

# bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA - Año IV N. 16

## La soberanía participada del ser humano: evolución y recombinación genética

### Soberanía participada

Aunque sólo el Creador, Dios, es soberano, autoridad suprema e independiente, dotada de un poder absoluto sobre todo, las pala-

bras del Génesis: «*llenad la tierra y sometedla*» (Gn 1,28) proclaman una muy amplia participación de la soberanía divina por parte del hombre, que alcanza a la misma vida humana, salva la indisponibilidad substancial de ésta por su categoría de fin, es decir, porque tiene su propio destino inalienable e insubordinable, que impide convertir la vida individual en medio para otro objetivo, que no sea la plena realización de su ser. En ese destino personal radica la dignidad de todo hombre o mujer. El ser humano es además la única criatura amada por Dios en sí misma (*Gaudium et Spes*, 24; ver también *Evangelium vitae*, 42-43).

Solemos llamar administración al desempeño de ese dominio participado y, como tal, limitado. ¿Dónde termina el legítimo ejercicio de ese poder? El progreso biotecnológico ha supuesto una ampliación del campo que le corresponde y nos obliga a delimitarlo con nuevos criterios. No es que haya tenido lugar una revolución en la concepción teológica del dominio humano sobre la naturaleza. El respeto debido a la

soberanía del Creador sobre ella en su conjunto erigió a ésta, y la mantiene, en punto de referencia obligado para el juicio ético sobre todo proceder responsable en relación con ella. Pero ese punto de referencia, la naturaleza, concebida hasta hace poco estáticamente, determinada en su ser y en sus fines, ha empezado a ser contemplada dinámicamente en un continuo devenir cuyo curso, dentro de ciertos límites, puede decidirlo el hombre.

■  
*La naturaleza, concebida hasta hace poco estáticamente, ha empezado a ser contemplada dinámicamente en un continuo devenir cuyo curso, dentro de ciertos límites, puede decidirlo el hombre.*  
■

La resistencia que la concepción fixista de la naturaleza ha ofrecido al evolucionismo es fácil de constatar; basta recordar que el Catecismo de la Iglesia Católica, publicado en 1992, no se hace aún eco de esta teoría en sus reflexiones. Hoy, sin embargo, la mayo-  
(pasa a pág. 3)

### sumario

La soberanía participada del ser humano .....	1 a 4
Editorial .....	2
Más allá de la noticia .....	6 y 7
Xenotrasplantes (Documentos del Consejo de Europa) .....	8 y 9
La Biblioteca del IBB .....	10
Mujeres sanitarias: una historia de género .....	11 a 15
Agenda .....	16



TRIBUNA ABIERTA  
DEL INSTITUT BORJA  
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓ  
Núria Terribas i Sala

REDACCIÓ Y EDICIÓ  
Irina Jurglis Talp

CONSEJO DE REDACCIÓ  
Francesc Abel i Fabre  
Jordi Craven-Bartle  
Miguel Martín Rodrigo  
M.Pilar Núñez Cubero  
Gemma Téllez i Bernad  
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO  
Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES

Francesc Abel  
Rosa Ma. Alberdi  
Manuel Cuyàs

IMPRESO EN:  
Gráficas JIDER, S.A.

EDITADO POR:  
Institut Borja de Bioètica,  
Fundación Privada

## Kosovo o la derrota de la razón dialógica

**E**n una sociedad secular, plural y democrática, donde las decisiones se toman dialogadamente, ¿qué hay que hacer con aquellos que vulneran los derechos fundamentales de la persona y de los pueblos de manera reiterada y sin ningún escrúpulo?. ¿Qué hay que hacer con aquellos que rompen las normas de juego consensuadas por la comunidad internacional y optan por la lógica de la violencia y del terror?.

La cuestión de la injerencia militar de los países de la OTAN en Kosovo ha reavivado el histórico debate sobre la licitud o la ilicitud del intervencionismo en aquellos países donde se vulneran reiteradamente y con conocimiento de causa los derechos de las personas y de los colectivos. Cuando todo el mundo contempla atónito por la pantalla del televisor el rosario de víctimas del genocidio perpetrado por Milosevic, se plantea, una y otra vez, cuáles son los límites del diálogo.

En este debate eticopolítico, todos se sienten extremadamente desinformados y manipulados de forma interesada por las cadenas audiovisuales que fácilmente caen en el maniqueísmo explícito. Después de la Guerra del Golfo, la primera guerra emitida en directo por la historia de la humanidad, conocemos a fondo los artilugios de la manipulación mediática de la que fue objeto aquel conflicto por motivos descaradamente económicos y políticos. Los intereses implícitos en la intervención militar norteamericana fueron barnizados mediáticamente por razones éticas, como la protección de los Derechos Humanos, pero sabemos certeramente que en el fondo había intereses de otro orden.

Tenemos que reconocer, de entrada, que la información que nos llega es contradictoria y sesgada. No tenemos datos exactos de la tragedia humana que está causando la intervención militar de las fuerzas de la OTAN en la zona del conflicto. Como acostumbra a pasar en todo conflicto bélico, las propias fuentes magnifican la barbarie del oponente, pero subestima los propios errores y los interpreta como errores de cálculo o de estrategia militar. No obstante, son errores donde pierden la vida personas inocentes, niños y niñas, hombres y mujeres sencillos que viven atemorizados por las bombas y no tienen ninguna responsabilidad directa ni indirecta en aquello que está pasando. Al fin y al cabo, no somos espectadores neutrales ante este conflicto, sino parte implicada.

Si las informaciones que recibimos son ciertas, y tenemos que creer que, en parte, lo son, sobretodo teniendo en cuenta la pluralidad de observadores internacionales que hay en la zona de litigio, parece justificada la intervención militar de los países de la OTAN con el fin de parar el aniquilamiento sistemático de un pueblo. La limpieza étnica que están llevando a cabo, de una manera analítica y calculada, Milosevic y sus secuaces, viola el principio de justicia y el espíritu y la letra de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948. Desde nuestro punto de vista, la intervención militar es aceptable como última posibilidad y sólo después de agotar todas las formas posibles de diálogo y de consenso pacífico. El gran Emmanuel Kant, preocupado por la inestabilidad del mundo civilizado, escribe un breve opúsculo en el año 1784, donde justifica implícitamente la injerencia de la comunidad internacional en el seno de un Estado, cuando dentro de ese Estado se vulneran los derechos inalienables de los ciudadanos. «*Incluso el estado más pequeño -dice E. Kant- puede esperar su seguridad y su derecho no del propio poder o de su propia decisión jurídica, sino de la gran federación de naciones (Foedus Amphictyonum), de una potencia unida y de la decisión según leyes de la voluntad unida*».

En definitiva, Kosovo, en este taquicárdico final de siglo, es la expresión patética y real de la derrota de la razón dialógica y pone de manifiesto la precariedad de la comunidad internacional por encontrar una solución digna al conflicto. Parece evidente que el responsable último de la barbarie es Milosevic, pero como ciudadanos de un país aliado a la OTAN, no podemos dejar de preguntarnos si había un resquicio de esperanza en la negociación verbal y de cuestionarnos, aquí y ahora, los términos y los canales de la intervención. Lo que sí es evidente es que, en último lugar, los inocentes anónimos son quienes pagan las consecuencias dramáticas de la fragilidad de la razón dialógica.



