

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA - Año II N 8.

El consentimiento informado en la clínica y sus documentos

Con el Consentimiento Informado (CI) se formula un nuevo concepto de relación médico-enfermo en la que el enfermo tiene que poder participar más en las decisiones clínicas que se le indican. Es una concreción de los Derechos Humanos no discutible en

una sociedad democrática, y la nuestra ha querido garantizar una ocasión en la que este derecho pueda ejercerse plenamente: es la firma del Documento del Consentimiento Informado (DCI). Así, la *Ley General de Sanidad* (1986) establece que todo enfermo tiene que haber firmado un DCI antes de cualquier intervención. Se trata de una nueva cultura en la que la beneficencia que se debe al enfermo queda transformada y debe incorporar el respeto a su autonomía (1).

■
*Todo enfermo tiene
que haber firmado
un DCI antes de
cualquier intervención.*
■

Ahora bien, la práctica de este nuevo principio no es fácil de adaptar a cada situación, si queremos continuar al servicio del enfermo. Porque la ley quiere favorecer el despliegue de la autonomía del paciente pero no quiere imponer una forma concreta que podría socavar otros derechos. Por eso es tan importante que la firma del DCI en la práctica clínica sea visto como una ocasión de implicación a dos bandas: por una parte del enfermo en la decisión médi-

ca; y por otra, del profesional en las necesidades cambiantes de cada enfermo (uno querrá muchos detalles, otro pocos, otro prefiere renunciar en gran parte y delegar decisiones). Por tanto, más allá de la ley, el médico debe descubrir la necesidad real de cada persona, y la firma del DCI puede ayudar a mejorar el diálogo clínico, reconsiderando la información que el enfermo tiene, la que necesita, su comprensión, las dudas y el miedo...

El CI no sirve tan sólo para llegar a decisiones conjuntas, sino que ya debe ser fruto de diálogo conjunto. La ley nunca predeterminará esta prudencia práctica, que debe quedar en manos de una valoración ética. El CI es pues materia ética, no sólo jurídica. El análisis ético tendría que suavizar rigideces provenientes de mimetismos de otras culturas (p.e. de los EUA), de los ensayos clínicos o de las experiencias negativas del mundo judicial.

Y, si el DCI es ocasión de diálogo médico-enfermo, su implementación en los hospitales también puede ser diálogo multidisciplinar, *in situ* sobre cómo llevarlo a la práctica, con qué circuitos y me-

(pasa a pág. 3)

sumario

El consentimiento informado en la clínica y sus documentos	1 - 3
Editorial	2
El debate ético en psiquiatría	4 i 5
Manifestaciones y Declaraciones (FCR)	6 i 7
Más allá de la noticia	8 i 9
Ética y trabajo social	10 i 11
Agenda	12

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 i Bartle
Miguel Martín Rodrigo
M. Pilar Núñez Cubero
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO
Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES
Marc Antoni Broggi
Ma. Angels Claramonte
Ma. Pilar Núñez-Cubero
Josep Ramos

IMPRESO EN:
Gráficas JIDER, S.A.

EDITADO POR:
Institut Borja de Bioètica,
Fundación Privada

Clonación: responsabilidad y regulación

La saludable alarma que ha provocado el éxito de la clonación de un mamífero con una técnica diferente a la división de células embrionarias, facilitándose así la clonación múltiple de un mismo individuo, es bienvenida así como también los beneficios potenciales que se pueden seguir con esta técnica. La alarma hace perentoria la necesidad de regulación de este nuevo poder sobre el ADN, principio vital de todos los seres vivos.

La Dra. Núñez explica el hecho y postula la necesidad de poner unos límites prudenciales a la técnica, dando una toque de atención a la responsabilidad social de los científicos, iniciativa que hace ya tres años tomó la *Fundació Catalana per a la Recerca*. Las tres declaraciones hechas hasta el momento en esta línea, las presentamos en este número.

El diálogo interdisciplinar, como metodología de trabajo, es elemento clave en las discusiones bioéticas, significándose con esto: primero, que no es posible tal diálogo si no hay competencia en una determinada disciplina de las que entran en diálogo (ciencias naturales, humanidades, economía, ciencias políticas, antropología); segundo, la voluntad de la escucha recíproca de manera que las partes que intervengan en el diálogo se puedan enriquecer de la competencia profesional de los representantes de diversas disciplinas; y tercero, autenticidad en los acuerdos, lo que hace imprescindible la fidelidad a las propias convicciones con la flexibilidad de reconsiderar críticamente sus fundamentos razonables.

Se tiene la pretensión de que, fruto del diálogo interdisciplinar, se facilitará la posibilidad de ir más allá de acuerdos estratégicos pudiendo llegarse a un consenso. La experiencia prueba también que, cuando las posiciones éticas tienen un marco referencial común, como puede ser el cristianismo en Europa, aunque sea alejado en la vivencia de los participantes en el diálogo, esta pretensión puede hacerse realidad. Debemos aceptar que aunque lo intentemos, hay cuestiones que se resisten a acuerdos por considerarse radicalmente importantes. Y el acuerdo entre diversas éticas, imposible. Esto se manifiesta en las discusiones sobre el estatuto del embrión humano incluso cuando todos están de acuerdo en que la persona no puede ser utilizada como medio para un fin.

Es el problema que tuvieron los miembros de un grupo de trabajo del Consejo de Europa que hace poco más de cuatro años se enfrentó con la tremenda responsabilidad de llegar a un convenio sobre bioética de ámbito europeo. *Bioética & Debat* presentó en su núm. 5 el redactado actual ya aprobado, que ha sido ratificado por los Estados miembros el día 4 de abril. Son de alabar los esfuerzos para llegar a acuerdos éticamente aceptables en muchos puntos. Pero, a pesar de los esfuerzos de la Comisión, se ha hecho evidente que hay posiciones irreductibles en temas tan fundamentales como el estatuto ontológico, ético y jurídico del embrión humano.

