

bioètica & debat

La pregunta filosófica por el ser humano. Homenaje a Ana Frank

volumen 16, núm. **60**
mayo_agosto 2010
TRIBUNA ABIERTA DEL
INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA
4 euros

Digamos, de entrada, que el tema de la antropología filosófica es la cuestión que la misma condición del ser humano nos plantea, o sea, el problema que el hombre, en el sentido más genérico e incluso de la palabra, arrastra inevitablemente en vivir. Ahora bien, como quiera que se trata de una cuestión que se refracta en centenares de otras pequeñas cuestiones, no podemos afrontarla nunca directamente, como quien intentase dar al blanco sobre un punto suelto, y éste bien centrado. Sucede, más bien, con la antropología filosófica, al revés: que su objeto único sólo se nos hace evidente al atisbo de muchos elementos constitutivos de aquello que, con afán de simplificación, llamamos *la* condición humana. Por esta razón, aquí tan sólo proponemos algunos puntos que nos ayuden a entender los reflejos de dicha condición. El lector y la lectora son invitados así a entender indirectamente de qué se ocupa la antropología filosófica y qué utilidad nos promete para la vida.

1. La guerra, o el cuestionamiento de la razón

Empecemos por una constatación que a nadie le gusta demasiado. En su famoso *Diario*, Ana Frank nos regala esta breve meditación filosófica:

«Yo no creo que la guerra sólo sea cosa de grandes hombres, gobernantes y capitalistas. ¡Nada de eso! Al hom-

bre pequeño también le gusta; si no, los pueblos ya se habrían levantado contra ella. Es que hay en el hombre un afán de destruir, un afán de matar, de asesinar y ser una fiera; mientras toda la humanidad, sin excepción, no haya sufrido una metamorfosis, la guerra seguirá haciendo estragos, y todo lo que se ha construido, cultivado y desarrollado hasta ahora quedará truncado y destruido, para luego volver a empezar.»¹

El *hombre pequeño* somos nosotros, cualquier hombre o mujer que conduce su vida desde la claridad y la oscuridad de la existencia humana vivida espontáneamente. La guerra nos gusta, pues. Pero también el ciclo de reconstrucción y autosuperación al cual nos llama la destrucción una vez nos asusta. Construir, destruir, volver a empezar: he aquí la expresión de un ciclo ahistórico que se aviene mal con una interpretación lineal de la historia como proyección hacia un futuro siempre mejor.

El mito de la superioridad humana no superó el holocausto ni la barbarie más irracional de los campos de concentración. Y la segunda mitad del siglo XX se ha cerrado con nuevos conflictos bélicos, masacres y violaciones de los derechos humanos

sumario

1 a 6

La pregunta filosófica por el ser humano. Homenaje a Ana Frank

2

Editorial

7 a 10

La comunicación en el ámbito de la salud

11 a 13

La comunicación médico-paciente. La visión desde ambos lados

14 a 16

Comunicación profesional en el ámbito de la fragilidad

17 a 21

Comentario de la noticia

22 a 23

Biblioteca

24

Agenda

Institut Borja de
Bioètica

Universitat Ramon Llull

bioètica & debat

DIRECCIÓN

Ester Busquets Alibés

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francesc Abel Fabre

Jordi Craven-Bartle

Pau Ferrer Salvans

Ramon M. Nogués Carulla

Jaume Terribas Alamego

Núria Terribas Sala

COLABORADORES

Àngels AVECILLA

Xavier Clèries Costa

Jordi Craven-Bartle

Albert Jovell Fernández

Joan Mir Tubau

Joan Ordi Fernández

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

María José Abella Sánchez

CORRECCIÓN

Maria Fullana

IMPRESIÓN

Ediciones Gráficas Rey

ISSN: 1579-4865

Depósito legal: B-29288-99

EDITA

Institut Borja de Bioètica

Fundación Privada

c/ Santa Rosa, 39-57, 3ª planta
08950 Esplugues de Llobregat (Bcn)

Telf. 93.600.61.06

Fax. 93.600.61.10

bioetica@ibb.hsjdbcn.org

www.ibbioetica.org

Bioètica & debat está indexada en:
MEDLINE. / Dialnet.
Base de datos de sumarios del CBUC.
ETHXWeb, Database from the NRCBL.
Bibliography of Bioethics.
CUIDEN. / Cuidatge.

Bioètica & debat no se identifica
necesariamente con las opiniones
expresadas en los artículos publicados.

Aproximarse al conocimiento del ser humano

La pregunta por el ser humano es uno de los interrogantes más importantes y profundos de la historia de la filosofía occidental. Desde los primeros filósofos griegos hasta los últimos pensadores de nuestros tiempos, la pregunta para saber "quiénes somos" se ha ido repitiendo sucesivamente sin ningún tipo de interrupción. A pesar de las dificultades que comporta determinar cuáles son las dimensiones esenciales de la condición humana, la filosofía, y concretamente la antropología filosófica, se ha encargado, a lo largo de la historia, de profundizar sobre este interrogante que es el ser humano.

Son múltiples las caracterizaciones del ser humano que podríamos exponer. Platón considera que el hombre es un ser humano dual, formado de cuerpo y alma. Aristóteles define el hombre como un animal político (social). San Agustín cree que lo más propio del ser humano es su capacidad de amar. Giovanni Pico della Mirandola, como la mayoría de pensadores modernos, piensa que lo más importante en el hombre es su libertad. Actualmente, para Zygmunt Barman, el hombre es un ser líquido, o bien, según Gilles Lipovetsky, un ser decepcionado.

Hay quien afirma que, en último término, el ser humano es siempre un misterio, es decir, una realidad que se escapa de la comprensión racional. Pero, como decía, acertadamente, el filósofo británico Bertrand Russell, la historia de la filosofía no se debe medir por las respuestas sino por la hondura de las preguntas. Así, la antropología filosófica, más que resolver definitivamente este interrogante, lo debe iluminar con rigor para irnos aproximando a las características fundamentales del ser humano.

El conocimiento –aunque sea aproximado– de las diferentes dimensiones que constituyen el ser humano es imprescindible para los profesionales, tanto del ámbito de la salud como del ámbito social, porque, a través de este conocimiento, el profesional descubrirá que, más allá de la dimensión física, psíquica, social, espiritual... entre otras, el ser humano se caracteriza por su dignidad ontológica, un tipo de dignidad intrínseca al ser de la persona. Nos referimos a una dignidad que se posee por el mero hecho de ser persona, y no se puede perder nunca, pase lo que pase. Este tipo de dignidad queda explícitamente reconocida en el primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, del año 1948, cuando afirma que: "*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos*".

Tomar conciencia de este núcleo de dignidad que tiene la persona genera un conjunto de exigencias en los profesionales de la salud y del ámbito social, exigencias que nos dicen que se debe tratar a la persona con la máxima consideración y respeto. Para poder responder a estas obligaciones de carácter ético, es muy importante, como recuerda el Institut d'Estudis de la Salut, que los profesionales se formen en las llamadas "habilidades no técnicas", es decir, habilidades que incluyen la comunicación, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la reflexión bioética... A través de diferentes estudios, se ha podido demostrar que complementar las habilidades técnicas con las no técnicas mejora sustancialmente la atención a la persona, porque tiene en cuenta sus múltiples dimensiones.

VIENE DE LA PÁGINA 1

El siglo XIX vivió hipnotizado por el mito del progreso en la historia, por la concepción de la marcha de la humanidad como un avance incesante en la creciente e imparable racionalización de la sociedad. Ana Frank fue, en cambio, testimonio precoz de los horrores nazis. El mito cientifista de la superioridad de la razón humana no superó las llamas del holocausto ni la barbarie más irracional de los campos de concentración. Y la segunda mitad del siglo XX se ha cerrado con todo un cúmulo inesperado de nuevos conflictos bélicos, masacres y violaciones sistemáticas de los derechos humanos. ¡Qué pequeño que es el hombre! ¡Qué miseria más inhumana no revela nuestro corazón pequeño! He aquí, pues, de lo que se tiene que ocupar la antropología filosófica: de reflexionar sobre la pequeñez y la grandeza de la condición humana, para dilucidarla si cabe un poco más y para vivirla con más voluntad humanizadora, aprovechando la lección histórica de la metamorfosis que la humanidad tiene que sufrir, y no sólo pensar.

2. La esperanza, o la vivencia del sentido

Fallamos el tiro cuando nos imaginamos que las personas conscientes de la maldad que anida en el corazón y en la mente humana tienen que ser profundamente pesimistas. La realidad se nos muestra sorprendentemente inversa: la lucidez sobre el lado oscuro de la condición humana aviva luces de esperanza. Pese a la realidad inminente de la desgracia, Ana Frank lo formula así desde su escondite inútil:

«Cada día me siento crecer por dentro, siento cómo se acerca la liberación, lo bella que es la naturaleza, lo buenos que son quienes me rodean, lo interesante y divertida que es esta aventura. ¿Por qué habría de desesperar?»²

A un mes de cumplir quince años, edad en que morir parece romper toda plenitud, Ana expresó con pureza cristalina la secreta promesa que la vida nos brinda a cada paso: crecer cada día un poco más, pero no en una quimérica racionalización de la existencia, sino en una liberación real del mal que oprime a la historia humana, para hacer sitio a la bondad que, lejos de ser inocente, ingenua e inconsciente, se construye sobre la lúcida percepción de la crueldad y la injusticia que nos deshumanizan. El filósofo canadiense Jean Grondin toma así el reto de formular este crecimiento personal hacia el bien:

«¿En qué consiste esta esperanza? A riesgo de resultar tautológico, consiste en la esperanza de que vale la pena vivir la vida, de que merece la pena vivirla para otro, porque el otro espera algo de mí y yo puedo responder a esa espera o, mejor aún, rebasarla. Lo consigo al hacerle la existencia menos cruel, más justa, más libre, pero también más tierna; en una palabra, más sabrosa y más sentida. Esto no es más que otra manera de decir que la vida debe ser vivida como si debiese ser juzgada.»³

El bien sabe qué hacer con el mal, conoce cómo transformarlo en esperanza de nueva plenitud. El mal, en cambio, nos priva del futuro y llena de absurdo el presente al negar todo sentido a los esfuerzos del pasado

La vivencia del sentido y la vivencia del mal no son conmensurables, una no es el reverso de la otra. El mal, y toda su banalidad si se quiere, no nos lleva a la playa de ninguna esperanza. Su dinámica destructora, deshumanizadora, sólo se pararía allí donde el hombre abdicara de su condición de ser bueno y perfectible. Entonces ya no podríamos

ni percibir que el mal ofende a nuestra dignidad. El sentido, en cambio, siempre suscita una vivencia de lo que es conatural al ser humano, de lo que le es debido por esencia. Allí donde el bien puede ser objeto de una vivencia real, por insignificante o pobre que ésta se nos presente en la vida cotidiana, siempre contiene una promesa de mayor realización. El bien sabe qué hacer con el mal, conoce cómo transformarlo en esperanza de nueva plenitud. El mal, en cambio, nos priva del futuro y llena de absurdo el presente al negar todo sentido a los esfuerzos del pasado. He aquí, pues, de qué se tiene que ocupar la antropología filosófica: de reflexionar sobre la grandeza del corazón pequeño del hombre, sobre la esperanza de humanidad como motor de la historia más real y racional que la razón meramente tecno-científica y económico-política. Y esta reflexión parte de una constatación elemental: el ser humano no puede dar sentido a su vida al margen de la ética, o sea, de la búsqueda del bien que le obliga.

Cuando hemos de escondernos y aislarnos del mundo como Ana en la Casa de Detrás, éste ha dejado de ser el nido natural del ser humano

3. El mundo, o la mundanidad del hombre

Cuando hemos de escondernos y aislarnos del mundo como Ana en la Casa de Detrás, éste ha dejado de ser el nido natural del ser humano. En cambio, la experiencia espontánea del mundo, la que se produce cuando el ser humano no convierte un trozo de mundo en reino de la violencia, la mentira y la injusticia, lleva a una cierta identificación mística (filosófica o religiosa) con su belleza, la energía poderosa que lo gobierna, la regularidad de sus ritmos, las leyes imparciales de sus fenómenos

y la abundancia de sus recursos. El mundo tiende a ser, y pretende convertirse en el espacio materialmente natural de comunión entre las personas, el ámbito en que la cultura, como interpretación colectiva del sentido de la vida, vincula las personas a través del trabajo, la razón, el sentimiento y un proyecto en común. Ana Frank encontraba consuelo precisamente en esta vivencia de radical mundanidad del ser humano:

«Para todo el que tiene miedo, está solo o se siente desdichado, el mejor remedio es salir al aire libre, o a algún sitio en donde poder estar totalmente solo, solo con el cielo, con la naturaleza y con Dios. Porque sólo entonces, sólo así, se siente que todo es como debe ser y que Dios quiere que los hombres sean felices en la humilde pero hermosa naturaleza.

