UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Los Postulados del Pensamiento Ético Occidental y su Influencia en las Concepciones Bioéticas del Siglo XX: Un Estudio de los Comités de Ética Asistencial en España

Dª. Flora Vera Escolar

2013

UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

LOS POSTULADOS DEL PENSAMIENTO ÉTICO OCCIDENTAL Y SU INFLUENCIA EN LAS CONCEPCIONES BIOÉTICAS DEL SIGLO XX: UN ESTUDIO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN ESPAÑA.

TESIS DOCTORAL

Flora Vera Escolar

DIRECTORES:

Dra. Dña. Mª José Torralba Madrid.

Dra. Dña. Juana Hernández Conesa.

Dr. D. José Diego García Capilla.

2013

Ningún descubrimiento se haría ya,

si nos contentáramos con lo que sabemos.

Séneca.

Tabula Gratulatoria

Las ciencias por su capacidad de autonomía, sustento académico y fuerza epistemológica, poseen principios que son puntos de referencia y dan paso a otros conocimientos, o fortalecen una idea.

La investigación en cualquier campo de las ciencias, permite descubrir, averiguar y dar explicaciones, atendiendo a un método y a un proceso sistémico que genera conocimientos constantes, que se van enriqueciendo con posteriores investigaciones.

De mi, investigadora, se espera sea capaz de aprender por mí misma, innovando, cuestionando críticamente con autonomía intelectual, de manera que la investigación, sea una tarea fundamental como profesional.

Por ello, para la consecución de esta investigación, de esta Tesis Doctoral, me ha sido necesaria la ayuda magistral de personas de reconocido prestigio en sus distintos campos de estudio. A todas ellas mi eterna gratitud.

He de acentuar las enseñanzas que he recibido de mis directores de Tesis: la profesora Mª José Torralba Madrid, el profesor José Diego García Capilla y la profesora Juana María Hernández Conesa, por

haberme hecho partícipe de su Saber. También debo a ellos las virtudes de este trabajo, cuyas limitaciones se deben exclusivamente a mi persona. Sin su generosidad intelectual, y sin su bagaje científico y universitario no hubiera sido posible la realización de esta Tesis Doctoral. Gracias siempre.

En cuanto a mi formación, debo un reconocimiento especial a los profesores de la Facultad de Enfermería de Cartagena, adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, por la que presento esta Tesis Doctoral. Asimismo, a los profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alicante, donde cursé mis estudios posgrado, a quienes debo el interés por el conocimiento prestado, capaz de generar inquietud por la búsqueda de verdades por descubrir.

Del mismo modo, he decir que sin los fondos proporcionados por la bases de Datos Digitales, nacionales e internacionales, así como los fondos de la Biblioteca de la Universidad de Murcia, la Biblioteca Nacional de Madrid, esta Tesis Doctoral carecería del rigor argumental necesario para elaborar su discurso científico. Deseo manifestar, especialmente, mi agradecimiento a Doña Pilar Sabater Lorenzo.

No pueden faltar unas palabras para todos los presidentes o representantes de los Comités de Ética Asistencial de la Región de Murcia, por su magisterio, D. Juan José Valverde Iniesta, D. Juan

Martínez Hernández, Dña. Mª Ángeles Navarro Perán, D. Francisco López Soriano, D. José Gómez Yelo, Dña. Teresa García García, D. Rafael Pacheco Guevara, D. Francisco Hernández Sánchez, Dña. Inmaculada Sánchez Martínez. Mi gratitud eterna.

A mi familia, que hasta ahora, y en palabras de Séneca, *esto basta para dulcificar todos mis dolores, no he hecho más que entregarme en manos de los sabios: siendo demasiado débil para defenderme por mí mismo, he buscado refugio en el campamento de aquellos que fácilmente defienden su cuerpo y sus bienes. Estos son los que me han aconsejado permanecer constantemente de pie, como centinela; prever todas las empresas y ataques de la fortuna mucho antes de que se realicen.*

A mis padres, Juan y Flora, porque me dieron lo más valioso que tiene la persona, la Vida.

A D. Juan Diego Cervantes Martínez, médico especialista, excelente clínico, padre de mis hijos.

A mis amigos, personas que he tenido la oportunidad de conocer y que son un regalo, que acuden en las adversidades sin ser llamados.

Y, a Marta y Mario, mis hijos, mis Ángeles de la guarda, como dice Séneca, *la fortuna ha dispuesto admirablemente a mis hijos para*

proporcionarme apoyo y deleite, con la capacidad de proporcionarme las mayores alegrías y los miedos más irracionales.