Allá donde la investigación embrionaria es necesaria para conseguir una finalidad (como sería el caso de intentar un clon humano) es imprescindible que la legislación determine los límites. Por eso la alarma de «Dolly» es bienvenida y *Bioética & Debat* celebra las iniciativas de los países en revisar las legislaciones en este sentido.

Pero no sería bueno que con el afán de impedir los abusos, disminuyeran las ayudas tan necesarias para I+D.

En este número hemos querido recoger también un artículo sobre los enfermos mentales crónicos, grandes sacrificados en los presupuestos sociales y de sanidad, y otro sobre trabajo social en el hospital, que es una bendición en muchos casos donde la ciencia no llega a curar y es necesaria la ayuda de los recursos sociales para hacer frente a los problemas planteados. Vocación de servicio y vocación profesional son dos de las condiciones «*sine qua non*» en un trabajo que da sentido a lo que llamamos atención integral.

(viene de pág. 1)
 diante qué formas. Es evidente que con el CI se cierra una etapa ancestral de paternalismo médico duro. Pero no se trataría de entrar repentinamente en una situación de simple contrato porque no es esta la esperanza de los enfermos (ni de los familiares).

■
El reto sería encontrar para los documentos y su firma formas flexibles y adaptadas que, a su vez, ayuden a la transformación que se pretende.
 ■

Por tanto, el reto sería encontrar para los documentos y su firma formas flexibles y adaptadas que, a su vez, ayuden a la transformación que se pretende y no resulten destructivos de ninguna demanda legítima.

Para este esfuerzo necesitamos imaginación. Por ejemplo, puede ser recomendable la confección en cada centro de una **hoja básica y abierta** (como nos dice el *Institut Català de la Salut*). Tiene la ventaja que puede utilizarse para un *CI puntual*, en un procedimiento circunstancial (un procedimiento diagnóstico, por ejemplo), y también para aquel *CI progresivo* fruto de un proceso de comunicación clínica que lleva a compartir una decisión más comprometedora (quirúrgica, por ejemplo). Al ser abierto, permite adaptarlo a diferentes procedimientos, incluso imprevistos, y unir diferentes consentimientos *encadenados* a un mismo fin (cirugía, anestesia, transfusión de sangre...) evitando una multiplicación molesta. Permite también una habituación gradual de los profesionales a esta

nueva práctica. Se ve además como una ayuda menos impositiva, en la que se indican apartados mínimos de cumplimentación, y cada unidad asistencial, cada médico, la usará como mejor crea, incluso sustituyéndolo.

Está claro que este documento básico y abierto deberá adjuntar en muchos casos una **hoja de información específica** más completa (cuaderno o vídeo), confeccionado por el servicio o la sociedad académica correspondiente. Por ejemplo, la información de una exploración invasiva puede ser pensada por dos servicios que estén de acuerdo, el que lo indica y el que lo realiza.

En cuanto a la cantidad de información que debe contener, hay que aceptar que no hay ningún límite establecido ni puede haberlo, porque varía en cada situación. Debe preferirse un límite ético, fundamentado en las necesidades concretas de cada enfermo, antes que una seguridad defensiva ilusoria. Tal como señala la jurisprudencia, debe ser *simple, aproximativa, inteligible y leal* en los riesgos; y debe ser específica, sobre todo por lo que se refiere a los riesgos personalizados.

■
En cuanto a la cantidad de información que debe contener, hay que aceptar que no hay ningún límite establecido ni puede haberlo, porque varía en cada situación.
 ■

Una comisión de ayuda (o el Comité de Ética Asistencial si existe) puede estar a disposición de los profesionales del centro para ayudar a adaptar los documentos,

a colaborar entre servicios, a analizar límites (urgencias, capacidad, etc...) y consecuencias; ayudar a construir esta **nueva cultura** que se está, que estamos, propiciando.

Se trata de aprender a poner de acuerdo la ley y nuestras características, es decir, derechos y necesidades. La calidad asistencial y la seguridad de los profesionales precisan que se preserve este nuevo derecho general de los enfermos, pero también, y a la vez, que se respete la necesidad básica de ayuda de cada uno, siempre primordial y siempre personalizada.

MARC ANTONI BROGGI

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA
 HOSPITAL UNIV. GERMANS TRIAS I PUJOL

(1) Ley de 25 de abril 1986, núm. 14/86 General de Sanidad.

Art. 10.6 «*Todos tienen derecho... A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:*

a) *Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.*

b) *Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.*

c) *Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.»*

El debate ético en psiquiatría

En los últimos años se han hecho muchos esfuerzos para consensuar normas y códigos éticos que delimiten un marco de referencia para las conductas de los profesionales, especialmente en la medicina. La psiquiatría no ha sido ajena a este proceso y debemos admitir que la preocupación por la protección de los enfermos mentales, al menos en aspectos como el internamiento y la experimentación, se incluye en la mayoría de códigos generales del ámbito médico. (1) (2)

Se sabe que las decisiones éticas en medicina deben apoyarse en dos aspectos fundamentales: en primer lugar la clínica, y después, el análisis metodológico de los conflictos de valores en juego. De la calidad de cada una de estas dos aproximaciones, y de la integración de ambas en la situación concreta, se derivará el resultado final de la decisión. Por ello, es en el terreno del caso concreto, en la particularidad del sujeto y sus circunstancias, donde los límites y las excepciones a las normas generales hacen más difíciles las decisiones.

El ámbito de la psiquiatría contiene muchos de estos problemas fronterizos, y necesita construirse desde el caso individual, y por tanto desde una frágil relación médico-paciente.