(viene de pág. 1)

ría de los teólogos sostienen la visión dinámico-evolutiva de la naturaleza que es percibida como una creación continuada en la que Dios cuenta con la cooperación del hombre. El «*llenad la tierra y sometedla*» ha adquirido el sentido de una tarea perfectiva en el devenir previamente posibilitado por el Creador. ¿En qué punto dejaría el hombre de secundar, como diligente administrador, el plan divino y pretendería asumir prerrogativas del Creador?.

¿Puede, sin extralimitarse, modificar los caracteres biológicos y etológicos de una especie inferior? ¿Le es lícito producir nuevas especies? ¿Hasta qué punto podría modificar incluso la naturaleza humana? Las posibilidades abiertas por la recombinación genética plantean con rigor éstas y otras cuestiones.

■  
*¿Le es lícito producir nuevas especies?*

*¿Hasta qué punto podría modificar incluso la naturaleza humana?.*

■  
Dos puntos de partida pretenden eliminar de raíz el derecho a modificar la dotación genética de los seres vivos con la oportunidad de producir nuevas especies o de cambiar radicalmente alguna de las existentes:

1° Supondría interferir en el poder divino e invadir el campo reservado al poder exclusivo del Creador.

Este temor parte de una falsa concepción de la acción divina. En ningún caso podrá la actividad humana entrar en colisión con el poder soberano de Dios sobre todo lo creado. Él actúa, de provi-

dencia ordinaria por lo menos, a nivel trascendente sin interferir en el ámbito de las causas segundas, dejando intacta la autonomía de éstas en el nivel que les corresponde. Está pues, fuera de lugar el temor de que la recombinación genética interfiera en el proceder divino.

2° Sería siempre irresponsable. Esta prevención niega al hombre la sabiduría necesaria para usar responsablemente las posibilidades abiertas por la recombinación genética.

### Natural y artificial en Teología moral

La contraposición de los calificativos natural-artificial, aducidos como punto de referencia para el juicio de valor ético en varios documentos del Magisterio pontificio y en los comentarios teológicos a los mismos, da lugar a perplejidades y desacuerdos, imposibles de superar, si no se clarifica el sentido técnico de los términos aducidos en el contexto cultural al que nos referimos.

El término **natural** califica una actividad originada y continuada en el mismo ser (*ab intra*), la cual prosigue de por sí autónomamente no obstante la posible intromisión de una acción ajena.

■  
*La intervención extrínseca en un proceso natural está exenta de juicio de valor ético. La dificultad surge cuando la intervención desde fuera afecta a una actividad de por sí humana, es decir, consciente y libre.*

■  
Se califica en cambio de **artificial** el efecto de una intervención des-

de fuera del proceso natural (*ab extra*), orientada a una finalidad propia. Esta intervención extrínseca, y el efecto al que da lugar, pueden quedar al margen o confluir con el curso natural concomitante.

La intervención extrínseca en un proceso natural está exenta de juicio de valor ético. La dificultad surge cuando la intervención desde fuera afecta a una actividad de por sí humana, es decir, consciente y libre.

Esta intervención extrínseca (artificial) puede incorporarse a la actividad humana facilitando el proceder o la consecución del objetivo perseguido por ella (*agere*), pero puede también referirse a una prestación técnica, actuada por sí misma (*facere*); equivale entonces a producir, fabricar.

■  
*La intervención es, en cambio, desaprobada, cuando substituye total o parcialmente la actividad humana por la técnica... Tiene entonces lugar una manipulación y alienación, en cuanto priva de calidad humana el proceso.*

■  
Cuando el influjo artificial se limita a facilitar el curso de la actividad humana en la que interfiere o a conseguir el fin, al que la misma se ordena, quedan a salvo la verdad y la dignidad humana del proceso. Una intervención semejante es éticamente aceptable y nada tiene que objetar en contra el teólogo moral.

La intervención es, en cambio, desaprobada, cuando substituye total o parcialmente la actividad humana por la técnica, entendida ésta como sistema o conjunto autónomo de cosas y fuerzas. Tiene



entonces lugar una manipulación y alienación, en cuanto priva de calidad humana el proceso.

A esta artificialidad se refiere el juicio condenatorio de lo artificial, cuando se contraponen a lo natural.

Clarificados los conceptos, se justifica la prevención contra lo artificial en su sentido técnico. Pero las actividades humanas son múltiples y heterogéneas. ¿Cuáles de entre ellas deben permanecer siempre y totalmente bajo el impulso y control del conocimiento y de la voluntad libre? ¿Existen en la práctica irrupciones de la biotecnología, que substituyan la actividad humana por un mecanismo? ¿Cuáles? La perplejidad y los desacuerdos, aludidos al principio, se trasladan del terreno conceptual a la controversia sobre cuestiones de hecho.

### El cuerpo en la persona

Dos concepciones diversas del *cuerpo* explican el modo de afrontar los problemas bioéticos por parte de los autores.

Consideran unos el cuerpo como substancia viva sin más sentido ni finalidad que la que le otorgue la inherente voluntad libre del sujeto al hacerse cargo de él.

*Consideran unos el cuerpo como substancia viva sin más sentido ni finalidad que la que le otorgue la inherente voluntad libre del sujeto al hacerse cargo de él.*

Perciben otros en él una substancia viva, dotada de propia finalidad biológica. Dentro de esta segunda concepción se dan dos interpretaciones contrapuestas:

a) La finalidad biológica debe ser respetada en su calidad humana y no puede ser suplantada ni suprimida a no ser que se halle por su propia naturaleza íntegramente orientada al bien del todo y tenga en el caso justa aplicación el *principio de totalidad*.

b) La finalidad biológica supone una ley moral y el "ser" implica el "deber ser". Condenamos este último biologismo como *falacia naturalista*.

*La intervención de la actividad humana en el proceso evolutivo de los seres vivos ha tenido lugar, desde la más remota antigüedad.*

El *personalismo* conjuga la realidad biológica del cuerpo (sus estructuras, funciones e inclinaciones) con la singularidad del sujeto, el cual se individualiza y constituye en ellas a través de la autoconciencia. Desde el personalismo la ética de la ley natural contempla el ser humano en su integridad, especificado por la racionalidad. Los órganos y los procesos biológicos de la naturaleza humana no son ajenos a la persona. Cualquier atentado contra la integridad de aquellos alcanza a la persona y ésto pone límites a la posible modificación del ser humano en su dimensión corporal. La individualidad personal y también la homogeneidad específica deben ser siempre respetadas.

La intervención de la actividad humana en el proceso evolutivo de los seres vivos ha tenido lugar, desde la más remota antigüedad en las explotaciones agrícolas y ganaderas, mediante la selección de las semillas y de los sementales

mejor dotados para lograr los fines perseguidos con la agricultura y con la zootecnia. La intervención con este método selectivo en la reproducción solamente a largo plazo y supuesta una afortunada permanencia de la orientación elegida podía dar lugar a cambios significativos y estadísticamente relevantes en las variantes de una determinada especie de seres vivos.

En nuestros tiempos la recombinación de los segmentos de DNA y la transferencia de un ser vivo a otro posibilita de manera directa la modificación de los seres vivos.

### La recombinación genética en el hombre

La recombinación genética altera la base biológica del ser. Al aplicarla al hombre se impone tutelar su especificidad y salvar la diversidad entre los individuos. Porque privar a alguno de sus cualidades más nobles implica una degradación inaceptable. La producción como en serie de individuos repetidos con la misma dotación genética atenta contra la singularidad por más que con ello no se supriman las desemejanzas.