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN……...…..…1

CAPÍTULO I. LOS AXIOMAS HISTÓRICOS DE LA ÉTICA EN OCCIDENTE……..……....….…13

I.1.Del Mitos al Logos……..15

I.2. El ser humano como sujeto moral……20

CAPITULO II. GÉNESIS DE LA BIOÉTICA.....55

II.1. Asunciones ideológicas de la Bioética……..……73

II.2. Dimensión histórica-pedagógica de la Bioética en Enfermería y Medicina……...…….…..……94

II.3. La formación Bioética en Enfermería y Medicina a través de los Comités de Ética Asistencial….……..……105

OBJETIVOS……..……..139

HIPÓTESIS…..……....……...…143

MATERIAL Y MÉTODO…….....147

1. Material……..…...……...……...149

2. Método…….……...……..…..153

2.1 Método Hermenéutico……..…..……..…153

2.2 Método Jurídico…….……...…....……158

CAPITULO III. HISTORIA DE LOS COMITÉS DE ÉTICA EN ESPAÑA.....163

III.1. Los Comités de Ética Asistencial: epistemología e institucionalización…….....……...….177

CAPÍTULO IV. REGULACIÓN LEGISLATIVA DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL…….....189

IV.1. Regulaciones y documentos Internacionales relativos a Bioética…….....…….….193

IV.2. El Comité Nacional de Bioética……...……..…..……202

IV.3.Consejo Asesor de Ética Asistencial en la Región de Murcia……..…….219

CAPÍTULO V. FORMACIÓN BIOÉTICA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN ESPAÑA……241

V.1 Formación Bioética para los miembros de los Comités de Ética Asistencial en España ……..……244

CAPÍTULO VI. EL PROCEDIMIENTO DE DELIBERACIÓN COMO MÉTODO DE TRABAJO: *LA DELIBERACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES*…….....……255

CAPÍTULO VII. UN ESTUDIO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN LA REGIÓN DE MURCIA……..277

RESULTADOS Y DISCUSIÓN……..……..….303

Resultados…….……..305

Discusión…….377

CONCLUSIONES……...…….....……387

BIBLIOGRAFÍA……...…….…….……391

INDICE GRÁFICOS Y TABLAS…….……431

ANEXOS……...……...441

INTRODUCCIÓN

Desde su origen el ser humano pensó en el mundo en que vivía y en sí mismo, apoyándose en el *mito*[1], que proporciona una explicación y fundamento a las normas sociales, creencias y costumbres de los hombres.

Existe una significativa esencia en los griegos del pensamiento mítico-poético, entendiendo por *mito* a un relato de algo fabuloso que se supone acontecido en un pasado remoto y casi siempre impreciso. Es una de las primeras reacciones de la inteligencia frente la realidad, uno de los primeros intentos de explicación de la realidad. Es una forma de revelar lo misterioso, lo que no encuentra explicación. Mediante el mito, los griegos accedieron a una primera idea borrosa de la divinidad, constituyendo una verdadera cosmovisión colectiva que estaba presente tanto en la actividad estética como en la Ética y en la Política.

[1] El mito es el reflejo generalizado de la realidad en la forma de representaciones sensoriales, en la forma fantástica de seres animados. Los mitos son narraciones de hechos extraordinarios, generalmente referentes a los orígenes, lo que en la mentalidad primitiva significaba la explicación y justificación del orden social existente. En los mitos se recrean, mediante fábulas o ficciones alegóricas, van asociados a la actividad de seres sobrenaturales o de poderes excepcionales, y permiten la justificación de los valores, instituciones y creencias existentes ya en la sociedad. Los mitos le proporcionan un sentido tanto a los fenómenos de la naturaleza como los de la sociedad, ofrecen modelos ejemplares de comportamiento y generan valores. En cuanto que dan explicación de los fenómenos sociales, de las instituciones y de las diversas actitudes que los individuos deben tomar ante la vida, actúan como cohesionadores sociales y garantes del orden social. Puede afirmarse que los mitos reproducen de forma ideológica las bases de la misma sociedad que los engendra.

Posteriormente los hombres no se limitaron a pensar sólo en el mundo, sino que pensaron en el intelecto.

De esta manera, y dentro de unas relaciones sociales establecidas, un grupo de individuos comenzaron a cuestionarse a cerca de la fundamentación racional de las normas morales existentes, a través preguntas como ¿Qué es lo Bueno? y ¿Qué es lo Justo? , ya no aceptaron las respuestas basadas en la tradición Divina-Mitológica, fueron en búsqueda de una explicación basada en la razón, en principios demostrables argumentativamente. Este tipo de pensamiento se conoce como el paso del *mito al logos*[2], y como resultado se produjo el nacimiento de lo que llamaron Filosofía.

Progresivamente, las creencias míticas fueron sustituidas por el saber filosófico, es decir, por un conocimiento racional. Sin embargo, este tránsito del *mito al logos* no significó un corte abrupto. Lo más

[2] La palabra *logos* es una de las más ricas del vocabulario griego. En un principio significó palabra, o discurso. Más adelante adoptó el sentido de razón, aserción explicativa, juicio racional. ARISTÓTELES, Ética a Nicómaco. Cito según la traducción de CALVO MARTÍNES, J., Alianza Editorial, 2011. El concepto de logos procede de la palabra griega legein, que originariamente significaba hablar, decir, narrar, dar sentido, recoger o reunir. Se traduce habitualmente como razón, aunque también significa discurso, verbo, palabra. En cierta forma, pues, significa razón discursiva que muestra su sentido a través de la palabra. El paso del mito al logos se produjo cuando empezó a cobrar forma en las mentes de los hombres la convicción de que tras el caos aparente de los acontecimientos tenía que ocultarse un orden subyacente, y que este orden era el producto de fuerzas impersonales e inmanentes a ese propio mundo.

frecuente fue entrelazar estas dos manifestaciones del pensamiento. Este nuevo instrumento permitió a determinados grupos sociales transformar el orden social y las relaciones de poder. En esta nueva filosofía, la reflexión lógica y racional sobre el mundo permitía descubrir sus principios de funcionamiento y orden, con el propósito de justificar los nuevos valores morales.