Mientras todo esto exista, y creo que existirá siempre, sé que toda pena tiene consuelo, en cualquier circunstancia que sea. Y estoy convencida de que la naturaleza es capaz de paliar muchas cosas terribles, pese a todo el horror.»⁴

La existencia del mundo plantea la cuestión antropológica de la dimensión mundanal de nuestra condición. La pregunta por el mundo es, al mismo tiempo e inevitablemente, pregunta por el sentido de nuestra existencia en el mundo

La existencia del mundo plantea la cuestión antropológica de la dimensión mundanal de nuestra condición. La pregunta por el mundo es, al mismo tiempo e inevitablemente, pregunta por el sentido de nuestra existencia en el mundo. No hay bastante, pues, con un acercamiento científico a la materia y a la materialidad de nuestro ser. Heidegger nos recuerda que la pregunta pri-

mera de la metafísica resuena siempre al compás de nuestros diferentes estados de ánimo, que la modulan de manera particular. Es la pregunta siguiente:

«¿Por qué es el ente y no más bien la nada? Esta es la pregunta. Probablemente no es una pregunta cualquiera. «¿Por qué es el ente y no más bien la nada?» es, al parecer, la primera de todas las preguntas. Es la primera, aunque ciertamente no lo es en el orden temporal en el que se sucedieron las preguntas. El ser humano singular, lo mismo que los pueblos, pregunta muchas cosas en su histórico camino a través del tiempo. [...] Y, pese a todo, una vez, quizás hasta de vez en cuando, todos nos sentimos rozados por el oculto poder de esta pregunta sin comprender del todo lo que nos ocurre.»⁵

La cuestión que el ser humano es para sí mismo continúa acompañando la aventura humana en la superficie de nuestro planeta. La antropología filosófica no puede dejar de sentir como propia la pregunta por la condición humana y por el sentido de la obra del hombre en el mundo

El ser humano resulta incomprendible al margen de su desarrollo en el mundo. El mundo no parece tener sentido si no es para el ser humano. La amplitud y exuberancia material del cosmos parecen ofrecer un espectáculo gratuito de energía que requiere un sentido, una justificación, una interpretación. Aquí aparece el origen y la base de las antiguas cosmogonías, teogonías y antropologías, que ya se fueron configurando al compás de las primeras civilizaciones humanas. También la antropología filosófica actual tiene que subsumir esta

vieja cuestión bajo el horizonte de una reflexión multidisciplinar sobre el papel del hombre en el mundo. Es obvio que las palabras han hiperinflado su significado a través de los siglos y de los cambios de época. Por ejemplo, el concepto de hombre del que partimos hoy día, después de las aportaciones de la modernidad y de las ciencias naturales y humanas, ya contiene pocos rasgos de la ingenuidad de la época clásica griega, cuando el hombre era visto en continuidad substancial con la naturaleza y el resto del mundo animado. Asimismo, la cuestión que el ser humano es para sí mismo continúa acompañando la aventura humana en la superficie de nuestro planeta. La antropología filosófica se encuentra así, hoy día, preñada de nueva información, de más experiencia histórica, de planteamientos que se han superpuesto o sucedido en la historia del pensamiento y de las culturas, pero no puede dejar de sentir como propia la pregunta por la condición humana y por el sentido de la obra del hombre en el mundo. Y por la armonía, si es posible, entre las dimensiones del ser humano, como expresa Ana Frank:

«Siempre está esa lucha entre el corazón y la razón, hay que escuchar la voz de ambos a su debido tiempo, pero ¿cómo saber a ciencia cierta si he escogido el buen momento?»⁶

4. El lenguaje, o el acceso a la realidad

La experiencia nativa que el ser humano hace del lenguaje no consiste en descubrir un código de signos a punto para facilitar la comunicación entre las personas. De lenguaje está hecho el pensamiento, de la misma manera que los conceptos están hechos de palabras. Son más bien los lenguajes artificiales, confeccionados por el hombre, los que muestran la fisonomía de un código de signos. El lenguaje natural, en cambio, es depositario de un poder más alto:

dar acceso a la realidad, hacer posible el diálogo interior de las personas, construir los conceptos indispensables para percibir las cosas, estructurar la cadena de razonamientos que nos permite entrelazar los conocimientos unos con otros. El último Heidegger llegó a decir que, propiamente, no hablamos un lenguaje, sino que es el mismo lenguaje el que habla. O sea, nuestra relación con el mundo y la misma estructuración de un espacio humano de convivencia siempre presentan una credencial de naturaleza lingüística. No es cierto que no haya nada más que lenguaje, pero sí que nada es para nosotros sino lingüísticamente. Por ejemplo, sin lenguaje no hay acceso a la verdad de las personas, como escribe Ana Frank:

«Mi madre nunca me ha contado nada de sí misma, ni yo le he preguntado. ¿Qué sabemos ella y yo de nuestros respectivos pensamientos? No puedo hablar con ella; no puedo mirar afectuosamente a esos fríos ojos suyos, no puedo. ¡Nunca!»⁷

Es cierto que Occidente, a menudo, ha caído en una cierta idolatrización del lenguaje, creyendo que, con las palabras, se apropiaba de la esencia de las cosas. Por eso, Nietzsche pretendía argumentar contra esta tendencia al subrayar el carácter metafórico del lenguaje:

«Creemos saber algo de las cosas mismas cuando hablamos de árboles, colores, nieve y flores, y no poseemos, sin embargo, más que metáforas de las cosas que no corresponden en absoluto a las esencias primitivas. Del mismo modo que el sonido configurado en la arena, la enigmática x de la cosa en sí se presenta en principio como impulso nervioso, después como figura, finalmente como sonido. Por tanto, en cualquier caso, el origen del lenguaje no sigue un proceso lógico, y todo el material sobre el que, y a partir del cual, trabaja y construye

el hombre de la verdad, el investigador, el filósofo, procede, si no de las nubes, en ningún caso de la esencia de las cosas.»⁸

Según esta interpretación del lenguaje, la verdad no sería nada más que un invento lingüístico del hombre mismo, la superposición arbitraria de metáforas, metonimias y sinécdoques a las impresiones de los sentidos. Se trata de una postura radical. Y hasta un cierto punto, autodestructora: sólo resultaría comprensible si, por un momento, admitiéramos que es falsa, o sea, si damos valor de verdad a su mismo discurso, para negar, acto seguido, la verdad de cualquier discurso humano. Es fácil mostrarse en desacuerdo con una postura escéptica tan radical. Pero, entonces, se tendría que razonar bien la esencial lingüística de la condición humana. Y ésta también es tarea de aquella reflexión filosófica sobre el ser humano que constituye la antropología filosófica. Parece más acertado, al respecto, recoger el parecer de Wittgenstein, como punto de partida para poner en marcha la reflexión:

« 6.51 El escepticismo no es *irrefutable*, sino un sinsentido obvio, pues quiere plantear dudas allí donde no se puede preguntar.

Pues una duda sólo puede existir allí donde existe una pregunta; una pregunta sólo donde existe una respuesta y esta última sólo donde *puede decirse algo*.»⁹

El lenguaje delimita qué podemos preguntar con sentido y qué queda, como valor realmente importante, más allá de todo lenguaje, como una incitación permanente para ir más allá de los hechos del mundo y trascenderlos hacia el valor absoluto. El ser humano muestra poseer condición de frontera entre el mundo como totalidad de hechos y el posible objeto de una aspiración congénita a la plenitud, a la verdad y al sentido no meramente accidentales, casuales ni parciales.

5. ¿Qué es, pues, la antropología filosófica?

Sean suficientes las reflexiones anteriores para ofrecer una idea inicial sobre la disciplina que aquí queríamos presentar al lector o lectora. Son, obviamente, muchísimas más las dimensiones que dan forma a la condición humana y que la antropología filosófica tiene que ir explicitando de manera consistente en su camino reflexivo hacia el hombre, con voluntad de veracidad, tal y como recomienda Ana Frank:

« [...] y tampoco en el futuro le tendré miedo a la verdad, puesto que, cuanto más se la pospone, tanto más difícil es enfrentarla.»¹⁰

La reflexión de la antropología filosófica no pretende otra cosa que contribuir, desde el pensamiento, a hacer del mundo una casa digna de ser habitada por el hombre, de manera que, en un futuro ideal, ya no se tuviese que haber escrito una constatación como esta otra de Ana Frank:

«El mundo está patas arriba. A los más honestos se los llevan a los campos de concentración, a las cárceles y a las celdas solitarias, y la escoria gobierna a grandes y pequeños, pobres y ricos.»¹¹

Ahora bien, puesto que el problema del hombre queda siempre abierto a múltiples interpretaciones que no son fácilmente conciliables entre sí, la antropología filosófica se autoimpone una tarea que no se puede considerar acabada fácilmente con apuntar a un único factor, aspecto o característica, por importante que éste sea. Dicho carácter abierto y siempre problemático de la vida humana como cuestionamiento filosófico sobre qué somos y qué sentido tiene nuestra existencia y nuestra obra en el mundo, y no simplemente como cuestión meramente cultural, científica o existencial, continúa justificando el

hecho de que la filosofía encuentre en la cuestión del hombre uno de los estímulos más importantes, si no el fundamental, para no renunciar a ser un pensamiento que puede reivindicar sus propios derechos ante una cultura ambiental que a menudo parece olvidarse del problema inevitable que el hombre es para sí mismo.

Concluimos, pues, con la propuesta de entender la antropología filosófica como la reflexión que la filosofía lleva a cabo sobre la condición, la existencia y la obra del ser humano en el mundo, para determinar qué es lo específico del ser humano, lo que le caracteriza de suyo, qué estructuras esenciales muestran esta especificidad y qué indicaciones nos salen al encuentro en estas mismas estructuras, al objeto de intentar responder a la cuestión relativa al sentido de la existencia humana. Este sentido pasa por la construcción de ideales humanos. Tanto en épocas de mayor facilidad social como en momentos históricos de maldad y de especial ofuscación colectiva. Acabemos nuestro homenaje a Ana Frank recordando sus palabras sobre el papel de los ideales en la vida humana. Son, éstas, unas palabras impresionantes y resuenan en nuestros oídos con el valor de un testamento espiritual que la antropología filosófica, en tanto que buena albacea, tiene que ejecutar con esmero:

«Ahí está lo difícil de estos tiempos: la terrible realidad ataca y aniquila totalmente los ideales, los sueños y las esperanzas en cuanto se presentan. Es un milagro que todavía no haya renunciado a todas mis esperanzas, porque parecen absurdas e irrealizables. Sin embargo, sigo aferrándome a ellas, pese a todo, porque sigo creyendo en la bondad interna de los hombres.

Me es absolutamente imposible construir cualquier cosa sobre la base de la muerte, la desgracia y la confusión. Veo cómo el mundo se va convirtiendo poco a poco en un

desierto, oigo cada vez más fuerte el trueno que se avecina y que nos matará, comparto el dolor de millones de personas y, sin embargo, cuando me pongo a mirar el cielo, pienso que todo cambiará para bien, que esta crueldad también acabará, que la paz y la tranquilidad volverán a reinar en el orden mundial. Mientras tanto, tendré que mantener bien altos mis ideales, tal vez en los tiempos venideros aún se puedan llevar a la práctica.»¹²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Frank A. Diario. Barcelona: De Bolsillo; 2007. p.311.
2. Frank A. Diario. Barcelona: De Bolsillo; 2007. p.312.
3. Grondin J. Del sentido de la vida. Un ensayo filosófico. Barcelona: Herder; 2005. p.144.
4. Frank A. Diario. Barcelona: De Bolsillo; 2007. p.221.
5. Heidegger M. Introducción a la metafísica. Barcelona: Gedisa; 1995. p.11.
6. Frank A. Diario. Barcelona: De Bolsillo; 2007. p.307.
7. Frank A. Diario. Barcelona: De Bolsillo; 2007. p.209.
8. Nietzsche F. Sobre verdad y mentira en sentido extramoral. [acceso 1 de julio de 2010] Disponible en: <http://www.edu.mec.gub.uy/biblioteca%20digital/libros/N/Nietzsche%20Sobre%20verdad%20y%20mentira%20en%20sentido%20ex.pdf>, p.6.
9. Wittgenstein L. Tractatus logico-philosophicus. Madrid: Tecnos; 2002, p.274; traducción de Luis M. Valdés Villanueva.
10. Frank A. Diario. Barcelona: De Bolsillo; 2007. p.113.
11. Frank A. Diario. Barcelona: De Bolsillo; 2007. p.336.
12. Frank A. Diario. Barcelona: De Bolsillo; 2007. p.366.