El ámbito de la psiquiatría se identifica con esta excepcionalidad porque justamente contiene muchos de estos problemas fronterizos, y porque -de alguna forma-

necesita construirse desde la radicalidad del caso individual, y por tanto desde una, a menudo, frágil relación médico-paciente. Algunos de los problemas que presenta el debate ético en psiquiatría pueden ser comunes a otras especialidades de la práctica médica, pero a veces la alta frecuencia de situaciones en las que se debe cuestionar el principio de autonomía, y algunas limitaciones epistemológicas de las disciplinas que constituyen el saber psiquiátrico, añaden una complejidad específica. Tampoco podemos despreciar, en nuestro análisis, los patrones sociales todavía imperantes respecto de las actitudes ante la enfermedad mental grave y la consideración de peligrosidad con la que, con frecuencia, se ve a quienes sufren cierto tipo de trastorno. Estos factores, ligados al imaginario social de la enfermedad mental, forman parte de nuestra cultura, y por tanto de la realidad asistencial en la que se toman decisiones, orientándolas indefectiblemente hacia el incremento de los elementos de control en el sujeto enfermo.

En esta primera exposición, forzadamente general, sobre los problemas éticos de la psiquiatría, conviene situar claramente algunos de estos factores que constituyen los límites del campo de intervención, evidentemente desde el punto de vista del autor.

1. La falta de conciencia de enfermedad en muchos casos de Trastorno Mental Severo, y asociado a esto, la frecuencia de riesgo para sí mismo o para otros, en las situaciones agudas que sufren

algunas personas. Este es un hecho primordial que limita la autonomía del sujeto y cuestiona su competencia mental para determinadas decisiones.

2. La variabilidad de la clínica psiquiátrica entre individuos con un mismo diagnóstico, incluso en una sola persona a lo largo de su evolución, puede hacer que determinadas decisiones, en un momento adecuadas, dejen de serlo poco después. Esta idiosincrasia del enfermo mental, obliga a tener en cuenta la alta movilidad del grado de competencia mental, lo que puede hacer más «*subjetiva*» su evaluación.

Factores que constituyen los límites del campo de intervención en psiquiatría:

- ✓ *falta de conciencia de enfermedad,*
- ✓ *variabilidad de la clínica psiquiátrica,*
- ✓ *coexistencia de modelos teóricos diversos,*
- ✓ *papel representativo de la familia,*
- ✓ *función social de la psiquiatría.*

3. La coexistencia de modelos teóricos diversos, y posicionamientos a veces radicalmente diferentes del dilema mente-cerebro, pueden crear ciertas dificultades de diálogo entre los psiquiatras, especialmente cuando la práctica asistencial se sitúa lejos de los modelos integradores. Las limitaciones epistemológicas también se relacionan con la ausencia de signos clínicos en psiquiatría, y con la dificultad de organizar terapéuti-

camente la subjetividad de la relación entre el profesional y el paciente. Todo esto comporta una cierta variabilidad entre evaluadores, cuando se va más allá del diagnóstico.

4. El papel representativo de la familia resulta en ocasiones problemático, especialmente cuando aparecen conflictos de intereses entre ésta y el paciente. Muchos factores pueden inducir a estos tipos de conflicto, pero en todo caso, la atribución representativa que nuestro entorno cultural concede a la familia (3) puede verse afectada por estas dificultades, las cuales podrían invalidar la función de subrogado que han de ejercer en situaciones de competencia mental disminuida.

5. La función social de la psiquiatría y la organización asistencial comportan también problemas. Algunos diagnósticos psiquiátricos se asocian todavía a profundos prejuicios morales, discriminando a los enfermos mentales respecto de los derechos más elementales. Por otra parte, la elevada frecuencia de presentación de síntomas graves acompañada de baja competencia mental, obliga a realizar muchos tratamientos forzosos (4), de manera que la sensibilidad necesaria para atender los requerimientos de autonomía del paciente, puede verse afectada. Así, aquello que en la práctica médica es teóricamente una excepción -decidir en nombre del paciente-, en psiquiatría se puede convertir en una norma.

El debate ético en psiquiatría debe partir necesariamente del hecho central de la competencia mental disminuida, que forma parte de la misma enfermedad mental grave, tanto en la presen-

tación crónica como -todavía más- en las formas agudas. Este «camino de la autonomía reducida» (5) necesita ser evaluado profesionalmente, y por ello son necesarios instrumentos (criterios y metodología apropiados), así como una formación específica. La competencia no es un concepto unívoco sino que está íntimamente relacionada con el tipo de decisión que se trate (rechazar un tratamiento efectivo y de poco riesgo requiere una competencia más elevada que aceptarlo). En psiquiatría, la variabilidad a que hacíamos referencia -entre personas con un mismo diagnóstico o en la misma persona a lo largo del tiempo- hacen aún más adecuados modelos de referencia dinámicos, en la línea propuesta, desde hace ya muchos años, por Drane. (6)

■
*El debate ético
en psiquiatría debe partir
necesariamente del hecho
central de la competencia
mental disminuida.*
■

En la tabla adjunta se pueden ver los que, a juicio del autor, se consideran los principales problemas éticos de la práctica psiquiátrica. Si los editores lo creen oportuno, *Bioética & Debat* podría ser una excelente plataforma para continuar profundizando en algunos de estos puntos. En Cataluña, la asistencia psiquiátrica necesita de esta reflexión para afrontar, con garantías de calidad, los fuertes cambios a los que ya se ve sometida.

JOSEP RAMOS MONTES

DIRECTOR MÉDICO
O.H.S.J.D.- SERVICIOS DE SALUD MENTAL
PRESIDENTE DEL C.E.A.

TABLA

Principales problemas éticos en psiquiatría:

1. La evaluación de la competencia mental y el consentimiento informado.
 - ✓ Derecho al tratamiento.
 - ✓ Derecho al rechazo del tratamiento.
 - ✓ La responsabilidad jurídica en los enfermos mentales.
2. La restricción de la libertad como medio terapéutico.
 - ✓ Tratamientos forzosos.
 - ✓ Hospitalización involuntaria-judicial.
 - ✓ Aislamiento y uso de contención física.
3. Confidencialidad y secreto profesional.
4. El enfermo mental de larga estancia (paternalismo vs. autonomía).
5. La experimentación con enfermos psiquiátricos.