*La producción en serie de individuos repetidos con la misma dotación genética atenta contra la singularidad por más que con ello no se supriman las desemejanzas.*

Dada la finalidad intrínseca a cada persona es preciso establecer como presupuesto fundamental que solamente son aceptables las intervenciones ordenadas a mejorar el patrimonio genético del individuo (terapia en sentido amplio)



“ninguna utilidad social o científica y ninguna motivación ideológica podrá nunca justificar una intervención sobre el genoma humano que no sea terapéutica, es decir, orientada en sí misma al desarrollo natural del ser humano” (Juan Pablo II, 5-XII-1987 con ocasión del Congreso Nacional sobre los “Problemas jurídicos de la biomedicina” Italia. AAS 1968; 80:728-730, cita 729)

■

*En cualquier hipótesis sería inaceptable procurar condiciones de privilegio a unos pocos, si no fuese acaso interinamente, dejando abierto el acceso de todos a las mismas posibilidades, cuando la difusión de los conocimientos y las condiciones requeridas lo permitan.*

■

La recombinación genética en células somáticas para corregir disfunciones del organismo (terapia reparadora) no presenta dificultad ética alguna cuando se superan las dificultades de carácter científico y técnico para salvar la proporcionalidad entre el riesgo afrontado y los beneficios perseguidos. La intervención en células germinales (terapia preventiva) debe tener en cuenta que afectará a individuos que no han prestado su consentimiento a la intervención. De todos modos entiendo que sería más respetuoso suponer el permiso que dejar a la descendencia afectada con la misma patología que sufrieron los progenitores (terapia correctiva). Lo mismo valdría respecto a proveer la descendencia de más defensas (terapia inmunológica) en la medida de lo posible.

Mayor dificultad presenta la perspectiva de mejorar el patrimonio genético de los descendientes (terapia perfectiva), porque no existe un modelo ideal, perenne y cierto de hombre o mujer y ni siquiera sabemos qué proporción de cualidades físicas, intelectuales y artísticas considerarán envidiable nuestros inmediatos sucesores.

En cualquier hipótesis sería inaceptable procurar condiciones de privilegio a unos pocos, aumentando así las diferencias entre unos y otros, si no fuese acaso interinamente, dejando abierto el acceso de todos a las mismas posibilidades, cuando la difusión de los conocimientos y las condiciones requeridas lo permitan. Es una exigencia de la justicia y de la equidad.

MANUEL CUYÁS, S.I.

PROFESOR DE BIOÉTICA  
FACULTAD DE TEOLOGÍA DE CATALUÑA



## Xenotrasplantes: más investigación preclínica mejor que moratoria

**E**l 3 de marzo de este año los delegados del Comité de Ministros de la Unión Europea aprobaron la creación de un grupo de trabajo, bajo la dirección conjunta del Comité Europeo de la Salud y del Comité Director de Bioética, con el mandato de seguir los trabajos de investigación que sobre los xenotrasplantes (trasplantes de células, tejidos u órganos procedentes de animales) se realizan en los países de la Unión Europea (ver páginas centrales), velando por la calidad científica, la protección de la salud pública, a corto y largo plazo, los derechos de las personas y el trato correcto de los animales que se utilizan en los experimentos. En otras palabras, por los aspectos éticos, jurídicos, psicológicos y sociales de la investigación.

*El fondo, correcto éticamente, científicamente y legalmente es que no podemos dar luz verde a ensayos clínicos con humanos si no tenemos resueltos los problemas inmunológicos de rechazo del órgano trasplantado.*

Esta decisión ayudará a superar la perplejidad creada por la adopción el 29 de enero del mismo año por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, de la Recomendación 1399 (1999), que pide una moratoria indiscriminada de la investigación de xenotrasplantes. La perplejidad que creó era más de forma que de fondo. El fondo está claro y es fácil estar de

**Expertos en bioética apoyan una moratoria a los xenotrasplantes.**

*Expertos en bioética se han mostrado a favor de la Recomendación del Consejo de Europa de una moratoria en la aplicación de los xenotrasplantes... "es necesario ver como funciona la ética experimental en los xenotrasplantes y, tras una deliberación, llegar a soluciones prudentes".*

Diario Médico, 12 de febrero de 1999

acuerdo. La forma es demasiado ambigua.

El fondo, correcto éticamente, científicamente y legalmente es que no podemos dar luz verde a ensayos clínicos con humanos si no tenemos resueltos los problemas inmunológicos de rechazo del órgano trasplantado, de asegurar, en la medida de lo posible, su funcionalidad y lo que es más importante para la Salud Pública hasta que se hayan tomado todas las medidas que la ciencia puede aportar para impedir que virus de origen animal puedan causar una pandemia. Esta es la posición que la subcomisión española de xenotrasplantes de la Comisión Permanente de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ha mantenido desde su creación, el 29 de junio de 1997.

La forma de la Recomendación

**España, contraria a suspender ensayos con órganos animales.**

*La postura anunciada ayer se destaca de la opinión de la Comisión Europea.*

*La mayor parte de los miembros de la Comisión Nacional de Xenotrasplantes no es partidaria de que España se adhiera a la moratoria que la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha recomendado.*

El Mundo, 10 de febrero de 1999

1399 resulta excesivamente imprecisa, desde la perspectiva científica, no va avalada por ningún Comité d'Expertos en xenotrasplantes y para el caso que se siguiese paralizaría toda investigación, incluso la preclínica, en este terreno. Parece que la fórmula de potenciar la investigación rigurosa preclínica resulta más adecuada que la parálisis de toda investigación.

*Parece que la fórmula de potenciar la investigación rigurosa preclínica resulta más adecuada que la parálisis de toda investigación.*

Por otro lado, si la moratoria no tiene carácter universal, lo que parece bastante utópico, no serviría de protección de la salud pública. Piénsese, por ejemplo, que



en Estados Unidos los ensayos con humanos no están prohibidos por la *Food and Drug Administration*, organismo que supervisa los temas médicos y alimentarios, si se cumplen los requisitos legales. Aunque la Recomendación 1399 expresa el deseo de un acuerdo mundial, es poco concreta para poder ser viable. Por eso nos parece muy adecuada la decisión del Comité de Ministros del mes de marzo antes mencionada.

■  
*Hay muchos intereses en juego y debemos estar alerta de los que son legítimos y responden a una competencia leal de los que pueden representar un peligro para todos a corto o largo plazo.*

Lejos de nuestra intención está el negar que hay muchos intereses en juego y que debemos estar alerta de los que son legítimos y responden a una competencia leal de los que pueden representar un peligro para todos a corto o largo plazo. En el momento actual las medidas recomendadas por la Subcomisión de Xenotrasplantes, a pesar de ser prudentes, pueden ser objeto de discusión y modificación. No obstante, esta posible modificación tiene que estar fundada en criterios científicos, éticos o legales rigurosos y no estar a expensas del denominado «factor Frankenstein»: el miedo a lo desconocido crea un monstruo. Por eso la transparencia de lo que se hace y la consulta a los ciudadanos se considera muy importante y necesaria.

Entre los intereses debemos resaltar:

■ Los científicos: excelencia y

prestigio profesional.

■ Los económicos: animales transgénicos, reactivos, patentes, etc.

■ Los de mercado: se espera que en la primera década el mercado representará de 6 a 8 millones de dólares.