El pensamiento filosófico surgió en la antigua Grecia[3], ante la necesidad de reordenar democráticamente la vida pública de la Polis. Fueron los griegos los primeros en plantearse en profundidad los grandes problemas que todavía preocupan al hombre moderno, y florecieron simultáneamente los fundamentos de las ciencias y de las artes.

[3] Debido a la conjugación de un conjunto de circunstancias, allí surgió un grupo social, conformado por campesinos individuales libres, artesanos y comerciantes, con poder económico suficiente como para desafiar el poder de la aristocracia esclavista terrateniente. Ese grupo social quería transformar las relaciones sociales, y para ello necesitaba deslegitimar los viejos valores morales, basados en el mito, y presentar nuevos valores basados no en la trascendencia divina, sino enraizados en los principios inmanentes del orden de las cosas. De ahí la nueva intención cognoscitiva, que se apartó de la solución de problemas prácticos inmediatos para preguntarse sobre el proceso mismo del conocimiento, para indagar sobre cómo se conoce, y qué quiere significar el acto mismo de conocer: un pensamiento teórico sobre la realidad como totalidad. Las luchas de clases que condujeron a la instauración de la democracia en la polis exigieron una reflexión de nuevo tipo sobre las normas y valores que legitiman y rigen las formas de acción de los individuos y las instituciones sociales. Semejante preocupación surgió por primera vez, y como resultado de esa lucha de clases, en las polei democráticas griegas.

Es por ello, que el Mundo Clásico es el punto de partida obligado para comenzar a estudiar la Historia del Pensamiento Filosófico del mundo occidental, tratando de comprender lo que hicieron los pensadores que investigaron antes sobre esta materia y escribieron largamente sobre ella.[4]

El pensamiento filosófico era pensamiento Ético y Político. Es decir, por primera vez las normas, los valores morales y los principios de ordenamiento de la vida pública, del poder y del Estado, se pensaron racionalmente. Pensar unas era, simultáneamente, reflexionar sobre las otras, conjugando el pensamiento Ético y el pensamiento Político. Así la preocupación Ética desde el inicio fue preocupación Política[5].

La Política (modo superior de vida social) estaba esencialmente interrelacionada con su marco conceptual que era la Filosofía (modo

[4] Camps, V. Breve historia de la ética. RBA Divulgación; 2013. 9

[5] Aristóteles definió al ser humano como zoon politiko, está señalando como rasgo definitorio del ser humano no es a una forma entre otras de actividad, sino a un modo de actividad superior a las anteriores. La política era la actividad social de la polis, forma superior de organización de la vida humana. El marco conceptual de la política era la filosofía, la preocupación ética. Para Aristóteles los griegos eran los únicos seres humanos verdaderos, pues a diferencia de los persas, egipcios, etc., eran capaces de establecer entre ellos relaciones regidas por la razón, y por lo tanto ser libres del despotismo, la ignorancia y la superstición. Sólo los griegos vivían en las polei, y por ende sólo ellos eran libres y racionales, condiciones que diferencian al ser humano de los animales. En sentido estricto, la política era la vida de la polis, el conjunto de formas de praxis sociales de la polis. Es preciso destacar esta idea: la política constituía para el ciudadano griego su horizonte de sentido. No vivir en una polis era, para un griego, no vivir civilizadamente, no tener una vida esencialmente humana. Aristóteles La política. Editorial Espasa Calpe. S.A. 1997

superior de pensamiento), donde la existencia de la *polis* generó la necesidad de pensar racionalmente en la nueva praxis social, la Política.

Es por ello, que el conocimiento de la Filosofía como Filosofía Política, representa un momento fundamental en la comprensión de la evolución de esta forma del pensamiento en Occidente[6].

Para construir esta Tesis doctoral se ha hecho necesario, estudiar los diversos momentos de la Historia del Pensamiento Filosófico, Ético y Jurídico, partiendo de las primeras especulaciones de la antigua Grecia, hasta llegar a la posmodernidad, tratando de comprender el "ideal político" presente en la Antigüedad, en el Medioevo, en la Modernidad y en la etapa Contemporánea, repensando, asimismo, e interpretando los postulados del Pensamiento Político. Para de este modo contextualizar a la disciplina Bioética, su epistemología y su institucionalización.

Señala Gracia:

> *La historia es el resultado de la interacción del ser humano con la naturaleza. La historia la hace el ser humano y la hace a partir de aquello con lo que encuentra, que es primeramente, la*

[6] Toledo, J. A. Pensamiento político. De la Antigüedad hasta la Modernidad. Tomo I. 2008. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/91781019/to-Politico-Tomo-i. Consultado 25/04/2012

naturaleza. La naturaleza tiene recursos, denominados recursos naturales. El hombre para vivir necesita convertir esos recursos en posibilidades de vida. De ahí, que las posibilidades sean siempre creaciones humanas. El ser humano crea las posibilidades a partir de los recursos, y de ese modo elabora la cultura y hace historia. Los recursos son naturales, en tanto que las posibilidades son culturales e históricas…La conversión de los recursos en posibilidades es un acto de autentica creación…La historia es posibilitación, consiste en la creación y transmisión de posibilidades. Las posibilidades pueden ser positivas o negativas, y una vez creadas tienen vida propia, se independizan de sus creadores y se objetivan. Esto es lo que Hegel llamó el espíritu objetivo…Precisamente porque se objetivan, las creaciones culturales constituyen una especie de depósito que nos entregan las generaciones anteriores al nacer y que nos posibilitan hacer nuestra propia vida, creando nuevas posibilidades, que también acabarán formando parte del depósito y serán de nuevo entregadas a las futuras generaciones[7].