Joan Ordi Fernández

Doctor en Filosofía. Licenciado en Teología. Profesor del Máster universitario en Bioética del IBB.
joanordi@telefonica.net

resumen

El objetivo de este artículo de antropología filosófica es presentar esta disciplina a través de la descripción de algunas de las dimensiones que definen al ser humano: la maldad humana, la esperanza y la vivencia de sentido, la mundanidad, el lenguaje... Esta reflexión sobre la condición humana quiere ser, al mismo tiempo, un homenaje a Ana Frank, víctima del holocausto nazi.

PALABRAS CLAVE
antropología filosófica, ser humano, Ana Frank, holocausto nazi

abstract

The purpose of this article about philosophical anthropology is to present this discipline by describing some dimensions, which define the human being: human evilness, sense of hope and experience, worldliness, language... At the same time, this reasoning about the human condition is a tribute to Anne Frank, victim of the nazi holocaust.

KEYWORDS
philosophical anthropology, human being, Anne Frank, nazi holocaust

La comunicación en el ámbito de la salud

Xavier Clèries Costa

Doctor en Psicología clínica.
Responsable de Comunicación Asistencial
del Institut d'Estudis de la Salut.
fx.cleries@gencat.cat

resumen

La relación profesional-paciente en contextos sanitarios se transforma en tangible mediante la comunicación que se establece entre los que tendrían que ser los principales actores del sistema sanitario. Por su importancia, la dimensión comunicativa está contemplada como una parte nuclear de la competencia de los profesionales sanitarios y en los programas de enseñanza de grado; además, también se contemplan los aspectos éticos y culturales del entorno del paciente.

PALABRAS CLAVE

comunicación, profesional, paciente, ética

abstract

The relationship professional-patient within a health-care context becomes tangible by the communication established between those who should be the main authors of the health-care system. Due to its importance, the communicative dimension is considered as a core part of the health-care professionals' ability and in the graduate education curriculum, the ethical and cultural aspects of the patient's surroundings are also considered.

KEYWORDS

communication, professional, patient, ethics

El vocablo *comunicación* se utiliza actualmente en gran diversidad de contextos y adquiere polisemias que pueden inducir a confusión. Se utiliza, por ejemplo, para referirse a los medios de transporte, ya sean aéreos, terrestres, fluviales o marítimos, o para mencionar a los medios de transmisión de información, como son la televisión, radio, prensa e internet. El modelo que ha acabado imponiéndose al hablar de comunicación es el derivado del ámbito de la mecánica e ingeniería, y que se conoce por el más que repetido esquema de mensaje, emisor, receptor, código, canal, etc.¹ Asimismo, hay otros modelos, probablemente no tan populares como el anterior, que resultan más adecuados para explicar el fenómeno de la comunicación desde una perspectiva de la relación que mantienen entre sí los seres humanos.^{2,3}

Cualquier proceso de atención de salud implica un proceso de relación entre un paciente y un profesional de la salud, como mínimo. Desde el momento en que se ha establecido esta relación es inevitable que se establezca una comunicación

Uno de los ámbitos en el que particularmente se convierte en pertinente tener claro el concepto de comunicación es el de la salud. Cualquier proceso de atención de salud implica un proceso de relación entre un paciente y un profesional de la salud, como mínimo. Desde el momento en que se ha establecido esta relación, tal y como asegura el psicólogo norteamericano Paul Watzlawick, es inevitable que se establezca una comu-

nicación. Es imposible no comunicar. Todo lo que se relaciona con el proceso de atención al paciente comunica. La persona que informa en el mostrador de recepción o telefónicamente, el aspecto del centro sanitario y la actitud de los profesionales, todo eso comunica algo que será interpretado en algún sentido por el paciente y las personas que lo acompañan. En este sentido, la comunicación implica mucho más que la mera transmisión de mensajes.

La relación profesional-paciente tiene que generar confianza mutua. En caso contrario, la probabilidad de que el acto asistencial acabe siendo infructuoso es muy alto. Aunque las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes tienden a ser asimétricas, hay que defender el principio ético de la autonomía de las personas

La relación profesional-paciente tiene que generar confianza mutua. En caso contrario, la probabilidad de que el acto asistencial acabe siendo infructuoso es muy alto. Aunque las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes tienden a ser asimétricas, hay que defender el principio ético de la autonomía de las personas por el que todo individuo tiene que ser tratado como un agente autónomo, reconociendo el derecho a la protección de aquellas personas en que la autonomía sea disminuida. La salud no es únicamente patrimonio del sistema sanitario –más bien dedicado en exclusiva a la enfermedad–, sino que incumbe a toda la comunidad social, aunque con grados

y con intensidad diferentes, según se trate de ámbitos profesionales, de tejido asociativo, o de relaciones interpersonales cotidianas. Las personas, la sociedad en general, también son responsables tanto de la salud como del proceso de enfermar. En este sentido, hay que abogar por una responsabilidad compartida entre profesionales de la salud, sistema sanitario y pacientes –todos los ciudadanos– para generar actitudes positivas favorecedoras de la salud.

La comunicación es considerada como una dimensión de la competencia de las profesiones sanitarias que tiene que ser enseñada, aprendida y evaluada

La comunicación como competencia nuclear de los profesionales de la salud

Desde las principales instituciones nacionales⁴ e internacionales⁵ referentes de la educación médica, hay pleno consenso en que la comunicación es una de las partes nucleares de la competencia de la profesión médica (y, por extensión, del resto de las profesiones sanitarias). Por tanto, la comunicación es considerada como una dimensión de la competencia de las profesiones sanitarias que tiene que ser enseñada, aprendida y evaluada.

Hay evidencias de que una comunicación adecuada repercute en una mayor confianza en la relación médico-paciente, en una adhesión terapéutica mayor por parte del paciente y, en general, en resultados clínicos favorables en los procesos de enfermedad

Por otra parte, hay evidencias de que una comunicación adecuada repercute en una mayor confianza en la relación médico-paciente, en una adhesión terapéutica mayor por parte del paciente y, en general, en resultados clínicos favorables en los procesos de enfermedad.⁶ Aunque la enseñanza de habilidades de comunicación para estudiantes de medicina comenzó en la década de los años 70 del siglo XX en el Reino Unido, Estados Unidos de América y Canadá, se contemplan unas bases conceptuales y metodológicas sólidas en cuanto al aprendizaje de la comunicación de los profesionales de la salud (figura 1).^{7,8} Hay que destacar que, además de las habilidades comunicativas y de entrevista clínica con el paciente, se tienen en cuenta también las actitudes (respecto a los otros), la capacidad de dominar los medios de comunicación escritos y virtuales, la gestión de la incertidumbre y de las emociones, los valores (ética, profesionalismo, reflexión), y las relaciones interprofesionales.

Las ideas, creencias, sentimientos, actitudes y valores, entre otros aspectos, configuran una manera específica de vivir la relación asistencial entre el profesional y el paciente

Hacia un modelo asistencial de colaboración profesional-paciente

Las ideas, creencias, sentimientos, actitudes y valores, entre otros aspectos, configuran una manera específica de vivir la relación asistencial entre el profesional y el paciente. Desde el punto de vista profesional, se han estudiado dos grandes modelos sobre cómo se contempla la relación asistencial. Uno de estos modelos se centra más en la enfermedad y el otro se orienta más

hacia la persona con problemas de salud. En función del modelo que se tome de referencia, se constatará una nítida trascendencia en la práctica asistencial, pero también en el tipo de relación que se establecerá con el paciente.

Decidir las necesidades de la población respecto a un ámbito, por ejemplo la salud, y proponer soluciones es una manera, según Illich, de crear dependencia en la población y de inhabilitar a los individuos en su capacidad de ser autónomos

Tradicionalmente, los modelos asistenciales se han tenido en cuenta desde el punto de vista de los profesionales. El polémico pensador austríaco Ivan Illich, en el último tercio del siglo XX, explicaba que una característica esencial de las profesiones era la generación y utilización frecuente de un argot inaccesible a los no profesionales con la finalidad de hacerse imprescindibles y perpetuar el estatus profesional. Decidir las necesidades de la población respecto a un ámbito, por ejemplo la salud, y proponer soluciones es una manera, según Illich, de crear dependencia en la población y de inhabilitar a los individuos en su capacidad de ser autónomos.⁹ En cambio, a nuestro parecer, y en el ámbito de la salud, hay la necesidad de construir una realidad, basada en las concepciones de los profesionales sanitarios y en las representaciones de las personas con problemas de salud. Profesionales y usuarios, en este sentido, tienen que ser los verdaderos actores del sistema sanitario. Desde esta perspectiva, se trata de integrar lo que es objetivable del trastorno etiológicamente biológico o de la enfermedad (lo que, en inglés, se llama *disease*) con la experiencia sub-

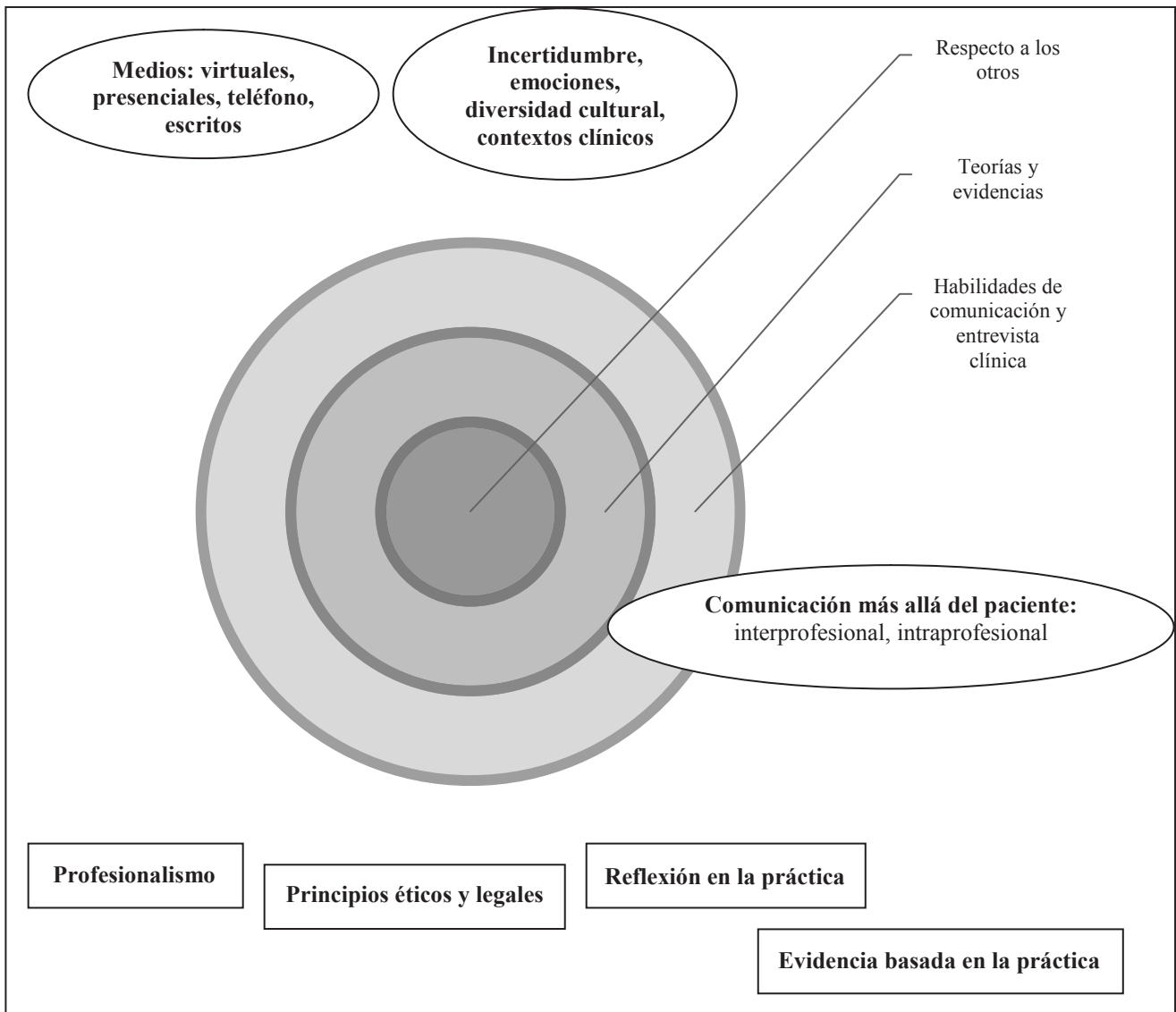


Figura 1. Currículo de comunicación clínica en el grado de educación médica. Adaptada de Von Fragstein *et al.*⁸

jetiva del ser-estar enfermo (*illness*, en inglés). Si ambos niveles no son simultáneamente considerados, accedemos a la atomización del ser humano, y eso puede llegar a comportar la gestación de patologías psicológicas, sociales y personales asociadas, así como dependencias innecesarias. Por eso, habrá que realizar las siguientes consideraciones conceptuales a la hora de concebir los servicios asistenciales en el ámbito de la salud:

- > La subjetividad de los pacientes (usuarios y personas significativas) y la objetividad de los profesionales;

es decir, los dos tipos de percepciones o de construcciones simbólicas tienen que llegar a ser construidas en un espacio común y de significación compartida mediante la relación interpersonal.

