de efectividad aunque evidentemente disminuirán el riesgo de contagio.

c) Indicadas en ciertas circunstancias individuales o ambientales.

En este grupo se encuentran aquellas enfermedades que aumentan su incidencia y en las que es necesario incrementar la inmunidad de la población para evitar la proliferación de casos (1). El ejemplo más reciente en nuestro país es el de la vacunación frente al meningococo C. El aumento en el número de casos de infección por este germen produjo la necesidad de vacunar a la población infantil mediante campañas seguidas en todo el territorio del estado durante los dos últimos años. Los medios de comunicación se hicieron amplio eco de todo el proceso, sensibilizando a la opinión pública, generándose en algunos casos situaciones de importante alarma.

Es interesante comentar el caso de las infecciones por meningococo y de su posible defensa mediante la vacunación como ejemplo de vigilancia epidemiológica y de instauración de un programa de vacunación no incluido entre las vacunas sistemáticas y de cómo se ha pasado en un breve espacio de tiempo al disponer de una vacuna de recientísima síntesis y de gran efectividad a introducirse de forma sistemática en el calendario

vacunal.

Las infecciones por este germen son causa importante de morbimortalidad tanto en países desarrollados como en aquellas sociedades en vías de desarrollo. En España es una enfermedad que se caracteriza por la aparición de ciclos epidémicos multianuales, con una reducción progresiva de los períodos interepidémicos. El último se produjo entre 1979 y 1983, y desde el año 1988 se ha consolidado una frecuencia baja, indicadora de que nos encontramos en una fase interepidémica (2).

■

La Neisseria vive exclusivamente en el hombre, es el único reservorio de este microorganismo y la fuente de infección está constituida primordialmente por los portadores y en menor medida los enfermos.

■

El meningococo (*Neisseria meningitidis*) es una de las especies del género *Neisseria*, constituida por cocos gramnegativos que se disponen en parejas. Los meningococos poseen una cápsula polisacárida que permite su división en serogrupos, se han descrito hasta la actualidad 12 y son nombrados mediante letras mayúsculas. (A, B, C, X, Y, Z, 29E, W-135, H, I, K y L). La mayoría de los que producen enfermedad pertenecen a los serogrupos A, B, C, W-135 o Y. Las cepas pertenecientes a los serogrupos A, B, y C causan entre el 85% y el 90% de

los casos de infección en el mundo, y los serogrupos Y, y W-135 causan el resto (3).

La *Neisseria* vive exclusivamente en el hombre, es el único reservorio de este microorganismo y la fuente de infección está constituida primordialmente por los portadores y en menor medida los enfermos. Los portadores sanos del meningococo son las personas que albergan el microorganismo en la faringe, sin que esta presencia ocasione manifestaciones clínicas. Los enfermos son capaces de transmitir la infección mientras tienen meningococos en la faringe; hay que tener en cuenta que se estima que por cada caso de enfermedad existen 1000 portadores, por lo tanto el papel de éstos es mucho más importante en el caso de la transmisión de la enfermedad que el de los propios enfermos.

■
El tipo B es el predominante en España y resto de Europa, aunque el tipo C prevalente en América del Sur, ha aumentado su incidencia en España hasta el punto de que se ha convertido en el más frecuente en algunas comunidades autónomas.

■
Los serogrupos B y C se asocian con una máxima frecuencia a enfermedad endémica. El tipo B es el predominante en España y resto de Europa, aunque el tipo C prevalente en América del Sur, ha aumentado su incidencia en España hasta el punto de que se ha convertido en el más frecuente en algunas comunidades autónomas. Una tendencia semejante se ha dado en los últimos años en otros países como EE.UU. o Canadá,

en forma de brotes sobre todo en adolescentes. El serogrupo A es el más frecuente en el llamado cinturón subsahariano de la meningitis en África, Oriente Medio y el Sudeste asiático.

Además de conseguir un diagnóstico y tratamiento precoz encaminado a disminuir la mortalidad y la posibilidad de secuelas, es importante contar con medidas que puedan evitar la posible aparición de la enfermedad y los esfuerzos encaminados a conseguir su prevención mediante la utilización de vacunas constituye un objetivo prioritario para la OMS.

Una vacuna antimeningocócica ideal debería ser inmunógena y eficaz para todos los grupos etarios y por tanto para lactantes a partir de los 2 meses de edad y también inmunógena frente a todos los tipos de meningococo además de no producir efectos secundarios.

Los estudios sobre vacunas se iniciaron ya a principios de siglo no habiéndose conseguido en la actualidad esa vacuna ideal.

Los polisacáridos que forman parte de la cápsula en los grupos A, C, W-135 o Y son inmunógenos, es decir que son capaces de provocar reacción inmunitaria y por lo tanto han permitido la obtención de vacunas de las que se dispone desde hace ya tres décadas.