[7] Gracia, D. Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética, Triacastela, San Sebastián; 2004. 27.

En virtud de los objetivos e hipótesis de la investigación, y habida cuenta de que toda pretensión de exhaustividad es inaccesible, no es ajena a nuestra voluntad, el que se omitan y se dejen de lado doctrinas e incluso autores cuya importancia filosófica está fuera de duda.

De este modo, para abordar el tema de la Bioética[8] es necesario, a nuestro juicio, establecer un puente entre las reflexiones teóricas, la regulación jurídica y la práctica. Es de todos conocido que la Ética es una forma de dominio de la razón sobre el instinto, donde el hombre y las sociedades humanas han ido estableciendo valores fundamentales, que, del mismo modo, han derivado en deberes morales que se han congregado en torno a los diversos sistemas jurídicos.

La reflexión Ética se ha mantenido en la Historia del Pensamiento Occidental, tal y como afirma Camps:

[8] La ética (ciencia de la moral) es una técnica, una ciencia y un arte, está en todo y se preocupa de todo. La ética se constituye en cuanto ciencia, como análisis del lenguaje ético (lógica de la ética). La moral es consustancial al ser humano, es su segunda piel. "Yo soy yo y mis circunstancias" (Ortega). La Ética ha sido entendida, a lo largo de toda su historia, hasta los tiempos presentes, como ética normativa, es decir como disciplina filosófica que nos dice, en el orden de los principios – no en el de los actos o el comportamiento singulares, de cada uno de nosotros, lo que es misión de la prudencia o, si se admite, de la casuística - , lo que es bueno debemos dejar de hacer. Aranguren JL. Ética. Madrid: Alianza Editorial; 1993.

> *…la historia de la ética es la historia del progreso moral. Dos rasgos cada vez más sobresalientes lo indican: la conciencia creciente de la autonomía de la persona como un valor irrenunciable y la extensión de la dignidad a todos los hombres y no sólo a un selecto grupo de privilegiados.*[9]

Actualmente vivimos en una etapa en la que se afirma con "ligereza" que la pérdida de valores pareciera ser un signo distintivo de "nuestro tiempo". Sin embargo, *los valores no se pierden, se pierde el interés por alcanzarlos.*

Por otro lado, el objetivo de esta Tesis es profundizar en el conocimiento epistemológico e histórico- pedagógico de la Bioética y su relación con los Comités de Ética en el último cuarto del siglo XX y comienzos del XXI, en España.

Asimismo, hemos de señalar que los principios de la Bioética tienen su firme asiento en fundamentaciones Éticas, que la dotaron de sentido, en su origen. En la segunda mitad del siglo XX se empiezan a plantear algunas cuestiones relativas a los valores humanos, derivadas de los problemas que se perciben en la clínica. Los intentos de respuesta,

[9] Camps, V., Breve historia de la ética. RBA Divulgación; 2013. 14

como es bien conocido, han sido heterogéneos y han ido creando un *corpus* doctrinal que, a su vez, se ha congregado configurando los postulados de la Bioética[10].

La metodología empleada en esta investigación ha sido la ligada a las estrategias documentales, bibliográfica y empiristas. La Tesis doctoral que presentamos se sustenta en la hipótesis que consideramos cardinal para la consolidación del estatuto científico de la Bioética, desde sus postulados epistemológicos e histórico-filosóficos y, por ende, desde la Filosofía de la Ciencia que asiste, para sus explicaciones, a todas las disciplinas científicas; según apunta Hernández Conesa 2002[11].

Paralelamente, hemos hecho una revisión de la situación en la que se encuentran los Comités de Ética Asistencial (CEAS) en la Región de Murcia, nos puede aportar una visión de cuál ha sido la trayectoria, una aproximación a la formación de sus miembros, cuáles son las prioridades y las necesidades de los Comités, en definitiva, conocer cuál es la

[10] La definición clásica de la Bioética es: el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales. Reich WT. The Encyclopedia of Bioethics. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995.

[11] Hernández Conesa, J. M.; Moral de Calatrava, P.; Caballero Gómez, M. V., Mythos, Techne y Logos: aproximaciones al origen de la ciencia occidental a través de las obras de Homero y Hesíodo. Cultura de los cuidados. 2002. 95-99.

realidad de estos Comités desde su implantación en la Región de Murcia, y cómo se adaptan a las exigencias normativas y a las necesidades de los profesionales sanitarios, los usuarios y la sociedad en general.

Entendemos que la aportación de los resultados y el análisis de los mismos, concede a este estudio la bondad de unas conclusiones aplicables, en clínica, y que de igual forma se dejan caminos abiertos para futuras investigaciones; que partiendo de la premisa del conocimiento acumulativo, permitirán profundizar en alguno de los aspectos aquí tratados.