Bibliografía:

- (1) Se pueden revisar las Declaraciones de Helsinki (1964) y Hong-Kong (1989), de la Asamblea Médica Mundial. También la Declaración de Hawaii (1977) de la Asociación Mundial de Psiquiatría y el conocido Informe Belmont (1978).
- (2) Proyecto de Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina, del Consejo de Europa (1996).
- (3) Sainz, A. Quintana, O. Sánchez Caro, J.: "La información médica: el consentimiento informado. Fundamentos éticos y legales". *Rev. Calidad Asistencial* 1994; 2: 68-71.
- (4) Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales. Ginebra, 1991.
- (5) Beauchamp, T.L., Mc Cullough, L.B. "Ética Médica". Labor. Madrid, 1987.
- (6) Drane, J. "The many faces of competency". *The Hasting Center Report*, Abril, 1985.

Manifestaciones y Recomendaciones

FUNDACIÓ CATALAN

MANIFIESTO: BASES PARA LA INTERACCIÓN ENTRE LA CIENCIA Y LOS VALORES HUMANOS.

Conscientes de la importancia de las repercusiones de los avances científicos en la sociedad, los miembros de la «Comisión Ciencia y Sociedad» de la *Fundació Catalana per a la Recerca*, **MANIFESTAMOS**:

1. La ciencia va en busca del conocimiento objetivo del mundo en nuestro entorno y en nosotros mismos. Se basa en la observación, la experimentación y la confirmación de estas observaciones y experimentaciones.

2. Las leyes científicas que se han encontrado son universales. Por tanto, a causa de su objetividad y universalidad, la ciencia tiene un sistema de valores intrínsecos que podríamos denominar ética científica. Todos aquellos que la transgredan son automáticamente excluidos o marginados del estamento científico.

3. La fragmentación del conocimiento hace necesario el diálogo interdisciplinar y transdisciplinar, con el fin de construir la sociedad que queremos y que asegure lo que es «humano» en un mundo plural.

4. La autonomía de las ciencias es, hoy, un hecho admitido que conviene subrayar en el momento en que se hable de interdisciplinariedad, ya que cada ciencia tiene que mantener la metodología propia de trabajo y principios en interacción, que no confusión, con otras ciencias.

5. El rigor científico es inherente al saber hacer de la ciencia, en cuanto a observación, experimentación y posibilidad de repetir. El carácter de universalidad y de comunicabilidad es elemento constitutivo de la ciencia, que siempre tiene que tener en cuenta la dignidad de la persona, a la cual se subordina el progreso de la misma ciencia.

6. Por ello es imprescindible respetar la libertad de investigación con el límite que supone, solamente, el respeto de los Derechos Humanos y las posibilidades históricas, culturales, sociales y económicas.

7. En este ámbito se sitúa la orientación de la búsqueda científica en un momento histórico determinado, si bien es cierto que, en la búsqueda de lo que conviene más para la humanidad, no se puede dejar sólo a un grupo de especialistas (científicos y humanistas); pero también es cierto que estos no pueden ser excluidos en el momento de priorizar la asignación de recursos.

8. Es deber y responsabilidad de los científicos dar a conocer, con independencia de criterio, lo que se considera más importante en un momento determinado.

9. La responsabilidad del científico ante la misma ciencia y la sociedad a la que sirve, es más grande en nuestro mundo en que las opiniones del público en general quedan condicionadas por la velocidad de las comunicaciones.

10. Un grupo de científicos y humanistas pueden ayudar, como grupo de opinión, a formular las líneas de búsqueda que sean adecuadas para el bien común. La interacción entre científicos y humanistas es importante en la jerarquización de valores en nuestro mundo y cada vez lo será más.

Noviembre, 1994.

MANIFIESTACIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes en el programa de estudio sobre la responsabilidad social de los científicos, que impulsa la «Comisión Ciencia y Sociedad» de la *Fundació Catalana per a la Recerca* **MANIFESTAMOS** que:

La Ciencia y la Técnica, al lado de otras instituciones y profesiones, tienen una función importante en la transformación continua de la realidad social, para avanzar en los proyectos e ideales de una sociedad democrática, más justa, más culta y más rica.

La contribución de los científicos y técnicos a la sociedad, además de la que les corresponde como ciudadanos, se hace desde la búsqueda, el trabajo especializado y la docencia. Queremos resaltar que debe hacerse en diálogo con toda la sociedad, sus instituciones políticas, económicas, sociales y culturales.

Este diálogo entre la Ciencia y la Sociedad es cada vez más amplio y necesario, y requiere actitudes razonadas, no dogmáticas y abiertas.

La profesionalidad de los científicos, técnicos y docentes exige una preparación, un trabajo y una creatividad muy intensos. Cada vez es más evidente que debe integrar la visión humanística de la realidad social conjuntamente con las responsabilidades éticas y sociales.

Con el fin de afrontar individualmente y colectivamente el futuro, de profundizar los planteamientos profesionales y fomentar un diálogo con la sociedad que sea fructífero, hacemos, a las comunidades de científicos y técnicos, a todos sus miembros y a todas las instituciones, las siguientes **RECOMENDACIONES**:

1. Que profundicemos los estudios y las investigaciones sobre los efectos positivos, negativos o simplemente transformacionales que, a corto y a largo plazo, tienen nuestras actitudes, nuestros conocimientos científicos y los resultados de nuestras investigaciones, en los aspectos culturales, sociales y económicos de la sociedad.

2. Que profundicemos nuestro conocimiento sobre las limitaciones epistemológicas y prácticas de las teorías científicas; sobre los significados no científicos, trascendentes y hasta míticos que muchas veces adquieren socialmente la ciencia, y sobre las funciones que tienen otros principios socialmente necesarios, como los éticos y humanísticos.