■ Los de sociedades protectoras de animales opuestas a la creación de animales transgénicos.

Debemos manifestar que a criterio de la Subcomisión de Xenotrasplantes se considera requisito imprescindible para poder pensar en un ensayo clínico, tener un **estudio preclínico** (investigaciones de trasplantes del cerdo al mono) que cumplen las siguientes condiciones:

a) Haberse demostrado la supervivencia y función de las células, tejidos u órganos implantados durante un período mínimo de 6 meses.

b) Haberse demostrado la ausencia de transmisión de genes infecciosos durante 6 meses en el animal receptor.

c) Caso que se demuestre la transmisión de genes infecciosos, será preciso el seguimiento mínimo de un año para evaluar las consecuencias de esta transmisión, en el animal receptor y en su entorno;

d) Haberse demostrado la ausencia de transmisión no accidental de genes infecciosos a los cuidadores y personal implicado en la experimentación.

Pensemos en la importancia de esta investigación teniendo en cuenta que en España, que es el país con más donaciones de órganos por millón de habitantes, para poder atender a todos los enfermos que necesitarían trasplante y que están en lista de espera, habría que duplicar la cantidad de órga-

nos disponibles, lo que sería más fácil de conseguir con la nueva fuente de órganos de procedencia animal.

■  
*En España, que es el país con más donaciones de órganos por millón de habitantes, para poder atender a todos los enfermos que necesitarían trasplante y que están en lista de espera, habría que duplicar la cantidad de órganos disponibles.*

A título informativo, el animal que ofrece más ventajas para los xenotrasplantes es el cerdo por el tamaño de sus órganos potencialmente trasplantables, por los conocimientos que tenemos de producción de animales libres de organismos patógenos específicos y de producción de transgénicos que evitaría el rechazo agudo inmunológico del órgano trasplantado. El hombre lleva siglos conviviendo con el cerdo que constituye un importante elemento de alimentación sin que hayan detectado problemas importantes en el terreno de la Salud Pública.

FRANCESC ABEL I FABRE, S.I.

DIRECTOR DEL IBB

MIEMBRO DE LA

COMISIÓN DE XENOTRASPLANTES

DEL MINISTERIO DE SANIDAD

EN CALIDAD DE EXPERTO EN BIOÉTICA



# Xenotrasplante: Recomend

## Recomendación No. R (97)15 del Comité de Ministros del Consejo de Europa - 30.09.97

El Comité de Ministros, según el art. 15.b del Estatuto del Consejo de Europa;

Considerando que el objetivo del Consejo de Europa es lograr la mayor unidad entre sus miembros y que este objetivo puede conseguirse *inter alia* a través de la adopción de una acción común en el ámbito de la salud;

Teniendo en cuenta la Resolución (78)29 sobre la armonización de la legislación de los estados miembros en relación a la obtención, injerto y trasplante de sustancias humanas, el texto final de la tercera conferencia de ministros de salud europeos (Paris, 16-17 nov. 1987) y los arts. 19 y 20 del Convenio Europeo de Derechos Humanos y Biomedicina;

Considerando que el xenotrasplante, es decir, el uso de células, tejidos u órganos vivos procedentes de animales, modificados genéticamente o no, para su trasplante en seres humanos, puede ser una intervención terapéutica practicable en un futuro muy cercano;

Consciente de que existe el riesgo de transmisión de enfermedades como resultado de la práctica de xenotrasplantes;

### RECOMIENDA

Que los gobiernos de los Estados miembros, con el objetivo de minimizar los riesgos de transmisión de enfermedades e infecciones conocidas o desconocidas a los seres humanos o a los animales, deberían establecer el mecanismo de registro y regulación de los siguientes aspectos del xenotrasplante:

- a) Investigación fundamental y ensayos clínicos.
- b) Fuente y cuidado de animales para ser utilizados en el xenotrasplante.
- c) Programas de xenotrasplante.
- d) Seguimiento a largo plazo y revisión de los receptores del xenotrasplante así como de los animales origen del xenotrasplante.

## Recomendación 1399 (1999) aprobada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa el 29 de enero de 1999

1. El avance de la tecnología de trasplantes ha logrado notables éxitos en los trasplantes de órganos entre humanos (alotrasplantes) y promete un desarrollo radical del trasplante de células, tejidos y órganos animales en humanos (xenotrasplante).

2. En el alotrasplante es posible controlar satisfactoriamente los problemas de rechazo y la transmisión de enfermedades entre humanos; en cambio, los riesgos son hoy incontrolables respecto a los xenotrasplantes.

3. La transmisión de retrovirus y priones animales a los humanos a través del xenotrasplante puede causar enfermedades y, si éstas se transmitiesen a otros humanos, pandemias graves.

4. Es preciso, pues, calibrar los riesgos de salud pública frente a los beneficios que se espera arroje el xenotrasplante y se deben encontrar métodos para eliminar cualquier riesgo para la salud pública.

5. Hay problemas considerables de orden científico, médico, ético, social y legal a los que se debe dar respuesta antes de comenzar los xenotrasplantes.

6. La Asamblea, teniendo en cuenta la Recomendación número (97) 15 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre xenotrasplante, recomienda al Comité de Ministros que:

a) trabaje para que todos los Estados miembros introduzcan rápidamente una moratoria legalmente vinculante sobre los xenotrasplantes clínicos;

b) tome medidas para lograr que esta moratoria se convierta en un acuerdo mundial;

c) solicite a sus comités de Salud Pública y de Bioética que diseñen, en cooperación con la Organización Mundial de la Salud, una estrategia que valore los aspectos éticos, médicos, científicos, legales, sociales y de salud pública de los xenotrasplantes antes de que se autorice a los médicos y científicos a comenzar los ensayos clínicos en humanos.




## ciones del Consejo de Europa


### 2-3 de marzo de 1999. Creación de un grupo de trabajo (CDBI/CDBS-XENO)


El Comité de Ministros, consciente de la importancia de los problemas planteados por la Asamblea Parlamentaria en la Recomendación 1399(1999) comparte las preocupaciones de la Asamblea referentes a los aspectos éticos y de seguridad sanitaria de posibles xenotrasplantes.

Por esta razón, el Comité de Ministros ha decidido constituir un grupo de trabajo sobre xenotrasplantes (CDBI/CDBS- XENO) bajo la doble autoridad del Comité Director de Bioética (CDBI) y del Comité Europeo de la Salud (CDSP).

El mandato de este grupo expira el 31 de diciembre del 2001, reuniéndose dos veces al año, y tiene como misión, respetando el espíritu de la recomendación 1399(1999) de la Asamblea Parlamentaria:

a)  Seguir el desarrollo de los xenotrasplantes en los Estados miembros y otros Estados, cooperando con otras organizaciones internacionales que se ocupan de esta cuestión (entre ellas OMS, OCDE y UE).


 Reunir y poner a disposición las informaciones referentes a reglamentación e investigación, ensayos clínicos y trabajos actualmente en curso.


 Presentar periódicamente a los Estados miembros del Consejo de Europa un informe sobre la evolución de conocimientos y evaluación de las repercusiones.