CAPÍTULO I.

LOS AXIOMAS HISTÓRICOS DE LA ÉTICA EN OCCIDENTE

1.1. Del Mitos al Logos.

La evolución de la mente occidental, su cambiante concepción de la realidad, el avance de las ciencias y la consecuente especialización del conocimiento, arrojan nueva luz sobre la notable evolución de la historia de la cosmovisión occidental, desde los griegos antiguos hasta los autores posmodernos.[12]

Conocer cuál ha sido la Historia de la Cultura en Occidente, nos permitirá averiguar cómo ha ido cambiando a lo largo del tiempo y cuáles han sido las complicaciones que han marcado la historia del pensamiento occidental. Las tres grandes épocas tradicionalmente conocidas en la Historia de la Cultura de Occidente según Richard Tarnas *son la Clásica, la Medieval y la Moderna, prestando una mayor atención a la esfera de interacción entre filosofía, religión y ciencia, aportando los elementos básicos, sobre los que se edificará nuestra cultura actual.*

Así pues, entendemos que son los primeros pensadores occidentales, los que forjaron los orígenes históricos de la Ética.

[12] Tarnas, R. "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008.

Los responsables del giro intelectual, que pusieron ese énfasis en la crítica racional de los problemas de la sociedad fueron, fundamentalmente, los sofistas, aunque el cambio de enfoque no fue un fenómeno brusco, sino el resultado de un proceso histórico bien definido.[13]

Como señala W. Jaeger:

> *Antes de la filosofía no se habla de gramática, retórica ni dialéctica. Debieron ser sus creadores. La nueva técnica es evidentemente la expresión metódica del principio de formación espiritual que se desprende de la forma del lenguaje, del discurso y del pensamiento. Esta acción pedagógica es uno de los grandes descubrimientos del espíritu humano. En estos tres dominios de su actividad adquiere por primera vez conciencia de las leyes innatas de su propia estructura.*

El filósofo por antonomasia fue Platón, cuyo pensamiento fue, asimismo, el fundamento, a nuestro juicio, de la construcción epistemológica occidental, ya que junto con Sócrates, creía que el

[13] Cf. W. C. K. Guthrie, pp 419 y ss.; R. Müller, Menschenbild und Humanismus der Antike, Leipzig, 1980, pp. 70-100. En Camps, V. (ed.). Historia de la Ética. 1. De los Griegos al Renacimiento. Barcelona, 1999.

conocimiento de la virtud[14] era necesario para vivir una vida virtuosa[15], siendo los conceptos universales de Justicia y Bondad imperativos de una "Ética auténtica", sin la cual las convicciones humanas y las convicciones de las instituciones políticas no tendrían base para afirmar valores verdaderos, quedando sometidos a un "relativismo amoral", […] *que va a lo universal a través de lo particular y va a la esencia más allá de la apariencia, desconfiando de las percepciones sensoriales que son juicios subjetivos* […] De este modo:

> *Un viento puede ser placenteramente fresco para una persona, pero desagradablemente frío para otra.*[16]

A medida que Platón fue madurando en la esencia de su pensamiento se planteó interrogantes sobre su doctrina nuclear, y consideró, sin embargo, verdadera la teoría, siendo ésta, el eje central del

[14] El término "virtud" tiene un antecedente originado en el griego: *Areté*, Aristón, el superlativo de bueno-agathon. Fue utilizado como sinónimo de excelencia, pero aplicable también a animales, cosas y aún divinidades. En latín, el término "virtud" se deriva de *virtus-itis*, fortaleza de carácter, vigor. El concepto y sus interpretaciones se han ido modificando en épocas sucesivas. Pellegrino, considera que ha ocurrido en varias etapas: la clásica, la de la decadencia, la de la antivirtud y la revalorización del concepto, la que vivimos actualmente. Vidal-Gual JM. The Virtues of Clinical Medicine. Medicina Familiar. 2006; 8 (1); 41-52.

[15] No es hasta Sócrates que el término se refiere más específicamente a la excelencia moral humana, a un saber acerca del bien que puede ser comunicado mediante la enseñanza. Rodríguez LA. Ética general .Editorial EUNSA, Pamplona; 2001. 210-229.

[16] Tarnas, R. "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008. 30.

conocimiento humano y de la actividad moral humana. Esta dimensión filosófica nos ayuda a comprender y a aprehender los objetivos marcados en este estudio.

Es conocido por todos que muchos estudiantes griegos aprendieron Ética con la esencia de la mitología y posteriormente el estadio del "Mitos al Logos". Todos los relatos mitológicos griegos son extraordinariamente aptos para la reflexión Ética, ya que los dioses del panteón griego podían ser interpretados como la personificación de los deseos humanos.

Es por ello, que en la evolución del pensamiento griego, la cosmovisión mítica y el marco religioso, son de carácter profundamente pluralista. Y de este modo, también el diálogo entre el mundo de las ideas y el mundo real queda resuelto en la Caverna de Platón.

Igualmente, para determinar el comienzo de la Filosofía, y por ende, el de la Ética, se hace necesario "repensar" acerca del momento en el cual la humanidad da el *paso del mitos al logos.* La obra de Homero es el paradigma de esta esencia puramente occidental, y es necesario contextualizarla a la hora de determinar cuando los hombres comenzaron

a no conformarse con la "gracia de la mitología" para explicar el por qué de las cosas, y buscar sus causas naturales.