3. Que estemos atentos a los progresos de la filosofía, la ética, las ciencias sociales y, en general, de todas las ciencias humanas, que influyen en la visión general de la realidad y de la sociedad, y que inciden en el propio trabajo científico.

4. Que estemos atentos a todos los problemas sociales y que aportemos, cuando sea necesario, nuestros conocimientos y nuestras investigaciones teóricas o prácticas a la sociedad, para ayudar a entenderlos y para contribuir a resolverlos.

5. Que, en las exigencias y características profesionales, sumemos al conocimiento y a la creatividad los valores humanísticos de responsabilidad social, y que divulguemos la Ciencia en todas estas dimensiones.

Noviembre, 1995

de la Comisión «Ciencia y Sociedad»

PER A LA RECERCA

MANIFIESTACIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes en el Seminario permanente sobre la responsabilidad social de los científicos y técnicos, que organiza la *Fundació Catalana per a la Recerca* como conclusiones de la Jornada de Trabajo realizada en Barcelona el 26 de Septiembre de 1996

MANIFIESTAN

En el final del segundo milenio, el progreso en la investigación científico-técnica y la conciencia democrática exigen que la formación de los profesionales en ciencias y en tecnología tiendan a armonizar dos objetivos que deben considerarse complementarios y, así, igualmente deseables: la competencia profesional y el sentido de responsabilidad social en el ejercicio de esta competencia.

Ello significa que técnicos y científicos, a la vez que se preparan con todo rigor para participar activamente en los avances y transformaciones de los conocimientos que cultivan, también deben saber dar respuesta a los retos privados y públicos que se deriven.

La responsabilidad de promover esta preparación recae en todas las organizaciones, instituciones y centros de investigación que preparan o actualizan la formación de los profesionales científicos y técnicos. En particular, recae en las Universidades, que deben servir estos objetivos tanto a través de la formación básica y permanente como a través de la especialización y la investigación.

Es con este espíritu, que los participantes en el Seminario

RECUERDAN

Que la formación de los científicos y técnicos se recorta de manera injustificada si se reduce a un mero adiestramiento intelectual y si se quiere presentar como una transmisión de conocimientos pretendidamente neutrales, sin connotaciones ideológicas (epistemológicas o filosóficas) o sin implicaciones éticas.

Y RECOMIENDAN

1. Que los centros de preparación de técnicos y científicos potencien, en la remodelación de los planes de estudios, nuevos programas y materias con conocimientos que den una visión más amplia de los diversos aspectos técnicos y sociales de la profesión, que incluyan enseñanzas de epistemología y de historia de la ciencia e, incluso, que se superen los que son estrictamente necesarios para el ejercicio profesional.

Sólo así se podrá huir de una concepción de la profesión entendida como una simple aplicación mecánica e irreflexiva de métodos preestablecidos. Sólo así podrán continuar siendo ciudadanos útiles e ilusionados a pesar de los inevitables cambios profesionales y sociales.

2. Que los centros de preparación de técnicos y científicos potencien unas formas de enseñanza y aprendizaje que favorezcan la adquisición de actitudes abiertas, reflexivas y críticas.

Sólo así se podrá evitar que los profesionales se vean a sí mismos como instrumentos que ejecutan programas, proyectos y acciones de las que no son responsables. Sólo así podrán descubrir ciertamente el carácter creador de la investigación científico-técnica, siempre sujeta a alternativas, a opciones y a elecciones intencionadas.

3. Que los centros de preparación de técnicos y científicos potencien procesos de formación en grupo, para que los formadores y los estudiantes en formación o reciclaje no sólo compartan conocimientos e información, sino que también puedan debatir criterios, discutir alternativas y reflexionar sobre los resultados y las consecuencias del proceso vivido conjuntamente en un diálogo entre profesores y profesionales.

Sólo así, los alumnos podrán descubrir que los maestros son algo más que manuales, y los maestros podrán descubrir alumnos, discípulos y colaboradores donde pensaban que sólo había escolares anónimos o espectadores pasivos.

El Seminario permanente sobre la responsabilidad social de los científicos y técnicos se compromete a presentar una serie de conclusiones específicas y detalladas, que desarrollen estas recomendaciones generales y sobre todo que reflejen las numerosas aportaciones y conclusiones de la jornada de trabajo mencionada.

Octubre, 1996.

Subscriben los anteriores textos las siguientes personas e instituciones: Francesc Abel, Joan Albaigés, Josep Amat, Jaume Bertranpetit, Oriol de Bolós, Eduard Bonet, Jesús Carreras, Enric Casassas, Josep A. Casco, Josefina Castellví, Ángel Castiñeira, Jacint Corbella, Albert Dou, Mercè Durfort, Josep Egozcue, Josep Ma. Esquirol, Jordi Font, M. García Doncel, J.A. García Durán-de Lara, Ricard Guerrero, Jordi Isern, Artur Juncosa, Josep Ma. Lozano, Joan Miró, Jaume Pagès, Josep A. Plana, Montserrat Ponsà, Albert Serratosa, J.Ma. Terricabras, Llorenç Valverde, Joan Vilà. Univ. Barcelona, Univ. Autònoma de BCN, Univ. Polit. Catalunya, Univ. Pompeu Fabra, Univ. Ramón Llull, Univ. Lleida, Univ. Girona, Univ. Rovira i Virgili, Univ. Illes Balears, Univ. Oberta Catalunya, Institut d'Estudis Catalans, Inst. Estadística Catalunya, Comissionat per Univ. i Recerca, Centre d'Invest. i Desenvolup., Inst. Ciències del Mar, Fund. Catal. Recerca, ESADE, Inst. Borja de Bioètica, Inst. Estudis Espacials Catalunya, Inst. Tecnologia i Modelització Ambiental, Fund. Joan Oró.

(*) A nivel del Estado Español, cabe hacer mención del denominado *Manifiesto de El Escorial*, que contiene las conclusiones de un colectivo de científicos después de los debates mantenidos sobre esta materia en la Universidad de Verano de El Escorial (verano 1996). Este manifiesto fue dirigido al Rey de España, al Gobierno, a las autoridades científicas y a la opinión pública en general.