- > La finalidad del encuentro entre profesional y paciente tiene que procurar hacer inteligibles las dos percepciones, las de cada protagonista, en el marco –intersubjetivo– del encuentro asistencial.
- > Profesional y paciente (inter)generan, en el encuentro asistencial, un

saber común basado en la escucha, la comprensión y, si es necesario, en el acuerdo. Profesional y paciente tienen como reto llegar a un pacto sobre la legitimidad y credibilidad de sus propios discursos.

- > Profesionales y pacientes tienen que esforzarse para construir conjuntamente los fenómenos asociados al proceso de salud y de enfermedad desde los modelos explicativos científicos, pero también desde las necesidades concretas de salud y de enfermedad de los individuos.

Desde la vertiente del profesional, la bioética proporciona una serie de principios éticos que son de mucha ayuda a la hora de determinar cómo llevar a cabo la relación con el paciente

En este sentido, y en el contexto asistencial caracterizado por las vivencias únicas e irrepetibles del proceso de enfermar, hay que contemplar la confrontación de puntos de vista entre profesionales y pacientes desde una perspectiva ética. El respecto hacia la persona es una buena base a partir de la cual se puede ir construyendo la relación entre el profesional de la salud y el paciente. Esta relación se tiene que ver implicada por la legitimidad de cada uno de los interlocutores en expresar lo que piensa y en ser respetado. Desde la vertiente del profesional, la bioética proporciona una serie de principios éticos que son de mucha ayuda a la hora de determinar cómo llevar a cabo la relación con el paciente:

> **Autonomía:** las personas tienen que ser tratadas como seres autónomos, y las que tengan dificultades para ejercerla tendrán que ser protegidas. Respetar la autonomía de la persona implica valorar sus opiniones y favorecer el consentimiento informado mediante una información veraz, concreta, repetida las veces que haga falta y, especialmente, personalizada. Asimismo, se tendrá que respetar, al mismo tiempo, el derecho a la no información en el caso de pacientes que no quieran conocer los detalles de su trastorno y/o la evolución del pronóstico.

> **No maleficencia:** principio que obliga a no hacer daño intencionalmente y que se basa en la máxima latina *primum non nocere* (en primer lugar, no hacer daño).

> **Beneficencia:** el profesional se tiene que esforzar para atender al paciente de la manera que considere más adecuada en la búsqueda del máximo bien posible, siempre y cuando obtenga su consentimiento. Así por ejemplo, el médico nunca podrá imponer su propio criterio en contra de la opinión del paciente, aunque esté plenamente convencido de la bondad de la medida que se tendrá que aplicar.

> **Justicia:** este principio resalta la equidad que tiene que existir entre riesgos y beneficios terapéuticos y en la distribución de recursos, en el contexto actual de falta generalizada. También se refiere a la igualdad de oportunidades en el acceso a la asistencia sanitaria.

Los comités de ética asistencial en los centros de salud resultan un magnífico escenario para afrontar y reflexionar sobre las situaciones difíciles que a menudo se generan en el sistema sanitario

Los principios éticos mencionados son instrumentos útiles que tienen que facilitar la relación con el paciente, de manera especial, en situaciones conflictivas. En este sentido, los comités de ética asistencial en los centros de salud resultan un magnífico escenario para afrontar y reflexionar sobre las situaciones difíciles que a menudo se generan en el sistema sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Shannon, C, Weaver E. The Mathematical Theory of Communication. Chicago and Urbana: University of Illinois Press; 1949.

2. Dance FEX. Hacia una teoría de la comunicación humana. En: Dance FEX, compilador. Teoría de la Comunicación Humana: Ensayos originales. Buenos Aires: Troquel; 1973. p. 403.

3. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. (8ª edición). Barcelona: Herder; 1991. p. 49-71.

4. SEDEM (Sociedad Española de Educación Médica), ACEM (Associació Catalana d'Educació Mèdica), SEMDE (Sociedad de Educación Médica de Euskadi), SADEM (Sociedad Aragonesa de Educación Médica). Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas. Educ. Med. 2005; 8(1):3-7.

5. The Scottish Dean's Medical Education Group. The Scottish doctor. Learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. 3rd edition. Dundee: Association for Medical Education in Europe (AMEE); 2008.

6. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient Communications to health outcomes. Patient Educ. Couns. 2009;74(3):295-301.

7. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad. Med. 2001; 76(4):390-393.

8. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wisken C; UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. Med. Educ. 2008 Nov;42(11):1100-7.

9. Illich I. Profesiones inhabilitantes. Barcelona: H. Blume; 1981.

La comunicación médico-paciente. La visión desde ambos lados

Albert Jovell Fernández

Doctor en Medicina y Cirugía. Doctor en Sociología. Director general de la Fundació Biblioteca Josep Laporte. Presidente del Foro Español de Pacientes. albert.jovell@uab.cat

resumen

En este artículo, se analiza cómo debe ser el proceso de comunicación entre médico y paciente. Se justifica por qué es importante comunicar bien y se describen los elementos esenciales de un buen proceso de comunicación. Se constata que, en este proceso bidireccional, si una de las dos partes no comunica bien, esto afectará a los resultados clínicos del paciente. Finalmente, se tratan algunos de los aspectos éticos de la comunicación entre el profesional y el paciente.

PALABRAS CLAVE

comunicación, médico-paciente, ética, universidad, pacientes

abstract

In this article the communication process between doctor and patient is analysed. It justifies why it is important to communicate well and it also describes the essential elements of a good communication process. It is stated that, in this two-way process, if one of the parts does not communicate well, this will affect the patient's clinical results. Finally, some ethical aspects of the communication between the professional and the patient are discussed.

KEYWORDS

communication, doctor-patient, ethics, university, patients

1. El proceso de comunicar

Una buena comunicación médico-paciente incluye, esencialmente, el hecho de que el paciente, al final de la visita médica, pueda responder con precisión a la información que le ha sido proporcionada durante la misma. Para ello, los médicos tendrían que haber recibido la formación necesaria para comunicar con el paciente y deberían disponer de suficiente tiempo para interactuar con ellos. El tiempo de duración de la visita es esencial para conseguir una buena comunicación.

El proceso de comunicar implica que los pacientes son capaces de formular todas las preguntas que les permitan clarificar las dudas sobre su salud y que están en condiciones de interactuar con los profesionales sobre los diferentes cursos de acción diagnóstica y terapéutica

El proceso de comunicar implica que los pacientes son capaces de formular todas las preguntas que les permitan clarificar las dudas sobre su salud y que están en condiciones de interactuar con los profesionales sobre los diferentes cursos de acción diagnóstica y terapéutica. Ello supone, aparte de disponer del tiempo necesario para llevar a cabo esta conversación terapéutica, un modelo de paciente con la formación necesaria para estar en condiciones de preguntar las cuestiones más relevantes sobre su salud y, sobre todo, para proporcionar la información que pueda ser más útil a sus médicos para tomar las decisiones clínicas que contribuyan a la me-

jora o a la resolución de sus problemas de salud. Un paciente que reúne estas condiciones debe tener un buen nivel de conocimiento y competencias en salud. Además, no debe sentirse intimidado durante la consulta médica. Muchos pacientes se bloquean en la visita médica, bien sea porque no han establecido aún una relación de confianza con el médico o porque se sienten intimidados por la situación y el lugar. Es importante destacar que los pacientes acuden a los servicios de salud forzados por las circunstancias, no por voluntad propia y, con indiferencia del trato recibido, suelen sentirse incómodos. Los pacientes suelen entrar en los centros de salud y en los hospitales con la firme idea de salir lo más rápido posible del lugar. Si a ello se une un entorno de presión asistencial, en el que se percibe la necesidad de expresar y de realizar la consulta de forma rápida, los pacientes encuentran pocas oportunidades de establecer una buena comunicación. Esta situación se agrava si no se ha desarrollado a lo largo del tiempo un suficiente número de interacciones con el profesional que permitan establecer una relación de confianza mutua. Exponerse a diferentes profesionales merma la capacidad de comunicación de los pacientes con sus médicos.

Cada vez es más frecuente la aparición de un nuevo modelo de paciente más activo que intenta participar en el proceso de comunicación con los profesionales aportando información y buscando clarificación a las cuestiones que más le preocupan sobre su salud

Otro aspecto importante a destacar en la relación médico-paciente es la tipología de paciente que acude a las consultas. En España, la mayoría de los pacientes son mayores de 65 años, están afectados por diferentes condiciones clínicas y expuestos a múltiples pruebas diagnósticas y terapéuticas. Este modelo de paciente adopta una actitud pasiva y de resignación frente al profesional que le atiende, por lo que el peso del proceso comunicativo va a radicar en la capacidad del profesional para liderar el proceso de comunicación y para obtener el mejor resultado del mismo. En contraposición, cada vez es más frecuente la aparición de un nuevo modelo de paciente más activo que intenta participar en el proceso de comunicación con los profesionales aportando información y buscando clarificación a las cuestiones que más le preocupan sobre su salud –pacientes jóvenes o de alto nivel educativo– o la de sus dependientes –hijos o padres enfermos–. El sistema sanitario tiene un gran reto en la necesidad de confrontar esta tendencia emergente, favorecido por el acceso universal a contenidos de salud mediante Internet, de atender de forma apropiada las nuevas demandas de comunicación asociadas a un modelo de paciente más activo.

El sistema sanitario tiene un gran reto en la necesidad de atender de forma apropiada las nuevas demandas de comunicación asociadas a un modelo de paciente más activo

2. ¿Por qué es importante comunicar bien?

La consulta médica en nuestra cultura es la principal tecnología diagnóstica y, por lo tanto, la diferencia entre una buena y una mala comunicación puede resultar en la diferencia existente entre una

atención adecuada y efectiva a un problema de salud. De esa comunicación, dependerá la realización o no de otras pruebas diagnósticas, la prescripción de terapias efectivas y la programación de más visitas. De hecho, cuando se alega que la media de visitas en España a médicos de atención primaria se encuentra entre las más altas de los países de la OCDE, se tendría que ajustar el número de visitas a la duración de las mismas, la calidad del proceso de comunicación y el nivel de competencias en autocuidado del paciente. Un claro ejemplo de esta situación sería el manejo de la diabetes tipo 2 en atención primaria.

Se tendría que ajustar el número de visitas a la duración de las mismas, la calidad del proceso de comunicación y el nivel de competencias en autocuidado del paciente

Una visita adecuada en términos de efectividad requiere la capacidad de informar y comunicar a un paciente afectado de diabetes, recién diagnosticado, sobre la enfermedad, la dieta, el ejercicio físico, el control de la glucemia, los riesgos de complicaciones, el manejo de síntomas y los diferentes tratamientos disponibles. Comunicar toda esta información teniendo en cuenta los estilos de vida habituales del paciente, las preferencias y la actitud hacia el riesgo que éste vaya a adoptar y su conocimiento del proceso requiere cinco elementos.