Con este fin, el grupo podrá a través de los expertos del CDBI i del CDSP pedir a las autoridades de cada estado miembro que envíen la información en relación a los xenotrasplantes, especialmente de los proyectos experimentales y clínicos así como el desarrollo reglamentario de los proyectos.


b) Examinar a la luz de los trabajos contemplados en el apartado a), teniendo en cuenta los diferentes intereses en juego, (especialmente la protección de los derechos fundamentales de los pacientes, los objetivos de salud pública, las prioridades en materia de cuidados de la salud, la protección de los


animales, y los intereses de la industria), las implicaciones derivadas del xenotrasplante para los estados miembros del Consejo de Europa, en lo referente a:


 Respeto de los principios éticos y jurídicos.

 Protección de la seguridad y calidad en materia de xenotrasplantes tanto a breve como a largo plazo (aspectos intergeneracionales) y sobre el terreno del ambiente, en particular:

 Aspectos médicos: seguridad sanitaria y calidad de órganos y tejidos de origen animal, condiciones de cria de los animales y utilización de órganos y tejidos de origen animal, reacciones inmunitarias por anticuerpos, comportamientos fisiológicos y riesgos de transmisión de virus o de infecciones, consecuencias psicológicas, vigilancia a largo plazo de los receptores.

 Problemas relacionados con la circulación internacional de órganos y tejidos de origen animal.

 Eficacia y rentabilidad teniendo en cuenta soluciones substitutivas.

 Protección de los animales;

c) Elaborar recomendaciones sobre la información al público y a los medios de comunicación sobre los xenotrasplantes incluyendo si se da el caso la organización de una conferencia europea.

d) Preparar, en base a los elementos arriba mencionados, un proyecto de líneas directrices en materia de xenotrasplantes que tenga en cuenta los trabajos efectuados por otras instancias, en particular las internacionales, y la necesaria cooperación a nivel mundial.

Composición del grupo de trabajo: 5 miembros designados por el CDBI, 5 designados por el CDSP, 2 representantes y 2 designados por el grupo de Estados Partes de la «Convención europea para la protección de animales vertebrados utilizados con fines experimentales u otros fines científicos». Pueden enviar un representante la OMS, la OCDE, la Asamblea Parlamentaria, Estados Unidos y otros estados invitados por el grupo de trabajo.



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

- ❖ Ackerman, Bruce. *La política del diálogo general*. Barcelona: Gedisa, 1999.
- ❖ Bankowski, Z; Bryant, J.H. *Poverty, vulnerability and the value of human life and the emergence of Bioethics*. Geneva: CIOMS, 1994.
- ❖ Baron, Enrique. *Europa en el alba del milenio*. Madrid: Acento, 1999.
- ❖ Billé, Louis-Mari; Verspieren, Patick. *Essor de la génétique et dignité humaine*. París: Cerf, 1998.
- ❖ Brusco, Angelo. *Humanización de la asistencia al enfermo*. Santander: Sal Terrae, 1998.
- ❖ Casado, Maria. *Bioética, derecho y sociedad*. Valladolid: Trotta, 1998.
- ❖ Centro de Estudos de Bioética. Bem da Pessoa e Bem Común. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética, 1998.
- ❖ Cleries, Montse. *Trasplantament renal a Catalunya 1984-1997*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
- ❖ De Lorenzo Montero, Ricardo. *Consentimiento informado en cirugía*. Madrid: Mapfre, 1998.
- ❖ Duch, Lluís. *Simbolisme i salut*. Montserrat: Edicions de l'Abadia de Montserrat, 1999.
- ❖ Església i Mitjans de comunicació: unes relacions perilloses. Barcelona: Abadia de Montserrat, 1998.
- ❖ Fortuny i Guasch, Claudia. *Manual práctico de la infección por VIH en el niño*. Barcelona: Prous Science, 1996.
- ❖ Gómez Bosque, Pedro; Ramírez Villafañez, Amado. *Cerebro, mente y conducta humana*. Salamanca; Amarú, 1998.
- ❖ Giró i Paris, Jordi. *Idees d'Humanisme*. Barcelona: Institut d'Estudis Humanístics, 1998.
- ❖ Informe de la Subcomisión de Xenotrasplante de la Comisión Permanente de Trasplantes del Consejo Interterritorial del SNS. Madrid: ONT. Minsiteri de Sanitat i consum, 1999.
- ❖ Larru, José M<sup>a</sup>. *Compartiendo ese tiempo del enfermo de sida*. Madrid: San Pablo, 1997.
- ❖ Méjica, Juan. *Régimen jurídico del sida*. Granada: comares, 1999.
- ❖ Muñoz Arnau, Juan Andrés. *Los límites de los derechos fundamentales en el Derecho Constitucional Español*. Navarra: Aranzadi, 1998.
- ❖ Nuffield Council on Bioethics. *Mental disorders and genetics*. London: Nuffield Council on Bioethics, 1998.
- ❖ Quinzè Congrés de metges i biòlegs en llengua catalana. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1998.
- ❖ Romeo Casabona, Carlos M. (Ed.). *Biotecnología y derecho perspectivas en derecho comparado*. Bilbao. Granada: Cátedra de derecho y genoma humano. Editorial Comares, 1998.
- ❖ Savater, Fernando. *Ética, política, ciudadanía*. Méjico: Grijalbo, 1998.
- ❖ Suñé Llinas, Emilio (Cr.) [Et. Al.]. *Prácticas de teoría y filosofía del derecho*. Madrid: CRC. Universidad Complutense, Facultad de Derecho. Servicio de Publicaciones., 1998
- ❖ Thompson, Dennis F. *La ética política y el ejercicio de los cargos públicos*. Barcelona: Gedisa, 1998.
- ❖ Trias, Eugenio. *La razón fronteriza*. Barcelona: Destino, 1999.



# Mujeres sanitarias: una historia de género

## Introducción

El contenido de este trabajo es fruto de la conciencia de que hay "algo" en nuestra sociedad que condiciona el papel que en sus diferentes ámbitos, pueden desarrollar las mujeres. Ese *algo* tiene dos características:

a) Viene de antiguo y se ha suavizado pero aún está vigente.

b) Se reproduce y tiene consecuencias en el sistema sanitario.

Por supuesto, me estoy refiriendo a la identificación de mujeres y hombres con determinados estereotipos y especialmente a las limitaciones a que están sometidas las mujeres por dicha identificación.

Decía que ese algo viene de antiguo y se ha suavizado, pero aún está vigente y de su vigencia da prueba el que constantemente mujeres de muy diversos ámbitos (políticas, profesoras, periodistas, abogadas...) deban dedicar su trabajo a resaltar y a eliminar sus consecuencias negativas.

También es una buena prueba de ese *algo* que constituye el núcleo de este artículo un acontecimiento que protagonizó el fallecido François Mitterrand.

Mitterrand, en uno de sus últimos actos como presidente de la República francesa, decidió conceder a Marie Curie el mayor honor que existe en el país vecino: la nombró "gran hombre", trasladando sus restos mortales al "Panteón de los hombres ilustres".

Creo que efectivamente algo ocurre en nuestra sociedad cuando el mayor honor que se le puede ha-

cer a una científica es nombrarla "gran hombre" o por no irnos tan lejos, cuando casi cualquier aportación social cuesta doble esfuerzo si quien la realiza es una mujer.

A tratar sobre las consecuencias que ese *algo* que se produce en la sociedad tiene en el sistema sanitario y especialmente en la evolución de la profesión enfermera, donde la mujer es mayoritaria, está dedicado este trabajo.

En el mismo pretendo cumplir dos objetivos:

1. Demostrar la idea de la identificación existente entre la profesión médica y enfermera y los estereotipos de género masculino y femenino respectivamente.