El gran cambio del pensamiento griego comenzó en el siglo VI a. c. Fue Tales de Mileto[17] y sus seguidores los que consideraron que bajo la variedad del mundo había una unidad y un orden racional, de este modo, complementaban la comprensión del *mito* tradicional con conceptos basados en la observación de los fenómenos naturales, eliminando paulatinamente los componentes del pensamiento mitológico. Trataron de explicar las causas y los fenómenos naturales a través de cuatro elementos: la Tierra, el Agua, el Aire y el Fuego, relacionados por las fuerzas primarias: Amor y Odio, como nos indica Anaxágoras. Fue Demócrito, sin embargo, quien explicó todos los fenómenos naturales con el atomismo.[18]

[17] Los dos sucesores de Tales de Mileto, Anaximandro y Anaxímenes (ambos florecieron en el siglo VI a. C.) hicieron importantes contribuciones al pensamiento occidental posterior, introdujeron la noción de ir más allá de los fenómenos perceptibles (como el agua), en busca de una sustancia más fundamental, que las sustancias familiares del mundo visible. Los posteriores desarrollos filosóficos y científicos relativos a los primeros principios, así como las distintas leyes de conservación en física, deben algo a las rudimentarias concepciones de Anaximandro y Anaxímenes.

[18] El atomismo es la teoría según la cual la realidad material está compuesta de partículas indivisibles y de vacío. Según Demócrito, lo único que hay son *átomos* y *vacío*. El átomo es tan *indivisible* y, en sí mismo, *inmutable* y *eterno* como la esfera de Parménides. Sin embargo, a diferencia de éste último filósofo, los atomistas *defendieron la existencia de movimiento* pues creyeron en la existencia de vacío entre los átomos, con lo que éstos podrían moverse y enlazarse entre sí de diversos modos. El atomismo presenta una explicación materialista de lo real: todo es el resultado de la agregación y variada combinación de los átomos. Los átomos no se

I.2.El ser humano como sujeto moral.

Para el objeto de este estudio hemos de señalar que fue Pitágoras, el que sintetizó en su filosofía la dicotomía entre religión y razón.[19]

Así Jenófanes pudo afirmar:

> *Los dioses no nos desvelaron todas las cosas desde el comienzo; pero en el curso del tiempo, y a través de la búsqueda, los hombres descubren qué es lo mejor…*[20]

El primer pensador destacado que se ocupará del Hombre, de la Ética, y consecuentemente de la Política es Sócrates, que desarrolló una

---

diferencian unos de otros por rasgos cualitativos sino por dimensiones cuantitativas y geométricas: según nos cuenta Aristóteles, Demócrito consideró que las únicas diferencias existentes entre los átomos son la cantidad, la forma (en el sentido geométrico) y la posición relativa en el interior del cuerpo: dice Aristóteles "la A difiere de la N en la figura, como AN de NA en el orden, y Z de N en la posición" (Aristóteles, *Metafísica* A4, 985 b 18). De este modo, las diferencias cualitativas que aparecen en el nivel de los objetos visibles se pueden explicar a partir de diferencias cuantitativas y geométricas de los átomos que componen dichos objetos. Aristóteles, *Metafísica*, Libro Primero, IV Biblioteca Filosófica. Obras filosóficas de Aristóteles. Volumen 10. Traducción: Patricio de Azcárate.

[19] La escuela de Pitágoras trazó su desarrollo filosófico de acuerdo con un sistema de creencias que mantenía las estructuras antiguas del mito y las religiones mistéricas, mientras realizaba grandes progresos en descubrimientos científicos de extraordinarias consecuencias para el pensamiento occidental posterior. Tarnas, R... "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008. 48.

[20] Respecto a este fragmento dice W. K. C. Guthrie: El énfasis en la búsqueda personal y en la necesidad de tiempo señala este enunciado como el primero –de la literatura griega que ha llegado a nosotros- en que aparece la idea de progreso en las artes y las ciencias, progreso que es debido al esfuerzo humano y no –o al menos no primordialmente- a la revelación divina. A History of Greek Philosophy, vol. I, The Earlier Presocratics and the Pythagoreans, Cambridge, Cambridge University Press, 1962, pag. 399-400.

forma dialéctica de razonamiento: *mayéutica*, fundamental en la evolución del pensamiento occidental[21], -*La vida que la crítica no ha puesto a prueba*- declara Sócrates- *no merece vivirse.*

> *"Sócrates discutía solamente acerca de las cosas morales y no se interesaba en absoluto por la naturaleza; y en las cosas morales buscaba lo universal, pues fue el primero que tomó como objeto de su pensamiento las definiciones"*[22]

La ética socrática se desarrolla sobre tres puntos:

El Bien: Sócrates no dio una definición precisa sobre el sumo Bien. Para él no existe un bien trascendente como un ideal al cual haya que orientar la vida, sino muchos y diversos bienes. El Bien es el conjunto de bienes regulados por la razón, de cuyo conjunto resulta la vida feliz. La característica fundamental del bien en Sócrates es la utilidad. A su vez, identifica el bien como lo agradable y el mal con lo desagradable. Buscar el bien mejor y establecer una escala de bienes, implica la renuncia a otros bienes

[21] El razonamiento a través del diálogo riguroso como método de investigación intelectual, con la intención de exponer creencias falsas para sacar a la luz la verdad. Ibídem pág. 62.