El primero de ellos es tiempo. Se precisan varias visitas médicas para consolidar un proceso de comunicación en el que el profesional entienda los valores y preferencias de los pacientes, por un lado, y sea capaz de comunicar la información necesaria sobre el proceso clínico. Es difícil comunicar todos los objetivos terapéuticos que se quieren alcanzar, valorando a la vez las peculiaridades de los pacientes, en una sola visita médica.

Se precisan varias visitas médicas para consolidar un proceso de comunicación en el que el profesional entienda los valores y preferencias de los pacientes

Un segundo elemento a destacar es la coordinación entre los diferentes profesionales implicados, de forma que se comuniquen de manera clara y directa informaciones que no entren en contradicción y no creen confusión en los pacientes. En condiciones clínicas complejas, como son el tratamiento de la diabetes o de determinados tipos de tumores, resulta crucial que los pacientes tengan un referente profesional del proceso de comunicación. En oncología, esta figura debería recaer en el denominado oncólogo tutor.

Un tercer elemento esencial en el proceso de comunicación es la capacidad, medida por los conocimientos y competencias que tienen los pacientes, para cuidar de su propia salud y seguir las instrucciones de los profesionales. En el caso de la diabetes, la presencia o ausencia de estas capacidades determinan, no sólo los resultados clínicos obtenidos, sino la adopción de tratamientos de mayor complejidad, donde la implicación del paciente es clave en un correcto manejo de los niveles de glucemia.

Un cuarto elemento importante y poco considerado es la preparación que realizan los pacientes de la visita médica. La adopción de toolkits y estrategias de preparación de la visita médica, como las existentes en www.universidadpacientes.org, www.pacientesconcancer.es, pueden ser de gran ayuda para enseñar a los pacientes cómo afrontar la visita médica: qué preguntas realizar, cómo tomar notas durante la visita y qué hacer después

de la visita.

Finalmente, un quinto elemento sería la evaluación y la formación de competencias en comunicación de los profesionales.

La comunicación es un proceso bidireccional, en el que ambas partes, los profesionales y los pacientes, aportan conocimientos y experiencia

Bajo estos cinco elementos, subyace la idea de que la comunicación es un proceso bidireccional, en el que ambas partes, los profesionales y los pacientes, aportan conocimientos y experiencia. Si una de las dos partes no comunica bien, difícilmente la atención médica podrá obtener en el paciente individual los resultados clínicos deseados.

3. Aspectos éticos de la comunicación entre profesional y paciente

El caso expuesto en el apartado anterior sobre el paciente afectado por diabetes pone en evidencia las consecuencias morales de una deficiente comunicación. Estas consecuencias pueden diferenciarse en dos grandes áreas. La primera incluiría las consecuencias de una mala comunicación en los resultados clínicos obtenidos, de manera que, paradójicamente, una atención sanitaria diseñada para proporcionar el bien pueda resultar perjudicial para la salud. En el caso de la diabetes, los profesionales deben valorar cuáles son los factores que producen un mal control de la glucemia, medida por una hemoglobina glicosilada igual o superior a 7, y si esto es debido a problemas de comunicación con los pacientes o a opciones personales relacionadas con estilos de vida adoptados por pacientes adecuadamente informados.

Otro elemento ético a tener en cuenta son los problemas en la equidad y la eficiencia que se pueden generar como consecuencia de una comunicación deficiente. En este sentido, la equidad puede verse afectada si, a igual dedicación de tiempo profesional, los pacientes presentan desigualdades en su capacidad de comunicar con los profesionales y en su preparación para el autocuidado y el manejo de su enfermedad. Esta situación condiciona la necesidad de que los profesionales enfoquen un mayor esfuerzo comunicador hacia aquellas personas que tienen, a priori, una mayor dificultad para entender o seguir las indicaciones de los profesionales. Este proceso de discriminación positiva permite derivar a pacientes específicos hacia actividades tuteladas o de educación en competencias para la salud, como por ejemplo los programas de formación de pacientes expertos o especialistas.

La efectividad de la atención sanitaria también puede verse interferida por una comunicación inapropiada. Un ejemplo reciente de esta situación ha sido la baja proporción de personas incluidas en las indicaciones de riesgo que se vacunaron del virus de la gripe A. Otro ejemplo de comunicación deficiente es el bajo cumplimiento terapéutico que existe en la atención primaria, sobre todo en condiciones clínicas únicas, como son la diabetes, el asma o la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Es escasa, en nuestro entorno, la investigación que proporcione información sobre la resistencia de determinadas personas a la adopción de estilos de vida saludables, a pesar de ser conscientes de la patogenicidad de los mismos. Destaca el elevado porcentaje de personas que fuman, especialmente entre los jóvenes. Tampoco existe investigación relevante en la probable asociación entre una comunicación deficiente y sus consecuencias en la salud.

Un segundo nivel de aspectos éticos está relacionado con la forma y las condiciones en que se proporciona la in-

formación. En este sentido, el hecho de que los pacientes reciban poca información por escrito y de forma personalizada resulta paradójico si se compara con el esfuerzo terapéutico que supone la inversión en sanidad. También resulta paradójico que los principios de confidencialidad, veracidad y privacidad en la comunicación de los pacientes no siempre sean acordes con los estándares de buena práctica ética. A veces, las circunstancias en las que se proporciona dicha información –presión asistencial, áreas en las que están otros pacientes, etc.– dificultan una comunicación éticamente aceptable. Sin embargo, hay circunstancias en las que la vulneración se halla en la forma de administración formal de la información, como por ejemplo en el caso del denominado consentimiento informado que debería llamarse consentimiento firmado. No cabe ninguna duda de que la comunicación es una de las asignaturas pendientes en la formación de pregrado y en el día a día de la práctica profesional.

Es escasa, en nuestro entorno, la investigación que proporcione información sobre la resistencia de determinadas personas a la adopción de estilos de vida saludables, a pesar de ser conscientes de la patogenicidad de los mismos. Tampoco existe investigación relevante en la probable asociación entre una comunicación deficiente y sus consecuencias en la salud

Comunicación profesional en el ámbito de la fragilidad

Jordi Craven-Bartle

Doctor en Medicina y Cirugía. Director del Servicio de Oncológica radioterápica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. jcraven@santpau.cat

resumen

La comunicación es, y continuará siendo, un aspecto muy importante en la relación sanitaria, especialmente cuando la persona a quien se atiende vive una situación de fragilidad o dependencia. Desde un punto de vista ético, se considera que no hay bastante con cumplir con los mínimos legales (ética de mínimos) sino que se tiene que ir más allá para establecer un verdadero proceso de comunicación en el que la persona frágil pueda ejercer su autonomía (ética de máximos).

PALABRAS CLAVE

comunicación, fragilidad, dependencia, ética de mínimos, ética de máximos, consentimiento informado

abstract

Communication is, and it will continue to be, a very important aspect related to health-care, especially when the person taken care of is in a situation of fragility or dependency. From an ethical point of view, it is considered that complying with the legal minimums (ethics of minimums) is not enough and that it is necessary to go further in order to establish a real communication process in which the fragile person can be autonomous (ethics of maximums).

KEYWORDS

communication, fragility, dependency, ethics of minimums, ethics of maximums, informed consent

Desde el Comité de Ética Asistencial del Hospital de Sant Pau, hicimos hace unos años una encuesta para ver el porcentaje de historias clínicas en las que constaba el documento de consentimiento informado. Si es que encontrábamos el documento, me llamó la atención la cantidad de veces que había una crucecita al lado de la firma del paciente, indicando el lugar donde se tenía que firmar. Aquella crucecita me hizo acordarme de algo del subconsciente. Dando vueltas, un día busqué el contrato de seguro de mi vehículo. Y después de varias páginas de letra pequeña que nunca leí, encontré, al final, mi firma, aceptándolo todo. Y, al lado, una crucecita. La crucecita que me había hecho mi gestor cuando me dijo: “*firmo donde pone la crucecita*”, ¡y yo me acordé perfectamente que firmé sin leer nada!

Imagino al lector de *Bioètica & debat*, revista que no se vende en los kioscos, de difusión limitada a los que tenemos una cierta preocupación filosófica, como una persona intelectualmente capacitada, autónoma y responsable de sus actos. Y me vienen ganas de hacer una pregunta al desconocido amigo lector (quizás no lo conozco, ¡pero ya es amigo por la paciencia de leerme!), pregunta que me he hecho a mí mismo muchas veces. Perdóneme la osadía, pero es que, para lo que después quiero decirle, he de hacerle una pregunta ya mismo. Cuando usted firmó el contrato del seguro de su coche, o algún otro contrato como el de mantenimiento del contador del gas de su hogar, ¿miró lo que firmaba antes de rubricar el contrato? Se lo pregunto porque yo, que me creo autónomo y con una cierta capacidad de comprensión intelectual, confieso que nunca me he leído ninguno de estos contratos. Quizás porque confío en mi gestor. Pero cuando, alguna vez, mucho tiempo después de haber firmado, he

tenido algún problema y alguien me ha dicho “*es que ya lo decía el contrato que usted firmó*”, ¡me he quedado boquiabierto de las cosas que llegué a aceptar y rubricar sin haber tenido el más mínimo conocimiento!

En estas situaciones de fragilidad de una de las partes, llamadas relaciones profesionales asimétricas, la sociedad establece para el profesional un deber complementario de tipo deontológico: la formulación de un juramento tácito o explícito que le obliga a actuar según un código de ética profesional, un código deontológico basado en unos valores

Si eso nos sucede a personas plenamente capaces, ¿qué debe pasar cuando una de las partes que firma un contrato ha perdido la autonomía y sufre una fragilidad que la convierte en dependiente? En estas situaciones de fragilidad de una de las partes, llamadas *relaciones profesionales asimétricas*, la sociedad establece para el profesional un deber complementario de tipo deontológico: la formulación de un juramento tácito o explícito que le obliga a actuar según un código de ética profesional, es decir, un código deontológico basado en unos valores.

El niño en la escuela depende del maestro como el paciente hospitalizado depende del médico y de la enfermera, como el reo depende de su abogado o como el penitente depende de su sacerdote. No firman contratos en igualdad de condiciones, porque una parte es

libre y autónoma, pero la otra es frágil o dependiente. En estas condiciones, se establece este deber ético complementario como una forma de autoexigencia por una de las partes, que intenta adaptarse a las necesidades del otro.

Esta adaptación se hace prácticamente imposible de explicar desde el punto de vista del derecho normativo, como nunca se puede llegar a definir, en un código de leyes, cuáles son los inalcanzables deberes de los padres hacia sus hijos. Las normas tienen que establecer líneas de corte entre el bien y el mal, como el límite de la velocidad permitida o el porcentaje de impuesto de la renta que nos toca pagar. Es la ética de mínimos. No como concepto peyorativo para el derecho, como si fuese de menor calidad, sino porque, al verse obligado a establecer puntos definidos de referencia para todos los ciudadanos, tiene que calificar el comportamiento como bueno o malo a partir de límites estrictamente verificables.

Cuando hablamos de la atención profesional en ámbito de fragilidad, la ética nos habla de "hacer todo lo que puedas", refiriéndose a fundamentar la acción del profesional no en códigos normativos sino en valores referenciales. Hasta se ha llegado a llamar *ética de máximos*, concepto que es fundamental para entender los deberes del profesional cuando se trata de un cliente frágil que tiene cualquier forma de dependencia, como la infancia, la enfermedad, la pérdida de libertad o un cliente que, sin ser frágil, tiene semejante confianza, semejante fe absoluta en la honestidad del otro, que renuncia a comprobar por sí mismo la letra pequeña de un contrato o la calidad del género que ha comprado. Ahora ya podemos imaginar las dificultades especiales relacionadas con los problemas de comunicación en las relaciones asimétricas.

¡La comunicación es el gran negocio de nuestro siglo! Todo el mundo habla de comunicación: las empresas, las entidades deportivas, los políticos, los médicos... Recibimos un alud constante de

información de todo lo que sucede en el mundo sin tiempo ni posibilidades de digerirla, ni de elegirla ni de analizarla. ¿Y quién se para a recordar que la comunicación es uno de los grandes temas de las filosofías y que, en su base, miles de pensadores han volcado su esfuerzo?