2. Ofrecer una reflexión sobre el doble condicionamiento que produce la identificación de las enfermeras con el estereotipo de género femenino:

\*Al configurar el modelo de atención que brindan.

\*Al limitar el desarrollo de sus posibilidades profesionales y por tanto, su aportación al conjunto del sistema sanitario.

## El género: conceptos y valores

En este apartado se desarrollan básicamente tres ideas. La primera es la relativa a que en nuestro entorno sociocultural se asignan distintas características (valores, atributos, posibilidades de desarrollo personal y social...) a los individuos en función de su pertenencia al género femenino o masculino.

La segunda es que, a partir de la

asignación de género a los individuos, se produce un fenómeno de generalización por el cual, también se atribuye a algunas ocupaciones ( que luego se han transformado en profesiones...) su pertenencia al estereotipo de género femenino o masculino.

■  
*En nuestro entorno sociocultural se asignan distintas características (valores, atributos, posibilidades de desarrollo personal y social...) a los individuos en función de su pertenencia al género femenino o masculino.*  
■

Por último, la tercera idea es que concretamente, en las profesiones del sistema sanitario, se da una fuerte identificación de la Medicina con el estereotipo de género masculino y de la Enfermería con el de género femenino.

Para desarrollarlas es necesario recordar algunos conceptos fundamentales de la teoría del género ya que, desde los años 70, la misma se ha convertido en una de las principales categorías que se utilizan desde el feminismo para el análisis de la sociedad y de la historia.

La antropóloga Margaret Mead escribió hace 60 años una frase que resume tres de los conceptos clave de dicha teoría. Dijo: "*hagan lo que hagan los hombres, aunque sea vestir muñecos para una ceremonia, ello aparece siempre dotado de mayor valor*".

"Valor", "dotado" y "hombre" son esos conceptos fundamentales:



✓ **“Valor”** porque en la relación entre los géneros hay un orden jerárquico, cuya primacía ostenta el varón.

✓ **“Dotado”** porque dicho valor no está determinado por la naturaleza sino que es un atributo asignado culturalmente.

✓ **“Hombre”** frente a mujer.

En cuanto al concepto mismo de género, he elegido la definición de Gerda Lerner (1979), que me parece una de las más clarificadoras. Según esta autora, el género es *“la definición de la conducta apropiada a los sexos en una sociedad y en una época dada”*.

■

*Son profesiones que han tenido y siguen teniendo una fuerte “tipificación” ... el proceso de encauzamiento selectivo de las personas hacia ellas en razón de su pertenencia al género femenino o masculino.*

■

Para centrar el tema en los aspectos profesionales, es necesario aclarar que cuando digo que la Enfermería y la Medicina son profesiones que han tenido y siguen teniendo una fuerte “tipificación” o “polarización”, debe entenderse bajo estos términos el proceso de encauzamiento selectivo de las personas hacia ellas en razón de su pertenencia al género femenino o masculino. Asimismo, ambas profesiones son “estereotipadas” en función del género porque una gran mayoría de sus componentes es de uno de los dos géneros y se entiende socialmente que es apropiado que así sea.

En estos momentos, este último aspecto no se cumple ya en la profesión médica porque el número de mujeres que estudian en

los primeros cursos de las Facultades de Medicina ya es más alto que el número de hombres. Este fenómeno, completamente nuevo, de feminización de una carrera tradicionalmente masculina, es muy interesante de observar ya que pondrá de manifiesto cuáles son las consecuencias de dicha feminización.

Partiendo de la idea de que el género es una construcción social integrada por valores y pautas de conducta esperadas, conviene recordar cuáles son los principales atributos que nuestra sociedad, considera que son propios del género masculino y cuáles del femenino. Para hacerlo utilizo un documento de la OMS, institución, hasta ahora, muy poco calificable de feminista. Se trata del libro *“Función de las mujeres en la asistencia sanitaria”*, publicado en 1988. En él puede leerse: *“en las sociedades occidentales, el estereotipo masculino incluye características tales como la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad y la objetividad... mientras que el estereotipo femenino se caracteriza por la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad”*.

Sin ninguna duda, la atribución de esos valores “femeninos” y “masculinos” a enfermeras y médicos dentro del sistema sanitario, es una realidad de la que tiene perfecta constancia cualquier observador interesado de nuestro sistema sanitario.

En cuanto a la finalidad y al funcionamiento de los estereotipos, Herrero Brasas (1994) señala que *“al estereotipar se encasilla a un grupo de individuos en una cate-*

*goría fija y se atribuye una serie determinada de características a todos los miembros de esa categoría (tanto al grupo como tal como a cada individuo en particular)”*.

En relación al funcionamiento del estereotipo, el mismo autor dice que las creencias estereotipadas influyen en el individuo que las mantiene cuando éste intenta recordar información sobre la persona o la profesión estereotipada y, en consecuencia, tiende a tener una memoria selectiva y a reinterpretar acontecimientos de tal manera que se ajusten al estereotipo. (**“memoria constructiva”** y **“recuerdo preferencial”**).

Hasta aquí, se han recordado los conceptos fundamentales que permiten entender qué es el género y cuáles son los valores en que se sostiene. Igualmente, se ha hecho referencia a los argumentos esenciales que justifican la afirmación de que la Enfermería y la Medicina son profesiones consideradas femenina y masculina respectivamente. Lo son, hace falta insistir en ello, en el sentido de que se las identifica socialmente con los valores atribuidos a las mujeres y a los hombres y por tanto, se espera de sus componentes que reproduzcan (individual y colectivamente) dentro del sistema sanitario, el papel que mujeres y hombres desempeñan en la sociedad.

El siguiente apartado está dedicado a dar las razones que sostienen las afirmaciones iniciales relativas a que la identificación de las mujeres enfermeras con el estereotipo de género femenino, configura el modelo de atención que prestan y limita el papel que las mismas desempeñan en el conjunto de la atención de salud.



## El género como condicionante

La cuestión de la identificación de la profesión enfermera con el estereotipo de género hace tiempo que constituye una de mis principales líneas de trabajo y por ello, he tenido la oportunidad de profundizar en varios de sus aspectos.

De este modo, y desde hace ya diez años, vengo desarrollando una caracterización de los modelos de atención que prestan enfermeras y médicos, y cuyo origen está en la identificación con los valores y los comportamientos socialmente asignados a mujeres y hombres.

La existencia de ese trabajo previo y los objetivos fijados para el presente artículo, me llevan a plantear de forma muy escueta la parte referida a la propuesta sobre la existencia de dos modelos de prestación de la atención sanitaria. Así, la misma se limita a presentar un cuadro sobre los 5 atributos que los caracterizan.

Desde una perspectiva de identi-

ficación de enfermeras y médicos con los estereotipos de género, puede afirmarse que ambos grupos de profesionales, desarrollan dos modelos distintos de atención sanitaria, cuyas características fundamentales se reflejan en el Cuadro (pie de página).

Al presentar la propuesta sobre los dos modelos de atención que desarrollan las enfermeras y los médicos, pongo en manos de otras mujeres y hombres interesadas/os en esta tema la indispensable contrastación y profundización que la misma requiere.

A continuación y cumpliendo la última parte de los objetivos planteados, se trata sobre los aspectos limitantes que produce la identificación de la profesión enfermera con el estereotipo de género femenino. La base de los planteamientos que se exponen se halla en los estudios de dos autoras, la historiadora Milagros Rivera y la antropóloga Dolores Juliano.