[22] Aristóteles, Metafísica 987 b1.

inferiores.

La Virtud: Sócrates le da un sentido exageradamente intelectualista y llega a identificarla con la ciencia. Dice que hay que enseñarla, porque sin la educación las mejores disposiciones naturales no logran desarrollarse, ni llegan a dar buenos frutos. Afirma que su virtud es saber que no sabe nada.

La Moral: niega la existencia del mal moral, afirmando que ninguno peca voluntariamente, que el que peca lo hace por ignorancia, sencillamente porque no conoce el bien. Por tanto, no se debe castigar, sino instruir.

Asimismo, Sócrates orienta su actividad y la de sus amigos hacia la superación individual, por medio de la vida virtuosa, a fin de hacerlos aptos para mejorar la vida en sociedad.

Así, de la mayéutica socrática, nace el Pensamiento Ètico, que se materializa en la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles. Posteriormente, tras las escuelas morales de la Época Helenística, emerge la Ética en la Historia de la Filosofía.

Platón[23] como discípulo suyo de Sócrates, se sirvió de éste para explicar su visión de la filosofía y del mundo.

El Pensamiento Ético de Platón se deduce de su concepción del hombre. Una visión de la Ética como una forma de Política, describiendo un Estado ideal, donde las virtudes y las leyes harían posible una convivencia entre los hombres, tomando la Ética como el sumo bien.

En " La República", uno de sus más conocidos diálogos, Platón nos habla de las virtudes [24] principales que hacen referencia a las

[23] Para el filósofo griego el hombre está compuesto de dos sustancias, el cuerpo y el alma. Esas dos sustancias son tan distintas como la materia y el espíritu y lo insólito es que estén unidas siendo de naturaleza tan diferente. De la misma forma que el agua y el fuego no se pueden combinar por su distinta naturaleza, asimismo el cuerpo y el alma son irreconciliables y no pueden llevarse bien. Uno prevalecerá sobre el otro. También en esto Platón parece seguir a su maestro Sócrates. La vida moral así entendida consistirá en el trabajo del hombre por liberarse de la esclavitud material del cuerpo y ascender, al mundo de las Ideas, mundo espiritual que le es familiar al alma.

La virtud se entiende así como purificación, como combate del alma contra el cuerpo, combate de lo espiritual que debe imponerse a lo material. El alma desea la verdad que no se encuentra en el sujeto sino más allá, en el mundo de las Ideas, pero el cuerpo tiene unas necesidades materiales inevitables que ha de satisfacer. De esta manera para Platón la falta de virtud se puede identificar con la ignorancia.

[24] Pero ¿qué es la virtud? Platón acepta fundamentalmente la identificación socrática entre virtud y conocimiento. La falta de virtud no supone una perversión de la naturaleza humana; por su propia naturaleza el hombre busca el bien para sí, pero si desconoce el bien puede tomar como bueno, erróneamente, cualquier cosa y, en consecuencia, actuar incorrectamente; la falta de virtud es equivalente, pues, a la ignorancia. Sólo quien conoce la Idea de Bien puede actuar correctamente, tanto en lo público como en lo privado, nos dice Platón en La República, al terminar la exposición y análisis del mito de la caverna. En La República culmina la teoría política de Platón, y conjuntamente nos ofrece una acabada concepción ética y psicológica basada en la teoría de las ideas. Camps, V. (ed.). Historia de la Ética. Barcelona, 1999, Platón. De los Griegos al Renacimiento. Vol. 1 pag. 110.

distintas partes del alma: la sabiduría, el coraje o fortaleza de ánimo, la templanza y la justicia, estableciendo una correspondencia entre cada una de las virtudes y las distintas partes del alma, así como las clases sociales de la ciudad ideal. Entre ellas considera, por un lado, que la parte más elevada del alma, la parte racional, posee como virtud propia la sabiduría, y por otro lado, la justicia, que es la virtud general consiste en que cada parte del alma cumpla su propia función, estableciendo la correspondiente armonía en el hombre.

La prudencia racional marca al individuo lo que debe hacer, pero hacen falta la fortaleza y la templanza para llevarlo a cabo. El ejercicio constante de estas virtudes hace al hombre y a la ciudad felices. Si individualmente los hombres consiguen la virtud y con ella la felicidad, también la ciudad, la *polis* lo será.

El verdadero bien del hombre, la felicidad, habrá de alcanzarse mediante la práctica de la virtud. Así, la virtud es armonía, salud del alma, medida (*metrón*), proporción (*symetría*) y purificación (represión de las pasiones que permite ser libre para contemplar las ideas).

Considera que hay cuatro virtudes fundamentales: prudencia, justicia, fortaleza y templanza.[25]

Del mismo modo, Platón recomendó el estudio de la Astronomía para poder adquirir sabiduría filosófica, designándose como puente entre el *antiguo cosmos mitológico* y el *universo* de la ciencia moderna.[26]

Fue con Aristóteles con quien la Cosmología griega alcanzó un gran desarrollo, considerando la tierra inmóvil y como centro del universo sobre la que giraban el resto de los astros; estas interpretaciones, extrapolándolo a las cuestiones éticas, tenían que deducir empíricamente las reglas para una conducta Ética, que se corresponderían, a su vez, con lo complejo de la conducta humana; según Aristóteles el objetivo de la Ética no era determinar la naturaleza de la virtud absoluta, sino hacernos personas virtuosas.