El caso de la oveja «Dolly»

El lunes, 24 de febrero de 1997, toda la prensa se hacía eco de la noticia de una oveja clónica, nacida hace 7 meses, a partir de una oveja adulta, a la se que llamó «Dolly».

Durante más de dos semanas la prensa ha venido repitiendo en una imparable «cacofonía», diversos y dispares comentarios en relación con la oveja «Dolly». Quisiera resaltar dos grupos de las opiniones recogidas y aportar desde ellas una reflexión ética.

1) *La importancia de Dolly.*

Los días que siguieron al anuncio de Dolly, diversos científicos informaban sobre otros animales clonados con anterioridad (ovejas, cerdos, monos, ratones...) pero la noticia no pasaba de ser una simple información.

¿Qué tenía Dolly de sorprendente para no perder el primer puesto?. Podríamos esgrimir los siguientes argumentos:

✓ Se sabía que el mundo científico trabajaba en la clonación de animales para mejorar las *estirpes* o favorecer aquellos cuya producción fueran más útiles al hombre (p. e. obtención de alguna sustancia o medicamento).

✓ Estas clonaciones se habían hecho siempre a partir de una *célula germinal* (óvulo), de un *zigoto* (óvulo fecundado), de algún *embrión* o incluso de una *blastómera* (célula obtenida de las primeras divisiones del zigoto).

✓ El origen de Dolly era diferente, es el primer animal clonado a partir de una célula somática (célula mamaria en este caso) y adulta.

✓ El proceso consistió en «im-

Científicos británicos consiguen el primer mamífero clónico a partir de una oveja adulta.

La carga genética de una célula de la ubre de una oveja sustituyó a la de un óvulo de otra y, de éste, nació un animal idéntico al primero.

(La Vanguardia, 24 de febrero de 1997)

Un equipo de científicos de Edimburgo logra producir la primera oveja clónica: científicos escoceses del Instituto Roslin de Edimburgo han logrado desarrollar, por primera vez, una oveja clónica tras extraer una célula de la ubre de una hembra de la especie y unirlo con un óvulo con el que inseminaron a otra oveja.

(El País, 24 de febrero de 1997)

plantar» la carga genética del núcleo de una célula mamaria de la oveja nº 1 en un óvulo de la oveja nº 2, desprovisto de su carga genética. Y este óvulo así fecundado (*zigoto*) se implantó en el útero de la oveja nº 3, para su desarrollo embrionario y fetal, proceso que culminó con éxito tras numerosos intentos, en la oveja nº 4, Dolly, idéntica a la primera ya que su carga genética total es idéntica a la de aquélla.

El gran paso de Dolly era su clonación a partir de una célula somática y adulta, lo que parece acercar al científico a la posibilidad de clonación de la especie humana.

A partir de ahí todas las especulaciones imaginarias posibles (clonar personajes muertos...) han saltado a la prensa como queriendo introducir a la especie humana en una mecánica de «ciencia-ficción».

2) *La reacción de los políticos, responsables religiosos, y de los mismos CIENTÍFICOS.*

Todos ellos apelando al sentido de responsabilidad ante los ries-

gos y desvíos que podrían seguirse para la especie humana de la utilización de estas técnicas.

El gran paso de Dolly era su clonación a partir de una célula somática y adulta, lo que parece acercar al científico a la posibilidad de clonación de la especie humana.

Muchos son los que creen, hoy día, que la clonación humana se está intentando en algunos laboratorios. Las afirmaciones que leemos en los periódicos: «*Políticos y científicos piden que la clonación humana se prohíba en todo el mundo*» (La Vanguardia, 26 febrero) parecen una especie de «sacudida» que hiciese tomar conciencia a los científicos de la inversión de la escala de valores que introduciría la clonación humana poniendo el hombre al servicio de la tecnociencia, en lugar de mantener la tecnociencia al servicio del hombre. Se habría violado el principio de coherencia.

Una ley que prohíba la clonación humana en todo el mundo parece la mejor manera de que intereses personales de vanguardia en la investigación puedan quedar enmarcados.

Así las cosas, se impone una reflexión ética.

Reflexión ética

La investigación es necesaria y buena si se pone al servicio del hombre. Y además, su desarrollo es siempre creciente, es atributo del hombre la sed de saber y dominar, función que puede ejercer con largueza en el mundo de los animales y plantas, por tener poder sobre ellos. Pero cuando la investigación se centra sobre el hombre mismo, es el investigador quien tiene que establecer sus propios límites en función del principio universalmente aceptado del *respeto a la dignidad humana*, secundado por el principio de responsabilidad hacia las generaciones futuras (H. Jonas).

La clonación de la especie humana denotaría:

1) **Manipulación**, repetición e identidad, frente a la originalidad, unicidad y diversidad de un nuevo ser concebido en el amor.

2) **Utilización** si se realiza un ser clónico idéntico como «donante» para su isohomónimo en caso de tumores susceptibles de trasplantes o injertos, o como «sustitución» de un ser querido.

3) **Instrumentación**, para conseguir seres idénticos a los mejores políticos, sabios, detectives...

4) **Discriminación**:

* **positiva** o selección preferente de los seres clonados en virtud de sus características.

* **negativa** excluyendo aquellos

países que no podrían tener por clonación los mejores seres humanos, lo que agravaría el problema Norte/Sur, Este/Oeste.

5) **Justicia**, dedicando fondos de cuantía a una investigación de este tipo, en perjuicio de los fondos, siempre escasos, para tratamientos costosos de pacientes en estado de necesidad.

Todos estos aspectos son contrarios al respeto de la dignidad de la persona humana que debe ser considerada como un fin en sí misma y no como un medio.