Al empezar a tratar el género como variable limitadora de la aportación enfermera, es necesario recordar unas palabras de la

antropóloga Dolores Juliano, que hacen referencia a los mecanismos sociales de "feminización" de determinadas profesiones. Dice Juliano (1989): "*La confluencia sistemática de presiones hace que el modelo socialmente presentado (el de género)... sea interiorizado por un gran número de mujeres como el único posible. Esto hace que experimenten angustia y desasosiego si optan por una forma de vida que se aleje en algún punto del esquema "normal" y las lleva a intentar compatibilizar sus aspiraciones intelectuales y profesionales con lo que se espera de ellas, eligiendo estudios y trabajos que resultan en realidad una ampliación del ámbito doméstico y sus funciones. La mayoría de los "trabajos femeninos"..., se caracterizan por apoyarse en un adiestramiento previo recibido en el hogar y que, por ser considerado naturaleza y no aprendizaje, permite catalogarlos como no especializados y pagarlos por debajo de lo que sería necesario en caso de reconocerles su especificidad*".

En este sentido y de acuerdo ple-

CARACTERÍSTICA	ATENCIÓN MÉDICA	ATENCIÓN ENFERMERA
OBJETIVO BÁSICO	Triunfar sobre la enfermedad y la muerte. Alargar la vida.	Asegurar el mantenimiento de la vida. Promocionar su desarrollo.
EJE DEL TRABAJO	La patología.	La necesidad alterada.
ESTILO OPERATIVO	Prescriptivo.	Sustitutorio. Fomento del autocuidado.
ESTILO RESOLUCIÓN PROBLEMAS	Basado en la inteligencia racional	Basado en la inteligencia emocional.
CLAVES	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Análisis y estrategia para competir con la patología.</li> <li>* Implicación emocional baja.</li> <li>* Jerarquización alta.</li> <li>* Concentración de la información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Comprensión y colaboración para crear condiciones favorables.</li> <li>* Implicación emocional alta.</li> <li>* Jerarquización baja.</li> <li>* Autoresponsabilización alta.</li> </ul>



namente con Juliano, considero que la identificación de los cuidados con una función "natural" de la mujer, ha sido durante siglos el principal instrumento de colonización intelectual y de marginación empleado para limitar el desarrollo de la ciencia enfermera y del poder de quienes son sus depositarias y saben ejercerla.

Muy posiblemente, también sea esta identificación la causa de la expropiación que durante siglos ha sufrido el pensamiento de las mujeres sanitarias por parte de los varones y que constituye actualmente un importante trabajo de reelaboración de la historia -de recuperación de genealogía- en el que están enfrascadas muchas compañeras historiadoras, médicas y enfermeras.

Las dos primeras ideas de la teoría del género que voy a comentar, relacionan los conceptos de género y poder. La primera de ellas dice: **En todas las sociedades conocidas, el género es un principio básico de organización social.**

De acuerdo con ello, los valores y atributos de género definen el posible marco en el que debe moverse un individuo (o una profesión) para responder a las expectativas sociales, ocupando, de este modo, el espacio de reconocimiento y autoridad que le ha sido asignado.

La segunda idea es que **este principio de organización que es el género no opera de manera neutra, siendo prácticamente universal el predominio del género masculino sobre el femenino.**

Por supuesto, no quiere decir esto que no haya mujeres que han tenido influencia y poder, pero esta influencia y este poder casi nunca están legitimados cultural-

mente. Refiriéndose a esto, Joan W. Scott (1986) ha escrito que el poder que poseen las mujeres tiende a ser percibido como manipulador, como disruptivo de las relaciones sociales o como fuera de lugar y escasamente importante ya que, si acaso, son "la gran mujer que siempre hay detrás de un gran hombre".

■  
*Este principio de organización que es el género no opera de manera neutra, siendo prácticamente universal el predominio del género masculino sobre el femenino.*  
■

En el sistema sanitario, en el entorno donde se reproducen los estereotipos sociales, y en relación al poder de las enfermeras, el paralelismo es evidente y sus consecuencias han significado y significan graves obstáculos. Para demostrarlo basta recordar unas cuantas cuestiones que sirvan de ejemplo.

La primera de ellas es la relativa al poder de las "asesorías". Como es fácilmente demostrable, durante los años de la reforma sanitaria (década de los 80), momento de cambios fundamentales en el sistema sanitario español, los puestos de "asesora" fueron el fundamental y casi único ámbito de poder accesible que pudieron alcanzar las enfermeras.

En este sentido, en una conferencia de 1989 reflexionaba al respecto: «... *¿cuál es la misión del que asesora?: Aconsejar, orientar e incluso influir en el que tiene el poder de tomar las decisiones aunque, eso sí, manteniéndose siempre dentro de su función, en un estricto segundo plano. Así, el*

*mecanismo por el cual las "asesoras" acceden al poder reproduce, en buena parte, el que tradicionalmente han utilizado las mujeres para influir sobre los hombres en su calidad de compañeras legales o ilegales...».*

La segunda consideración que es oportuno destacar respecto al poder que alcanzan las enfermeras, es la frecuente devaluación a que son sometidas las decisiones que éstas toman dentro de los equipos. La forma más frecuente que adopta dicha devaluación es la acusación de "corporativismo". Estas acusaciones, al ser sólo instrumentos de infravaloración, resultan totalmente infundadas en la inmensa mayoría de los casos e incluso ridículas por lo alejadas que están de la realidad.

Por último se resalta que, como consecuencia del escaso prestigio que tiene el poder ejercido por las enfermeras en el seno del sistema sanitario, muy frecuentemente se produce una percepción minimizada de las ideas y soluciones por ellas aportadas. Dicha minimización las obliga, en ocasiones, a buscar "transmisores" de sus ideas a fin de que éstas aparezcan como menos "ofensivas" (menos rompedoras del orden establecido, como dice Scott), cayendo en el, a veces útil pero siempre peligroso, juego de "la madre y Salomón" y que consiste en pensar que da igual quién se apodere de la idea, lo que importa es que salga.

Parece oportuno recordar aquí que cuando en el seno del sistema sanitario se producen fenómenos de discriminación como los descritos respecto al pensamiento femenino en general y al enfermero en particular, no sólo pierden las mujeres o las enfermeras, sino que



pierde fundamentalmente el sistema, y con él las personas que lo utilizan, al no poderse "escuchar" toda la contribución que dicho pensamiento puede aportar a sus objetivos: en la planificación, en la gestión al más alto nivel, en la investigación y, por supuesto, en la selección y atención de las necesidades de salud de la comunidad...

Las otras dos ideas (Rivera, 1994) tienen que ver con la asignación y control del género. La primera dice: "el género se asigna a las personas al nacer y el criterio exclusivo de clasificación es la apariencia física en el momento del nacimiento... no existiendo vías fáciles para pasar de un género a otro ... la identidad masculina y femenina parece que se inculcan a través de la socialización". En cuanto al refuerzo del mismo: "...todas las sociedades tienen formas de control del mantenimiento de la identidad de género a lo largo de la vida, control que suele ser bastante rígido". A continuación se citan algunos ejemplos sobre cómo repercuten negativamente estas ideas de la asignación y el control del género en el desarrollo profesional de las mujeres enfermeras:

✓ Las enfermeras que se atreven a "degenerarse" - o sea a adoptar actitudes e ideas que se consideran fuera del estereotipo -, deben pagar un alto precio que consiste en la pérdida de la identidad, la discriminación por "rareza", "masculinidad", los "chistes fáciles", siempre muy difíciles de soportar. Y en el fondo, un sinnúmero de mecanismos que fomentan su desvalorización personal y profesional.