¡La comunicación es el gran negocio de nuestro siglo! Todo el mundo habla de comunicación: las empresas, las entidades deportivas, los políticos, los médicos... Recibimos un alud constante de información de todo lo que sucede en el mundo sin tiempo ni posibilidades de digerirla, ni de elegirla ni de analizarla

Informar es un camino que solamente tiene un sentido, el de ida, sin esperar respuesta. Pero la comunicación precisa que el receptor, después de descifrar y evaluar el mensaje, emita el mensaje de respuesta, que tendrá que ser igualmente entendido y evaluado por el primer emisor. Y, en este complejo camino, pasan tantas cosas, hay tantos posibles artefactos que, en la mayor parte de circunstancias, pesan más las circunstancias que rodean al mensaje que el propio mensaje. Si eso es así en el intento de comunicación entre personas capaces, ¿qué debe pasar cuando una de las partes es frágil por cualquiera de las causas que antes hemos mencionado?

El reconocimiento progresivo de la dignidad del ser humano que hemos vivido en la segunda mitad del siglo XX ha llevado a la definición cada vez más cuidada de los derechos del hombre, y especialmente del hombre enfermo, y a la necesidad de respetar su derecho a recibir información antes de llevar a cabo cualquier procedimiento que pueda interferir en su calidad de vida.

Información que se tiene que convertir en proceso de comunicación para que él responda otorgando o negando su consentimiento. Pero, si el proceso de consentimiento acaba acreditándose como base documental en la firma de un documento, puede suceder que el paciente firme el documento como un trámite burocrático. Si lo hacemos nosotros, siendo capaces y autónomos con nuestro gestor, ¿qué no hará un paciente con su médico, cuando éste le marca la crucecita al pie del documento de consentimiento informado?

Tengo un compañero que dice que la mejor manera de ayudar a los inmigrantes a integrarse es hablarles siempre nuestra lengua, tanto si la entienden como si no. Y yo me quedo boquiabierto mirando las caras de aquellos extranjeros pobres, sin otro recurso que la confianza que pueden depositar en el profesional que imaginan obligado a ayudarlos con toda atención y afecto como deber tácito. Este profesional no ha comprendido que nuestro deber es hacer "todo lo que podamos" para hacernos entender. Ni más ni menos. Él informa, pero no se comunica, porque no ha entendido los valores inherentes al concepto de la ética de máximos.

La fragilidad de la otra parte obliga al profesional a un crecimiento serio, profundo, de sus valores, que se adaptan a la fragilidad del otro, no para imponerse a su propio criterio como un paternalismo impositivo, sino para ayudar al ser frágil a elegir la mejor opción para él

La fragilidad de la otra parte obliga al profesional a un crecimiento serio, profundo, de sus valores, que se adaptan a la fragilidad del otro, no para imponerse

a su propio criterio como un paternalismo impositivo, sino para ayudar al ser frágil a elegir la mejor opción para él, a establecer una relación de confianza basada en el conocimiento sabio, la veracidad prudente y el respeto a la dignidad de todos los seres humanos.

El día de la verbena de San Juan (23 de junio) sucedió cerca de Barcelona un terrible accidente: un tren atropelló en la estación de Castelldefels a unos jóvenes que atravesaban la vía, y una docena murieron. Inmediatamente, aparecieron los responsables y los políticos diciendo que había un paso subterráneo y que los únicos responsables del accidente habían sido ellos mismos por bajar a la vía. Hasta los diarios decían en los titulares "Ha sido una temeridad". Después, supimos que la mayoría de ellos eran inmigrantes, por tanto, poco habituados a nuestras costumbres. El hecho de que se hubiese abierto un paso subterráneo quizás permitía cerrar el paso aéreo, como de hecho sucedió. Pero también supimos que el andén estaba lleno y que el paso subterráneo estaba colapsado por el gentío. Y yo reflexionaba sobre este hecho de la misma manera que me pregunto por los problemas de comunicación en ámbito de fragilidad.

La ley nos marca mínimos, pero la ética nos obliga a máximos. Y en un ámbito de debate bioético, como en el que ahora estamos, no podemos dejar de reflexionar sobre las graves faltas en el proceso de comunicación que observamos en nuestro entorno

Seguro que, en este caso, habría información en el andén avisando para que

no se cruzase por la vía, pero el hecho es que el gentío no hizo caso del aviso. Desde el punto de vista legal, probablemente el hecho de colocar el aviso ya representa el cumplimiento normativo. Como el alguacil que cuelga un aviso en el tablón de anuncios de un ayuntamiento o el político que publica un edicto en el Boletín Oficial. Pero, ¿quién va a mirar el tablón de anuncios del ayuntamiento o quién se suscribe a los boletines de códigos normativos del Estado, la autonomía o la provincia, para conocer hechos que pueden tener trascendencia importante para nosotros mismos?

La ley nos marca mínimos, pero la ética nos obliga a máximos. Y en un ámbito de debate bioético, como en el que ahora estamos, no podemos dejar de reflexionar sobre las graves faltas en el proceso de comunicación que observamos en nuestro entorno. Si observamos dificultades de comunicación entre ciudadanos de a pie y gobernantes, entre compradores y vendedores, que son seres autónomos, ¿qué puede suceder cuando una de las partes es débil, como los enfermos, los inmigrantes pobres o los niños?

El cien por cien de los enfermos a los que informo como médico sobre un procedimiento que les propongo, después de explicar lo que es necesario, firman donde les indico. Pero, cuando todavía veo crucecitas en estos documentos, tengo dudas de hasta qué punto el paciente firma porque ha entendido la información, o bien porque sencillamente confía en el médico que le ha dado la información, como yo confío en mi gestor o en mi abogado, y tengo suficiente con eso. Lo que queda bien claro es que el hecho fundamental del otorgamiento, que para el jurista es la firma, para el profesional que quiere actuar éticamente sólo puede ser conseguir un proceso real de comunicación adaptándose a las faltas de comprensión, a los miedos o hasta a las provocaciones de las personas frágiles.

El letrero que avisa del peligro de bajar del andén y atravesar la vía seguramente cumple la normativa. Los políticos argumentaron inmediatamente, como si ya se entrenasen para la declaración de su inocencia, que: "fue una temeridad de las propias víctimas". Pero los que intentamos aproximarnos a la ética de máximos nos tenemos que preguntar: ¿era previsible que un montón de adolescentes saturando los andenes de una estación en una noche de verbena se podían desorientar y pensar que el único camino era la vía si el paso aéreo estaba vetado? ¿Nadie podía prever el peligro de sí por la misma vía de la estación circulaba un tren de alta velocidad, y poner una reja protectora? El problema fundamental en este caso, como en tantos y tantos de nuestra sociedad actual, es de comunicación en relación asimétrica. Los que planifican las estaciones y la circulación de los trenes representan el papel del profesional, y los adolescentes en la estación por donde había de pasar el tren de alta velocidad vendrían a representar los frágiles ciudadanos que estaban confundidos. El primero dice que ya se había promulgado la norma, la que impone que no está permitido pasar por la vía. La otra parte ya no puede decir nada. Tal vez nos corresponde a nosotros responder y abrir una reflexión en toda nuestra sociedad para que responda: ¿de quién fue la temeridad de no prever lo que podía suceder?

El médico que no informa bien y no sabe adaptarse a su enfermo, o el maestro que no escucha el miedo de algún discípulo, o, en fin, el político que no se acerca, escucha y se pone en el lugar de los ciudadanos más débiles, son ejemplos de fracaso de la comunicación en el ámbito de la fragilidad. En todos los casos, el profesional, el que es más fuerte en esta relación asimétrica, tenía el deber de intentar ponerse en el lugar de la otra parte para comprenderlo y ayudarlo. En estos ejemplos, vemos la clara contraposición entre una ética de mínimos y una ética de máximos.

Claroscuros de la Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Àngels AVECILLA

Ginecóloga.
Jefe de la sección de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.
Badalona Serveis Assistencials.
aavecilla@bsa.cat

Frenar el aborto, reto de la nueva ley

Desde hoy las mujeres podrán interrumpir su embarazo sin explicación hasta la semana 14 - Los expertos creen que la norma disminuirá las gestaciones indeseadas

A partir de hoy, y por primera vez en España, una mujer no estará obligada a dar explicaciones para abortar hasta la semana 14 de gestación. Casi seis meses después de su aprobación, entra en vigor la Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Y lo hace de la misma forma en que se elaboró: rodeada de polémica.

La nueva ley, que equipara a España con la mayoría de los países europeos, marca un plazo de aborto libre hasta la semana 14 de embarazo y un periodo previo de reflexión obligatorio de tres días. A partir de ahí y hasta la semana 22, se podrá recurrir a esta intervención cuando la vida de la madre corra grave riesgo. Tras ese plazo se permitirán solo los abortos por malformaciones graves del feto. Un supuesto que será examinado por un comité médico.

Pero aunque el sistema de plazos es uno de los ocho puntos recurridos por el PP -vulnera, dicen, "los derechos del no nacido"- no es el más polémico. La controversia fundamental está en que las mujeres de 16 y 17 años pueden abortar sin permiso paterno. El asunto, además, que más concesiones ha sufrido. Y es que, en contra de lo previsto, las menores tomarán solas la decisión pero tendrán que informar a uno de sus padres y acudir con ellos a la clínica. Eso sí, las chicas que argumenten que decirlo en casa les puede crear un conflicto grave no tendrán que hacerlo. Será el médico que la atiende quien decida si esos miedos son fundados.

Sauquillo MR. Frenar el aborto, reto de la nueva ley. El País. Lunes 5 de julio de 2010. Sociedad: 26.

La ley estipula que todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) tienen que recibir información

Con la entrada en vigor de la nueva Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo,¹ se ha dado un paso adelante en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, al reconocer el derecho a decidir, de forma libre y responsable, ante un embarazo no deseado, si quieren ser madres o no. Si la maternidad no es deseada, se garantiza que la decisión de la mujer de interrumpir la gestación sea respetada y pueda acceder a un aborto en condiciones de seguridad. Por otra

parte, se eliminan los problemas de inequidad en la prestación de la atención, gracias a que está incluida en la cartera de servicios de la red sanitaria pública.²

La ley estipula que todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) tienen que recibir información,³ previa al consentimiento, sobre: los diferentes métodos para interrumpir la gestación, las condiciones para la IVE que contempla la ley, los centros públicos acreditados adonde

se pueden dirigir, los trámites para acceder a la prestación y las condiciones necesarias para que sea financiado por la sanidad pública.

En todos los supuestos, se informará sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la continuación o de la interrupción del embarazo

Además, cuando la demanda sea a petición de la mujer (no por causas médicas), las mujeres que opten por la IVE recibirán, en el centro acreditado para hacer la intervención, la información siguiente, en un sobre cerrado: derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, datos sobre los centros disponibles para recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro y datos sobre los centros donde la mujer pueda recibir, voluntariamente, asesoramiento antes y después de la interrupción de la gestación. Junto con el sobre cerrado, se entregará un documento acreditativo de la fecha de recepción de la información. Si la mujer lo solicita, la información, además, se puede ofrecer verbalmente. A partir de esta fecha, tiene que transcurrir un plazo de, como mínimo, tres días, para hacer la intervención. En el supuesto de malformaciones fetales, la mujer recibirá información⁴ sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas para personas discapacitadas y sobre las redes de asistencia social al alcance. En todos los supuestos, se informará sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la continuación o de la interrupción del embarazo.

En cuanto a las mujeres de 16 y 17 años,⁵ el consentimiento para la IVE les corresponde únicamente a ellas, pero al menos uno de los representantes legales tiene que estar informado de su decisión. Se prescindirá de esta informa-

ción si la menor alega de forma fundada que eso le provocará un conflicto grave manifestado por un peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones y maltratos, o le producirá una situación de desarraigo o desamparo.

En cuanto a las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la IVE les corresponde únicamente a ellas, pero al menos uno de los representantes legales tiene que estar informado de su decisión. Se prescindirá de esta información si la menor alega de forma fundada que eso le provocará un conflicto grave manifestado por un peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones y maltratos, o le producirá una situación de desarraigo o desamparo

Llegados a este punto, se plantea una serie de interrogantes y reflexiones alrededor de la aplicación de la ley.

En relación con la cuestión de la información: ¿qué función tiene la entrega de un sobre cerrado con toda la información sobre las ayudas disponibles en caso de seguir el embarazo cuando la mujer manifiesta su decisión de no querer una maternidad?, ¿No sería más lógico dárselo cuando la decisión todavía no está tomada o cuando hay dudas? Si las causas que motivan la decisión de abortar no son de carácter socioeconómico, disponer de esta información escrita no parece que sea de demasiada utilidad, sino un mero trámite que se tiene que cumplir. Si las circunstancias socioeconómicas son muy desfavorables, se hace difícil de creer que sólo la información escrita de los tipos de ayuda disponibles actualmente suponga la ayuda suficiente

para resolver la situación que la empuja a tomar la opción del aborto.