Es cierto que quienes así consideran los supuestos beneficios de la clonación no pueden olvidar dos escollos: uno todavía no conocido, lo que representaría para el ADN -como ventaja o como empobrecimiento- esta clonación o «repetición» y un segundo escollo, insalvable, ya que la persona no es solo su carga genética sino, «el yo y sus circunstancias», y aún cuando los caracteres genéticos fueran idénticos, la personalidad podría no serlo, al ser cambiantes las situaciones en el tiempo y en las circunstancias. La Historia no se repite a lo más parece asemejarse.

■
*Aún cuando los
caracteres genéticos fueran
idénticos, la personalidad
podría no serlo, al ser
cambiantes las situaciones
en el tiempo y en
las circunstancias.*
■

Una última cuestión, dejando aparte otras muchas, sería la **limitación o control** de estas investigaciones. Para estar seguros de que nadie cruza el *Rubicón* de estas técnicas, políticos, científicos, asociaciones nacionales e in-

ternacionales deben formular en Leyes y Códigos los límites de esta investigación, disminuyendo, incluso, los presupuestos y ayudas para ello, pero además se debería impulsar una **educación a los valores auténticos** en las distintas fases de los proyectos educativos e incluso a nivel de la sociedad en general. Que no quede en el aire una pregunta lanzada en una reunión de Londres, organizada por Lord W. Kennet en enero de 1994: *¿en qué sociedad vivimos que elimina (aborta) los fetos de los niños que no quiere y utiliza sus óvulos (podríamos decir en el tema que nos ocupa, que «clona») para producir los fetos de los niños que quiere?*

MA. PILAR NÚÑEZ-CUBERO

GINECÓLOGO
MASTER EN BIOÉTICA

Ética y trabajo social

La primera idea que quiero transmitir al escribir este artículo es la necesidad de presentar «eso que hacemos» los trabajadores sociales que, a diferencia de otros profesionales, todavía podemos ser desconocidos para algunos sectores de la sociedad que no han tenido necesidad de contactar con nosotros ni a nivel particular ni profesionalmente.

El trabajo social es «aquella actividad profesional de los diplomados en trabajo social consistente en ayudar a las personas y a los grupos a resolver los problemas sociales que les afectan, a satisfacer las necesidades que sufren y a desarrollar las capacidades que les permitirán, mediante el uso o la promoción de los recursos adecuados, para tener una mejor calidad de vida y bienestar social» (1).

■
*El trabajador social
es consciente que trabaja
con y para
los seres humanos.*
■

El trabajador social es consciente que trabaja con y para los seres humanos. Sólo cabe recordar las palabras del profesor J. García Roca «la grandeza del trabajo social está en el trato a las personas» (2), por tanto se puede deducir la importancia y casi diría la evidencia de que la conducta ética es imprescindible si queremos ser fieles a la idiosincrasia de nuestra profesión.

Desde los años 50 la profesión en España ha ido asimilando como principios básicos una serie de valores que dan una nueva dimen-

sión en la forma de ayudar a las personas o grupos con carencias o dificultades como son:

✓ *El respeto a la dignidad de la persona*, entendiéndolo al hombre como sujeto de derechos y deberes, poseedor de un valor intrínseco que no pueden rebajar ni la pobreza, ni la ignorancia ni ninguna miseria material o moral que le afecten.

✓ *La autodeterminación* entendiéndola como el derecho que tiene la persona de decidir por ella misma, la alternativa de actuación para realizar su fin.

✓ *La individualización* como forma de captar la peculiaridad de cada persona o grupo y de evitar la tendencia de catalogar los problemas y etiquetar a las personas (no atendemos drogadictos o marginados, sino a personas que sufren dependencia de las drogas, personas aisladas i/o desvinculadas de su entorno familiar, de trabajo, etc).

✓ *La aceptación de la persona tal como es*, sin juzgar la responsabilidad que pensamos pueda tener en una situación concreta. No podremos ayudarla si no somos capaces de aceptarla.

Estos principios constituyen todavía hoy en día la base para una educación ética propia del trabajo social. Según L. Graziossi el trabajo social ha sido considerado históricamente como una profesión con implicaciones éticas por las siguientes razones:

* por las situaciones humanas que son su objeto,

* por lo íntimo y a veces comprometido de sus funciones,

* por la multiplicidad de circunstancias y problemas que ha de resolver y afrontar,

* por las consecuencias que pueden derivarse de su ejercicio en el orden personal (3).

■
Principios:
*«respeto a la dignidad de la
persona»,
«autodeterminación»,
«individualización» -como
forma de captar la
peculiaridad de cada
persona o grupo-
«aceptación de la persona
tal como es».*
■

Según el prof. F.J. Bermejo, la ética profesional incluye tres dimensiones: la dimensión teleológica, la deontológica y la pragmática.

La **dimensión teleológica** se refiere al «bien intrínseco» que pretende conseguir la profesión con su práctica. Este autor afirma que tan sólo los que han reflexionado sobre la finalidad de lo que hacen, podrán realizar un «trabajo éticamente cualificado». Propone una aproximación a la finalidad del trabajo social indicando que «*todos aquellos que se dediquen a esta tarea buscan la construcción de una sociedad en la que cada individuo pueda dar el máximo de sí mismo como persona, y en el intento de remover los obstáculos sociales que impiden su realización*».

La **dimensión deontológica** se expresa en los códigos de ética profesionales que pretenden regular las diversas implicaciones que tiene la conducta del profesional.

Incorporan dos niveles diferentes, por un lado establecen *los principios generales* que sirven para guiar la conducta de los profesionales, y por otra *las normas* que explicitan aquello fijado por los principios generales en cada una de las áreas en las que se desarrolla la práctica profesional (4).