En España se ha dispuesto de vacunas frente a los serogrupos A y C, estas vacunas realizadas con los polisacáridos de la cápsula son independientes de los linfocitos T por lo que no son capaces de generar inmunidad en los niños menores de 18 a 24 meses, además la inmunidad conferida es corta, cuatro años como máximo para la A y alrededor de dos años para la C.

Frente a los meningococos Y y W-135 existen vacunas con una eficacia similar a las anteriores y se presentan en preparados para los cuatro tipos de meningococo (4).

El hecho de que no fueran efectivas en lactantes sino en niños por encima de los 18 meses o dos años y de que no provocasen aparición de memoria inmunológica en vacunaciones posteriores ha impedido que fueran incluidas en los calendarios vacunales sistemáticos reservándose su utilización para brotes epidémicos al disminuir la incidencia de la enfermedad, demostrando su utilidad como en el caso de nuestro medio.

Frente al serogrupo B hace unos 10 años que se dispone de vacunas no comercializadas en nuestro país pero su eficacia es menor y los obstáculos para aumentarla son mayores.

■
El resultado de las campañas de vacunación realizadas en diversas comunidades autónomas entre ellas Cataluña ha sido exitoso y ha disminuido el número de casos producidos.

■
En relación con el meningococo B, predominante en nuestro medio el polisacárido de su cápsula no consigue generar una respuesta inmunitaria similar a la de los otros serotipos. Su estructura polisacárida es similar a moléculas cerebrales humanas y algunos grupos sanguíneos por lo que debido a esa similitud que genera una inmunidad cruzada es incapaz de provocar inmunidad.

Por este motivo siendo éste el tipo predominante en nuestro medio no se han realizado vacunaciones sistemáticas para com-

✓ Euresco Conferences “*Biomedicine within the limits of human existence*” organizadas por “The European Science Foundation” y “Swiss Foundation for Biomedical Ethics” para los días 8 al 13 de Septiembre en Davos (Suiza). Secretaría: European Science Foundation. E-mail: euresco@esf.org

✓ Eight Session of International Bioethics Committee of Unesco, organizado por la Unesco para los días 12 a 14 de Septiembre en París. Secretaría: Ms. Sabina Colombo, UNESCO 1, rue Miollis 75732 Paris Cedex 15. E-mail: I.treguer@unesco.org

✓ EACME annual meeting “*Education in Bioethics*”, organizada por la “European Association of Centres of Medical Ethics” (EACME) para los días 28 y 29 de Septiembre en Padova (Italia). Secretaría: Fondazione Lanza. E-mail: info@fondazionelanza.it

✓ International Conference “*Ethical dilemmas at the beginning and end of life: the clinicians challenge*”, organizada por la “Royal Society of Medicine” de Londres y “The New York Academy of Medicine” de Nueva York para el día 15 de Octubre en Londres. Secretaría: Ms. Victoria Boswell, 1 Wimpole Street, London. E-mail: events@rsm.ac.uk

✓ Advanced European Bioethics Course “*Life without disease*”, organizado por el “Department of Ethics, Philosophy and History of Medicine - University Medical Centre Nijmegen” para los días 15 a 17 de Noviembre en Nijmegen (Holanda). Secretaría: Norbert Steinkamp. E-mail: n.steinkamp@efg.kun.nl

✓ X Congreso Derecho y Salud “*Y después del Insalud... ¿Qué?*”, organizado por la Asociación de Juristas de la Salud para los días 21 a 23 de Noviembre en Palma de Mallorca. Secretaría: Nimbus Comunicación, Paseo Mallorca 32 A -07012 Palma de Mallorca-.

✓ V Congreso nacional latinoamericano y del Caribe de Bioética “*Bio-ÉTICA de los acontecimientos de la vida*”, organizado por la Comisión Nacional de Bioética y la Academia Nacional Mexicana y Centro de Estudios e Investigaciones de Bioética para los días 21 a 24 de Noviembre en Guadalajara, Jalisco (México). Secretaría: Dr. José Torres Mejía, Plaza San Pablo-Centro 06090 México, D.F. E-mail: vsuarez@servidor.unam.mx

✓ III Reunión de investigación en enfermería “*Investigación enfermera en el siglo XXI: orientaciones para la acción*”, organizada por la Escuela Universitaria de Enfermería -Universidad de Navarra, para los días 22 y 23 de Noviembre en Pamplona. Secretaría: Arancha Urdániz Erviti. E-mail: aurdanoz@unav.es

✓ III Congreso Nacional de Bioética, organizado por la Asociación Española de Bioética y Ética Médica y la Sociedad Murciana de Bioética para los días 23 y 24 de Noviembre en Murcia. Secretaría: c/ Pintor Villacis, 4 -30003 Murcia-. E-mail: info@alquibla.com

bioética & debat

CON LA COLABORACIÓN DE



FUNDACION MAPFRE MEDICINA