✓ Si su opción es desempeñar puestos de poder, se ven abocadas a construir caminos inexistentes:

intermedios o mezcla de los dos posibles.

✓ Las enfermeras, como el resto de las mujeres, están obligadas a combinar y realizar las responsabilidades de los dos géneros: la carga familiar y laboral, desarrollando lo que la socióloga A. Durán (1987) llama el tiempo "circular" (en el que se mezclan continuamente ambos papeles) frente al tiempo "lineal" de los varones.

De esta necesidad de desarrollar las funciones de ambos géneros, se deriva la exclusión de determinados ámbitos de poder -y de las prerrogativas que comportan-, porque se producen a "deshora" para las mujeres: después del trabajo, por la noche, en días no laborables. Me refiero, por ejemplo, a muchas actividades políticas, sindicales, de asociaciones y colegiales.

En cuanto al trabajo de las enfermeras, considero que hay que pararse a mirar no sólo las funciones cotidianas que desempeñan sino sobre todo, el acceso real que tienen a las responsabilidades del sistema que, en teoría, pueden y deben realizar "aquellos y aquellas que sean más capaces", sin importar su titulación de base.

Al final de este trabajo, creo que puede decirse que hay pruebas más que suficientes para afirmar que existe una fuerte identificación entre las enfermeras y el estereotipo femenino y que ésta ha afectado y afecta, limitándola, su contribución a la atención de salud.

Aún así, sabiendo de esa realidad, considero que ser mujer, igual que pertenecer a una profesión "femenina" no es estar situada en una posición tan mala como a veces puede parecer.

Creo que darse cuenta de ello, de lo bueno que puede ser mujer y

ejercer una profesión sanitaria, lo facilita el entender que, casi siempre, las raíces de lo que nos limita son las mismas que las de aquélla que nos posibilita.

Mi propuesta va, pues, en ese sentido. Se trata de llegar a esas raíces, reconocer en ellas las inmensas y gratificantes posibilidades de ser y estar que tiene lo "femenino" y esforzarse en explicarlas y defenderlas. Sin duda, así lograrán, las mujeres y las profesiones femeninas, no sólo ser la mitad de la tierra sino también ocupar en ella los espacios de responsabilidad y poder que les pertenecen.

ROSA MA. ALBERDI CASTELL

ENFERMERA

DIRECTORA DE LA E.U.E.

«VIRGEN DEL ROCÍO» - SEVILLA

PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN

ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE

#### Bibliografía:

✓ Alberdi Castell, R.Ma. "Enfermería y poder". Conferencia dictada en las "Ies. Jornades d'Infermeria del Partit dels Socialistes de Catalunya". Barcelona, 24 de febrero de 1989 (sin publicar)

✓ Herrero Brasas, Juan A. "La sociedad gay: una invisible minoría" Madrid. Claves de razón práctica, 1993, 36:20-33 y 37:26-42

✓ Juliano, Dolores. "Ámbito doméstico y autorreproducción social". Material fotocopiado. Master en "Estudis de les Dones". Centre d'Investigació Històrica de la Dona. Universitat de Barcelona, Curso 1989.

✓ OMS "Función de las mujeres en la asistencia sanitaria". Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988.

✓ Rivera Garretas, María-Milagros "Nombrar el mundo en femenino". Barcelona, Icaria, 1994.

✓ Scott, Joana W. "Gender" "The American Historical Review" 91(1986) 1053-1975. [Trad. en James Amelang y Mary Nash, eds, Historia y género 23-56]



✓ VIII Simposium de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense "El peritaje psiquiátrico: aspectos éticos, médicos y legales". Organizado por la Universidad de Zaragoza, Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen y Clínica Médico-Forense para los días 7 y 8 de mayo en Zaragoza. Secretaría: Persuasión, S.L. Telf. 976.21.26 Fax: 976.21.68.19 e-mail: persuade@encomix.es

✓ Jornada de Trabajo "Envejecer en el año 2000: cuestiones bioéticas". Organizada por el Centro de Estudios de Bioética y el Instituto de Ciencias Neurológicas y Gerontológicas para el día 8 de mayo en Barcelona. Secretaría: Universitat Internacional de Catalunya. Telf. 93.254.18.00

✓ Curso sobre «Aspectos éticos de los cuidados en enfermería». Organizado por el Centro de Humanización de la Salud en colaboración con FERS-Catalunya para los días 28 al 30 de mayo en Barcelona. Información: Centro Humanización Salud.Sector Escultores, 39. 28760 Tres Cantos (Madrid). Telf. 91.806.06.96 Fax. 91.804.00.33

✓ Curso sobre «Apoyo emocional al enfermo de sida y elaboración del duelo». Organizado por el Centro de Humanización de la Salud para los días 4 al 6 de junio en Sevilla. Información: Centro Humanización Salud.Sector Escultores, 39. 28760 Tres Cantos (Madrid). Telf. 91.806.06.96 Fax. 91.804.00.33

✓ Ethics & Science "The Social, Juridical and Philosophical Debate". Organizado por el «Center for Ethics in the Sciences and Humanities» de la Universidad de Tübingen para los días 10 y 11 de junio en Tübingen (Alemania). Secretaría: Center for Ethics in the Sciences and Humanities. Telf. +49.7071.2977516 Fax. +49.7071.295255 e-mail: eu-congress@uni-tuebingen.de

✓ Intensive Bioethics Course «Contemporary Challenges in Health Care Ethics». Organizado por el «Kennedy Institute of Ethics» para los días 12 al 17 de junio en Washington DC (EUA). Secretaría: Kennedy Institute of Ethics Box 571212 Washington DC 20057-1212. e-mail: kicourse@gunet.georgetown.edu

✓ Conference «Kantian Approaches in Applied Philosophy». Organizada por «The Centre for Professional Ethics» para el día 23 de junio en Preston (UK). Secretaría: University of Central Lancashire. Preston PR1 2HE. Telf. 01772 892250 FAX. 01772 892938 e-mail: s.edmundson@uclan.ac.uk

✓ Conference "The genetics revolution and the future for health & social care". Organizada por el «Welsh Institute for Health and Social Care» para los días 23 y 24 de junio en la University of Glamorgan (UK). Secretaría: Welsh Institute for Health and Social Care. Telf. +44.0.1443.433070 Fax. +44.0.1443.483079 e-mail: mpisavad@glamorgan.ac.uk

✓ The Second International Conference of Art, Culture, Nature. Organizada por la «University of Washington» y la «Salisbury State University» para los días 9 a 11 de julio en Seattle (EE.UU.). Secretaría: Dept. of Communication Arts. Salisbury State University. E-mail: axhepburn@ssu.edu

✓ 31st Anniversary «The Genome Plant, Animal, Human». Organizado por «The Institute for Theological Encounter with Science and Technology» para los días 1 al 5 de agosto en Loyola University en Chicago (EUA). Secretaría: Marianne Postiglione, Rsm, 3601 Lindell Boulevard, St. Louis, Missouri 63108. Telf. 314.977.2703 e-mail: postigm@wpogate.slu.edu

bioética & debat

CON LA COLABORACIÓN DE



FUNDACION MAPFRE MEDICINA