El marco idóneo para dar la información es el que se establece en la consulta, en un ambiente de privacidad y confidencialidad, con el profesional sanitario de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR), donde se asegura que la mujer dispone y entiende toda la información necesaria para acceder a la prestación sanitaria.

El marco idóneo para dar la información es el que se establece en la consulta, en un ambiente de privacidad y confidencialidad, con el profesional sanitario de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR), donde se asegura que la mujer dispone y entiende toda la información necesaria para acceder a la prestación sanitaria

Se ofrece la posibilidad de asesoramiento para ayudarla a considerar todas las alternativas posibles que le permitan tomar una decisión de forma libre, reflexionada y responsable, contemplando todos los elementos que rodean el hecho de encontrarse con un embarazo no buscado. Finalmente, se ofrecen las opciones anticonceptivas efectivas para iniciarlas inmediatamente después de la IVE, para evitar un nuevo embarazo no buscado, y se da la posibilidad de seguimiento posterior a la intervención. Es en este momento cuando, desde el ASSIR, se hace la derivación al centro donde se hará la intervención.

Otra cuestión para el análisis es la autonomía reproductiva de la mujer. Con la nueva ley, se reconoce y permite su ejercicio, si bien se podría considerar que con un cierto paternalismo, pues es de obligado cumplimiento entregar

información sobre las ayudas a la maternidad a una mujer que, acogiéndose al supuesto del aborto libre antes de las catorce semanas, hace una demanda explícita de aborto. A partir de aquí, se establece el período de reflexión mínimo de tres días, una vez recibida esta documentación que, en estos momentos, no se da en los ASSIR sino en los centros donde se hacen las IVE.

La pregunta que surge inmediatamente es cuál es el motivo por el que se ha optado por esta vía que puede suponer ciertos problemas y el riesgo de ocasionar retrasos innecesarios, sin aportar un mayor beneficio. ¿No sería más coherente que este periodo de reflexión se contase a partir de la fecha en la que se hace la derivación desde los ASSIR, una vez hecha la acogida de la demanda de la mujer, y hecho todo el consejo y asesoramiento?, ¿No sería mejor que toda la información, sobre cerrado incluido, se pudiese dar en estos servicios y no en los centros donde harán la intervención?

En cuanto a las mujeres entre 16 y 17 años, tal como ha quedado planteada la ley, queda más cuestionada su autonomía, porque, si bien se reconoce que el derecho de la decisión de interrumpir o no el embarazo recae exclusivamente en la menor, para poder acceder a la IVE se impone la obligación de informar a uno de los padres o representantes legales

En cuanto a las mujeres entre 16 y 17 años, tal como ha quedado planteada la ley, queda más cuestionada su autonomía, porque, si bien se reconoce que el derecho de la decisión de interrumpir

o no el embarazo recae exclusivamente en la menor, para poder acceder a la IVE se impone la obligación de informar a uno de los padres o representantes legales. Se impone compartir la decisión con quien no querría hacerlo. Es el médico que practica la intervención quien tiene que decidir si los argumentos que alega la menor para no informarles son fundamentados y hacerlo puede representar un conflicto grave y un peligro "cierto". Pero la percepción de riesgo de daño por parte de una mujer de 16 ó 17 años que conoce y vive el entorno familiar puede ser muy diferente a la percepción del profesional. Si la chica explica falta de comunicación en casa, que nunca se ha hablado de sexualidad, que los padres desaprobarían el aborto... y que informarles le ocasionaría un daño o un problema, ¿no sería una razón fundamentada de conflicto grave?, ¿No hay riesgo de coacción, de condicionar la decisión de la chica? Obligar a una persona que, en otras situaciones de carácter médico-sanitarias, se considera mayor de edad, a informar a los padres, puede tener consecuencias, la magnitud de las cuales puede ser de difícil valoración: aumento del sufrimiento emocional, que se añade al que la propia situación del embarazo comporta, posibilidad de ir posponiendo el momento de dar la noticia en casa y llegar a una situación donde ya no sea factible la práctica de la intervención, abandono de los servicios sanitarios y búsqueda de otras vías no seguras o que, finalmente, sea empujada a una maternidad no deseada.

Si, realmente, lo que se busca es el mayor beneficio para la chica, se tendría que garantizar que la toma de la decisión se hiciese sin ningún tipo de presión familiar

Si, realmente, lo que se busca es el mayor beneficio para la chica, se tendría que garantizar que la toma de la decisión se hiciese sin ningún tipo de presión familiar. Eso se facilitaría si la joven pudiese contar con el apoyo de un familiar adulto de su confianza, además de contar con el asesoramiento que se da en los servicios de ASSIR, con la participación de psicólogos o trabajadores sociales, cuando se considere necesario.

La aparición de un embarazo no deseado y la decisión de interrumpirlo es, para toda mujer de cualquier edad, una situación difícil, inicialmente traumática e irreversible; por tanto, se tiene que procurar la mejor ayuda posible

La aparición de un embarazo no deseado y la decisión de interrumpirlo es, para toda mujer de cualquier edad, una situación difícil, inicialmente traumática e irreversible; por tanto, se tiene que procurar la mejor ayuda posible: además del asesoramiento profesional, contar con el apoyo familiar para el acompañamiento es importante, siempre y cuando estos familiares (pareja, madre, padre, hermanos...) sean realmente un apoyo. Las chicas que vivan en un clima familiar de confianza, comunicación y respeto siempre informarán a los padres de la situación en la que se encuentran y les pedirán su ayuda y apoyo. Y lo harán por propia iniciativa. Si no existe este clima de confianza y comunicación, para la menor de dieciséis o diecisiete años, obligarla a informar a los padres o representantes legales y obligarla a ir acompañada por ellos al centro donde se hará la intervención no presupone un beneficio, puede suponer un riesgo posterior y vulnera su derecho de autonomía y el derecho a la privacidad y confidencialidad .

REFERENCIAS Y NOTAS

BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 55, (04-03-2010).

2. «Artículo 2. Competencias de gestión y organización de los servicios.

Los servicios públicos de salud en el ámbito de las competencias que les son propias, organizarán sus servicios de tal manera que se garantice la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en aquellos supuestos y con los requisitos necesarios que prevé la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

En todo caso, los servicios públicos de salud velarán por la disponibilidad de los recursos necesarios, incluyendo las técnicas diagnósticas urgentes para posibilitar la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y condiciones legalmente establecidos.

Artículo 3. Garantías básicas de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo por el Sistema Nacional de Salud.

1. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma bajo alguna de las formas previstas en la legislación sanitaria, cualquiera que sea el régimen jurídico mediante el cual se articule esta vinculación.

2. Si, excepcionalmente, el servicio público de salud donde la mujer embarazada haya

solicitado la asistencia no pudiera facilitar en tiempo la prestación, el citado servicio público de salud le reconocerá a la solicitante el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación. El reconocimiento del citado derecho y el compromiso de asumir el abono de la prestación se considerarán realizados tácitamente, si trascurrido un plazo de diez días naturales desde la solicitud de la prestación, la mujer solicitante no ha recibido del correspondiente servicio público de salud indicación del centro sanitario donde se realizará la prestación.

3. Cuando el servicio público de salud opte por facilitar la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo con medios ajenos, estos centros deberán estar acreditados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo». Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 155, (26-06-2010).

3. «Artículo 4. Información general.

1. La información general referida en el artículo 17.1 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones legales para la interrupción, los centros públicos y privados acreditados, los trámites para acceder a la prestación y las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente, será facilitada por la autoridad competente de la Comunidad Autónoma o por los centros sanitarios acreditados en ésta para la práctica de la interrupción voluntaria del

embarazo, a todas las mujeres que lo soliciten.

Conforme prescribe el artículo 21.1 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, las Administraciones Públicas y los Centros referidos en el apartado anterior no procederán al tratamiento de dato alguno e informarán a las solicitantes acerca de que los datos identificativos de las pacientes a las que finalmente se les realice la prestación serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción del embarazo.

2. Además de por escrito, la información podrá ser prestada verbalmente, bien de forma directa, bien telefónicamente, o por medios electrónicos o telemáticos, incluidas las páginas web de las consejerías y de los centros de los que se trate

Artículo 5. Información previa al consentimiento en los supuestos de interrupción del embarazo previstos en el artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

1. En el caso de que la mujer inicialmente opte por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, además de recibir la información referida en el artículo anterior, se le hará entrega en cualquier centro sanitario público o privado acreditado para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo de un sobre cerrado elaborado y editado por el órgano competente de la Comunidad Autónoma donde vaya a practicarse la intervención.

2. El sobre tendrá el contenido establecido en el artículo 17.2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, e incluirá necesariamente información sobre:

a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el

embarazo y el parto.

b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.

c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.

d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

3. La imagen institucional de la administración sanitaria correspondiente figurará en el sobre, que contendrá tanto la información proporcionada por la Administración General del Estado como la correspondiente a la Comunidad Autónoma, ambas editadas por el órgano competente de ésta última.

En la parte frontal del sobre se especificará «Información sobre la IVE. Artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010», y llevará adherido un documento, que deberá poder separarse físicamente de éste, en el que se acreditará y certificará la fecha en que se entrega, así como una nota en caracteres suficientemente legibles del siguiente tenor literal: «La información contenida en este sobre puede ser ofrecida, además, verbalmente, si se solicita. Artículo 17.5 de la Ley Orgánica 2/2010».

Las restantes características físicas uniformes que deberá requerir el sobre, serán determinadas por las Comunidades Autónomas.

4. La información contenida en el sobre será clara, objetiva y comprensible. En el caso de las personas con discapacidad, se proporcionará en formatos y

medios accesibles, adecuados a sus necesidades.

5. El sobre habrá de ser entregado personalmente a la mujer gestante interesada. En ningún caso la información podrá ser facilitada telefónicamente o por medios electrónicos o telemáticos. Tampoco podrá ser enviada por correo.

6. A fin de garantizar la confidencialidad e intimidad de la mujer gestante, los registros o las bases de datos con fines estadísticos de los sobres entregados que lleven, en su caso, los órganos administrativos o los centros sanitarios públicos o privados acreditados no podrán recoger datos personales». Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 155, (26-06-2010).

4. «Artículo 6. Información previa al consentimiento en los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo previstos en el artículo 15.b) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

1. En el supuesto de interrupción voluntaria del embarazo prevista en el artículo 15.b) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, además de la información a que se refiere el artículo 4 de este real decreto y de acuerdo con el artículo 17.3 de la citada ley, se hará entrega a la mujer interesada de una información referente a los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como sobre la red de organizaciones sociales de asistencia social a dichas personas.

2. Esta información se entregará a la gestante en un sobre que especifique esta circunstancia

–«Información sobre la IVE. Artículo 15.b) de la Ley Orgánica 2/2010»–, y tendrá, por lo demás, los requisitos y características detalladas en el artículo anterior, salvo la necesidad de incorporar el dato relativo a la fecha en que se entrega». Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 155, (26-06-2010).

5. «Artículo 8. Consentimiento informado de las mujeres de 16 ó 17 años. Información a los representantes legales.

1. La mujer de 16 ó 17 años prestará su consentimiento acompañado de un documento que acredite el cumplimiento del requisito de información previsto en el apartado Cuarto del artículo 13 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. El documento será entregado personalmente por la mujer acompañada de su representante legal al personal sanitario del centro en el que vaya a practicarse la intervención.

2. En el caso de prescindir de esta información, cuando la mujer alegue las circunstancias previstas en el apartado Cuarto del citado artículo 13, el médico encargado de practicar la interrupción del embarazo deberá apreciar, por escrito y con la firma de la mujer, que las alegaciones de ésta son fundadas, pudiendo solicitar, en su caso, informe psiquiátrico, psicológico o de profesional de trabajo social». Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 155, (26-06-2010).

Un curso sugerente de filosofía moral

Joan Mir Tubau

Profesor de bioética
de la Universitat de Vic.
joan.mir@uvic.cat



Jankélévitch V. Curso de filosofía moral. Madrid: Sexto piso; 2010. 276 págs.