■
*La ética profesional
incluye tres dimensiones:
la dimensión teleológica,
la deontológica y
la pragmática.*
■

En España no existe un código de ética para trabajadores sociales elaborado y aceptado a nivel de todo el Estado. Existe como modelo de referencia el documento «*La ética del Trabajo Social. Principios y Criterios*» aprobado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales celebrada en Colombo, Sri Lanka, del 6 al 8 de Julio de 1994, que integra el «*Código Internacional de Ética Profesional para el Trabajador Social*» aprobado por la misma Asamblea en Puerto Rico el 10 de Julio de 1976 y la «*Propuesta de Declaración sobre los Principios Éticos del Trabajo Social*» presentada en Buenos Aires en 1990.

El Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Cataluña, aprobó en Mayo de 1989 el primer *Código de Ética* de aplicación en esta Comunidad Autónoma y publicado en el Estado Español. Este se divide en cinco capítulos que hacen referencia a la responsabilidad ante los clientes, la entidad para la que uno trabaja, los colegas, la sociedad y la actuación del asistente social como profesional.

La **dimensión pragmática** se

refiere a cuando el profesional pretende concretar en su praxis las dimensiones teleológica y deontológica descritas anteriormente. Las limitaciones propias de cualquier artículo no me permiten profundizar en esta dimensión, pero al menos señalar que en la práctica diaria es donde nos encontramos con los dilemas éticos, algunos de los cuales tiene que ver con el sector de población que es objeto de nuestro trabajo (los niños, las personas disminuidas, las personas mayores, los transeuntes, los enfermos mentales, las personas con hábitos tóxicos, las personas privadas de libertad, etc).

■
*La aportación del
Método de la Bioética
como facilitador del
aprendizaje en la
toma de decisiones
puede ser un paradigma
útil y aplicable
al trabajo social.*
■

Para ayudar a la reflexión de los dilemas éticos que nos podemos encontrar considero que la aportación del Método de la Bioética como facilitador del aprendizaje en la toma de decisiones puede ser un paradigma útil y aplicable al Trabajo Social, traspasando el ámbito médico para incorporarse al debate social y profesional en general.

MA. ÀNGELS CLARAMONTE

DIPLOMADA EN TRABAJO SOCIAL

Bibliografía:

(1) SITJA, M. "Terminología dels assistents socials". Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña. Barcelona, 1988.

(2) GARCÍA ROCA, J. "La identidad profesional de los trabajadores sociales". Conferencia pronunciada en la Universidad Pontificia de Comillas, 11 de mayo de 1995.

(3) GRAZIOSSI, L. "Códigos de ética del servicio social". Humanitas. Buenos Aires, 1978.

(4) BERMEJO, F.J. et. al. "Ética y Trabajo Social". Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 1996.

Otros documentos de trabajo:

* BIESTEK "Las relaciones de Casework". Aguilar. Madrid, 1966.

* Revista de Treball Social, Núm. 112. Barcelona, 1988.

* Código de Ética de los Asistentes Sociales. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña. Barcelona, 1989.

* "La Ética del Trabajo Social. Principios y Criterios". Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España. Madrid, 1996.

✓ *Jornadas sobre "Ordenación Farmacéutica: presente y futuro de las oficinas de farmacia"*: organizadas por la Asociación "Juristas de la Salud" para los días 16 a 18 de Abril en A Coruña (Palacio de Congresos-Glorieta de América, s/n) Secretaría: Orzan Congres, S.L. Av. Primo de Rivera, 3 15006 A Coruña Telf. 981-24.72.00 Fax 981-24.79.08.

✓ *Congreso Mediterráneo: Tecnologías de la Información*: organizado por la Asociación Española de Empresas de Tecnologías de la Información para los días 23 a 25 de Abril en Barcelona (Centro de Convenciones Montjuïc-2) Secretaría: CIL'97-EUROMED. Telf. 34-3-415.41.11. Fax 34-3-415.55.56. E-mail difinsa@ibm.net.

✓ *I Reunión sobre aspectos éticos en medicina intensiva*: organizada por la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, para los días 24 a 26 de Abril en Madrid (Hospital Universitario de la Princesa, c/Diego de León, 62) Secretaría: Srta. Olga García, Hosp. Univ. de la Princesa, Telf./ Fax 91-401.68.08.

✓ *Curso "La filosofía a través del tiempo"*, impartido por el profesor Francesc Torralba i Rosselló los días 8 a 24 de Abril (martes y jueves) en los locales del CIC (Vía Augusta, 205) de Barcelona. Inscripciones: oficinas del CIC. Telf. 200.11.33.

✓ *Jornadas sobre "Apoyo emocional al enfermo de sida y elaboración del duelo"*: organizadas por el Centro de Humanización de la Salud para los días 6 a 8 de Julio en Sant Pere de Ribes-Barcelona (Hospital-Residencia San Camilo). Secretaría: Centro de Humaniz. de la Salud. Telf. 91-806.06.96. Fax 91-804.00.03.

✓ *International Conference «The Goals of Medicine: priorities for the future»*: organizada por The Hasting Center y Istituto Italiano per Gli Studi Filosofici para los días 19 a 21 de Junio en Nápoles (Italia). Secretaría: HC, Elm Road, 255. Briarcliff Manor, NY. 10510 USA.

✓ *International Conference on Aging in the 21th Century: An Interdisciplinary perspective*: organizado por The New York University School of Education at Katholieke Universiteit Leuven (Belgium) para los días 7 a 9 de Julio a Leuven (Bélgica). Secretaría: NYU School of Education, Center for Career Advancement, 82, NY 10003-6680. Telf. (212)-998-5090 Fax (212)-995-4923.

✓ *VI European Bioethics Seminar "Health Care Issues in Pluralistic Societies"*: organizado por The International Program in Bioethics Education and Research para los días 4 a 8 de Agosto en Nijmegen (Holanda). Secretaría: Bert Gordijn, Dept. of Ethics, Philosophy and History of Medicine. Catholic University of Nijmegen. P.O.Box 9101, 6500 HB. Telf. 31(0)24-361-53-20 Fax 31(0)24-354.02.54

bioètica & debat

CON LA COLABORACIÓN DE



FUNDACION MAPFRE MEDICINA