El professor Jankélévitch, querría una filosofía viva y vivida, que enseñe a los estudiantes a afrontar los principales problemas que preocupan al ser humano y a pensar por ellos mismos para poder afrontar las desviaciones de las ideologías

El libro de Vladimir Jankélévitch, *Curso de filosofía moral*, Editorial Sexto Piso, Madrid 2010, es una traducción al español de un curso que, con este mismo título, el autor impartió en la Universidad Libre de Bruselas en el año 1962, y que fue transcrito por uno de sus alumnos.

En el prólogo, escrito por Françoise Schwab, se nos dan pistas importantes para una lectura provechosa de este curso y para conocer el pensamiento de Jankélévitch y su proyecto filosófico de “pensar, hasta el momento en que el pensamiento se rompe, cosas difíciles de pensar”. Destacamos cuatro aspectos: el autor, en este texto, se muestra muy didáctico y es el resultado de una mezcla entre el profesor, que es calificado de personalidad brillante, fogosa y cálida, y el filósofo moral, poseedor de un pensamiento vigoroso y a contracorriente, que enseñaba moral cuando estaba bien visto burlarse, y no sólo eso, sino que luchaba por hacer reconocer la primacía absoluta de la moral sobre cualquier otra instancia. En segundo lugar, se nos explica que Jankélévitch es un filósofo influenciado por Bergson y que centra sus análisis en la moral a partir de la nueva idea de tiempo introducida por el filósofo mencionado. En tercer lugar, toda su obra moral tiene una dimensión política, en el sentido de que explora su relación con los otros. Y, finalmente, el profesor Jankélévitch, lamentando que nuestra época se contenta con “verdades aproximadas”, querría una filosofía viva y vivida, que enseñe a los estudiantes a afrontar los principales problemas que preocupan al ser humano y a pensar por ellos mismos para poder afrontar las desviaciones de las ideologías.

El libro está dividido en dos grandes partes, que se anuncian como primera y segunda parte del curso. En la primera

parte, se estudian seis temas; los tres primeros son: la reducción de la moral a la estética, reflexión que hace ver que hay un puente entre la vida estética y la vida moral. La reducción de la moral a la religión: donde el autor hace unas finísimas observaciones sobre el paralelo entre la moral y las religiones, las diferencias entre las obligaciones que comportan una y otra, y acaba describiendo las relaciones entre la vida religiosa y la vida moral. La reducción de la moral a la psicología, donde aparece la idea de que la vida psicológica no es anterior a la vida ética, pero es, asimismo, su apoyo. Y los otros tres temas son: la comparación entre la continuidad psicológica, la discontinuidad estética y la discontinuidad moral. La relación entre la vida moral y lo que es dado como psicobiológico. Y la moral del deber, donde lo que es dado se considera un obstáculo.

Jankélévitch dialoga con toda una pléyade de filósofos, con los cuales se identifica, o hace la crítica, o alarga el pensamiento hasta límites extraordinarios, y lo hace con un remarcable «esprit de finesse».

De estos seis temas, destacamos la belleza y la profundidad de los dos primeros, y el quinto. Jankélévitch dialoga con toda una pléyade de filósofos, con los cuales se identifica, o hace la crítica, o alarga el pensamiento hasta límites extraordinarios, y lo hace con un remarcable *esprit de finesse*.

En la segunda parte del libro, quizás de lectura más pesada, Jankélévitch hace un estudio de la realidad en relación con el futuro (la acción todavía se tiene

que hacer), y con el pasado (la acción está realizada). En esta segunda parte, se destacaría el primer estudio, en el que se subraya que el futuro es sobretudo una llamada, una solicitud a la voluntad y, por tanto, el futuro es, como dice el autor, un “taller de trabajo”. El futuro es acción. Y, al revés, en la medida en que el hombre adopta una actitud contemplativa en relación al futuro, abandona sus poderes y deja sin utilizar su libertad. El quietista es “esencialmente amoral”, sentencia Jankélévitch.

El libro se completa con tres aportaciones valiosas: en primer lugar, las referencias bibliográficas de los libros de Jankélévitch citados en este curso de filosofía moral. En segundo lugar, las notas de final de volumen, que son una muestra extraordinaria de la amplia cultura filosófica del autor. Comenta frases

que han aparecido en el texto, y lo hace aportando fragmentos extraídos de otras obras del mismo Jankélévitch, en las que se hace referencia a la frase comentada. Y, finalmente, una bibliografía completa de las obras de Jankélévitch, sobre filosofía y obras póstumas de filosofía y sobre música, y también una lista de obras póstumas alrededor de la música.

Creemos que, cuando alguien llega al final de la lectura de este “Curso de filosofía moral”, toman todo su relieve y exactitud las palabras que, en el prólogo, escribe Françoise Schwab sobre Jankélévitch

Creemos que, cuando alguien llega al final de la lectura de este “Curso de filosofía moral”, toman todo su relieve y exactitud las palabras que, en el prólogo, escribe Françoise Schwab sobre Jankélévitch: “Este hombre ‘encantador’, en el sentido socrático del término, dejaba a su auditorio estupefacto, no solamente por la brillantez de su elocuencia, sino también por la profundidad de su reflexión, al mismo tiempo modesta y fulgurante”. La lectura, pues, de este curso de filosofía moral es totalmente recomendable y, sobretudo, sugerente.

La lectura, pues, de este curso de filosofía moral es totalmente recomendable y, sobretudo, sugerente

novedades biblioteca

- ✓ Cález Cáliz R. El derecho a la protección de datos en la historia clínica y la receta electrónica. Cizur Menor (Navarra): Aranzadi - Madrid: Agencia Española de Protección de Datos; 2009.
- ✓ Comelles JM, compilador. Migraciones y salud. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2010.
- ✓ Cortina Orts A. Justicia cordial. Madrid: Trotta; 2010.
- ✓ Esquerda i Aresté M, Agustí AM. El nen i la mort: acompanyar els infants i els adolescents en la pèrdua d'una persona estimada. Lleida: Pagès Editors; 2010.
- ✓ Giordano JJ, Gordijn B, editores. Scientific and philosophical perspectives in neuroethics. New York: Cambridge University Press; 2010.
- ✓ Gómez Piqueras C. Protección de datos e investigación médica. Pamplona: Aranzadi; 2009.
- ✓ Gracia D, Rodríguez Sendin JJ, directores. Ética de los incentivos a profesionales sanitarios. Majadahonda: Ergon; 2009.
- ✓ Rodríguez M, Puyol A, Llano, J, Broggi, MA. Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2009.
- ✓ Macip S. Les grans epidèmies modernes: la lluita de l'home contra els enemics invisibles. Barcelona: La Campana; 2010.
- ✓ Moya Simarro A. Pensar desde la ciencia. Madrid: Trotta; 2010.
- ✓ Pernas García JJ, coordinador. Medio ambiente, desarrollo y cooperación internacional: estudios jurídicos sobre desarrollo sostenible. Cizur Menor (Navarra): Aranzadi Thomson Reuters; 2010.
- ✓ Semir V, Revuelta G, Aced C, Fontanet G. Retos éticos de la e-salud. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2009.
- ✓ Rodota S. La vida y las reglas: entre el derecho y el no derecho. Madrid: Trotta - Fundación Alfonso Martín Escudero; 2010.
- ✓ San L, coordinador. Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo?. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu; 2009.
- ✓ Valls Llobet C. Mujeres, salud y poder. Madrid: Cátedra: Instituto de la Mujer; 2009.

Si es necesario siempre tener en cuenta los cuatro principios, el principio de autonomía tiene, por sí mismo, un estatus privilegiado. Entonces, ¿qué es la autonomía personal de la que nos hablan T. L. Beauchamp y J. F. Childress? Para captar el significado y la importancia que tiene para ellos la autonomía, hay que comprender de entrada que estos autores razonan a partir de una "ficción". Construyen una especie de "paciente ideal" capaz, en cualquier circunstancia, de reflexionar sobre sus objetivos personales y decidir por sí mismo actuando conforme a esta reflexión. Consciente, informado, libre y educado, el paciente sería capaz de autodeterminarse. De ahí que no respetar sus decisiones sería faltarle al respeto; sería negarle la libertad de actuar según sus elecciones reflexionadas. Pero, ¿qué falta en esta concepción abstracta del ser humano? Pacientes reales, que se caracterizan por sus dependencias y su fragilidad, sus limitaciones y condicionantes. (...) Pero, ¿podemos comprender verdaderamente el significado del consentimiento de los enfermos sin cuestionarnos sobre las contingencias que, a veces, pueden empujar a un individuo a "consentir" algo, a pesar de sus convicciones y de sus creencias personales? ¿Podemos, por el contrario, negar la importancia que tienen bajo el pretexto de que ninguna decisión está libre de condicionantes físicos o psíquicos? ¿Ignoramos que la capacidad de actuar consiste en labrar un camino entre las elecciones que se hacen, sin tener en cuenta las condiciones sociales y al mismo tiempo condicionadas por éstas? Y al contrario, ¿es posible seguir defendiendo una posición paternalista de la ética médica, según la cual existiría una concepción determinada del bien que poca gente conoce y que hay que imponer a todos, con agrado a la fuerza, independientemente de los deseos y la voluntad de cada uno?

Marzano M. Qué es la ética aplicada. Cànoves i Samalús: Proteus; 2009. p. 35-37

«**Reunión anual de la European Association of Centres of Medical Ethics (EACME)**». La reunión de este año de la EACME será en Oslo (Noruega), del 16 al 18 de septiembre de 2010. Más información: http://www.med.uio.no/iasam/sme/seminar/eacme_2010/post-sme@samfunnsmed.uio.no

[Los temas de debate de esta reunión versarán sobre: ética empírica y metodología, ética empírica y práctica clínica, ética empírica e investigación, ética empírica, biopolítica y derechos humanos.]

«**III Jornada de Patología Dual: Salud mental, adicciones y medidas penales alternativas**». Promovida por la Unidad de Patología Dual y el Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias de Benito Menni CASM. Las jornadas se llevarán a cabo el 14 y 15 de octubre de 2010, en Sant Boi de Llobregat (España). Más información: congresos.barcelona@viajesiberia.com

[Esta jornada tratará sobre las medidas penales alternativas desde la perspectiva jurídica, la evaluación o gestión de las medidas de internamiento psiquiátrico y el seguimiento de las medidas de seguridad.]

Congreso Asociación Mundial de Psiquiatría - WPA: «Migración, salud mental y transculturalidad en el siglo XXI». El Congreso de la WPA se celebrará el 30, 31 de octubre y el 1 de noviembre de 2010, en Barcelona (España). Más información: <http://www.congresowpabarcelona2010.com>

[Las áreas temáticas del congreso son, entre otras: mediación, síndrome de Ulises, depresión, trastornos de ansiedad, psicosis, trastorno por estrés post-traumático, experiencia de integración, salud comunitaria, racismo, duelo migratorio...]

Congreso Internacional «La toma de decisiones en el ámbito bioético». Organizado por el Grupo de Investigación Bioética: Dignidad humana, los estadios de la vida y el respeto a la diferencia, de la Universitat de Barcelona, para los días 8 y 9 de noviembre de 2010. El lugar del congreso será la Facultad de Filosofía de la Universitat de Barcelona (España). Más información: mpiperberg@ub.edu

[El objetivo es hacer un análisis y establecer propuestas de los procedimientos de decisión en los diferentes ámbitos de la bioética, considerando no sólo el estudio de procesos de carácter individual, sino también la dinámica de la toma de decisiones a nivel social e institucional.]

«**III Jornadas de aspectos éticos de la investigación biomédica: Buenas prácticas científicas. Capacitación de los CEI**». Organizadas por el Instituto de Salud Carlos III. Se celebrarán los días 19 y 20 de noviembre, en Madrid (España). Más información: l.suarez@aymon.es

[Los temas de las jornadas pondrán el acento en las buenas prácticas científicas y la capacitación de los comités de investigación. También se hablará de los biobancos y del consentimiento informado, y el aseguramiento del daño en investigación.]

«**II Jornada de actualización Socio sanitaria y Residencial de las tierras de Lleida: Atención final de vida: Realidad del presente. Perspectiva de futuro**». Tendrá lugar el 28 de enero de 2011, en Lleida (España). Más información: sociosanitari@gmail.com

[La matinal tratará, en una mesa redonda, cuáles son las actuaciones que se deben dar al final de la vida en las demencias, enfermedades degenerativas y oncológicas. También habrá talleres sobre toma de decisiones, disfagia y atención geriátrica en urgencias. La jornada finalizará con una reflexión sobre ética y final de la vida.]