Ambos filósofos establecieron un *epísteme*, de forma que sus escritos han marcado la actividad científica en Occidente hasta el siglo XVIII.[27]

[25] Sanabria JR. Ética. México: Editorial Porrúa. 1984;133-136.

[26] Tarnas, R. "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008. 78.

[27] Ibídem pág. 102.

La Ética de Aristóteles suele reconocerse como una Ética eudaimonista. Eudaimonía es una palabra griega que puede traducirse por felicidad, entendiendo por felicidad un estado extremadamente difícil de lograr, algo que no consiste en ser medio para otra cosa, sino que precisamente es *fin*. Y el fin es el bien, que es lo que todos quieren conseguir. El fin último del hombre es desde luego, el bien, la felicidad. Teóricamente cuando se logra la felicidad ya no se quiere nada más y, en cambio, Aristóteles percibe con claridad que la mayoría de los bienes que suelen perseguirse, siempre se pretenden como medios para conseguir algo que se valora todavía más, porque el hombre es un ser *eternamente insatisfecho* y sus deseos son mayores que sus posibilidades.

El autor griego[28] postula la necesidad que el hombre tiene de pensar antes de hacer, y a eso le llamará *fronesis*, prudencia, y consecuentemente, eso es lo que tiene que hacerle feliz. Actuar prudentemente llevará pues a la felicidad.

[28] Por otro lado, divide al hombre en una dualidad cuerpo y alma; hay diversas virtudes que corresponden a las dos partes del alma: a la irracional, la fortaleza (*andreia*), la templanza (*sofrosyne*), la justicia (*dike-dikaios*) y la prudencia. Al alma racional corresponden la sabiduría (*sofía*), la ciencia (*episteme*), el entendimiento intuitivo, la prudencia (*frónesis*) y el arte (*tekné*)[28].Desde luego, también percibe Aristóteles que el hombre no es sólo entendimiento pues posee un cuerpo material, por lo que posee otras virtudes menores. Aristóteles está de acuerdo con Platón en señalar a la prudencia como la virtud fundamental. Sanabria JR. Ética . México: Editorial Porrúa. 1984 p.133-136.

Para Aristóteles, virtud es:

Un hábito electivo que consiste en un término medio relativo a nosotros, regulado por la recta razón en la forma en la que lo regularía un hombre verdaderamente prudente.[29]

Así, se expresaba Aristóteles al respecto:

Sin embargo no toda acción ni toda pasión admite el término medio pues hay algunas cuyo mero nombre implica la maldad, por ejemplo la malignidad, la desvergüenza, la envidia y entre las acciones: el adulterio, el robo y el homicidio. Todas estas cosas y las semejantes a ellas se llaman así, por ser malas en sí mismas, no sus excesos ni sus defectos. Por tanto, no es posible nunca acertar con ellas sino siempre se yerra. Y no está el bien o el mal, cuando se trata de ellas, por ejemplo en cometer adulterio con la mujer debida y cuando y como es debido sino que en absoluto, el hacer cualquiera de estas cosas está mal. Igualmente absurdo es creer que en la injusticia, la cobardía y el desenfreno hay término medio, exceso y defecto y un exceso y un defecto de defecto. Por el contrario, lo mismo que no hay excesos

[29] Aristóteles. Ética Nicomaquea. México: Editorial Porrúa.1999. p.23.

ni defecto en la templanza, ni en la fortaleza, por ser el término medio en cierto modo de extremo, tampoco hay un término medio ni en exceso o defecto en aquellas cosas, sino que de cualquier modo que se haga, se yerra, pues, en general, ni existe término medio del exceso y del defecto, ni exceso y defecto de término medio.[30]

En consecuencia, los filósofos han venido distinguiendo clásicamente los preceptos negativos de los positivos. No es propósito nuestro poder abordarlos todos y sus diversas maneras de ser entendidos.

Sirva esta reflexión para ilustrar la continuidad de los conocimientos, desde una aprehensión diferente del problema, y sobre una base Escolástica.

Así, Tomás de Aquino escribe en la *Summa Theologica*:

Así como los preceptos negativos de la ley prohíben los actos pecaminosos, así los preceptos positivos inducen a los actos virtuosos. Los actos pecaminosos son en sí mismos, y de ellos no puede resultar el bien de ningún modo, ni en ningún tiempo o

[30] Gracia, D. El qué y el porqué de la Bioética. Cuadernos de Programa Regional de Bioética (1).OPS. Primera edición; 1995.

lugar, porque según su naturaleza se hallan unidos a un fin malo, como se dice en el libro segundo de la Ética a Nicómaco. Y por tanto los preceptos negativos obligan siempre y por siempre. Por el contrario, los actos de las virtudes no deben ejercitarse de cualquier modo, sino observadas las debidas circunstancias que se requieren para que el acto sea virtuoso, como que se hagan donde se deben, cuando se debe y según lo que se debe. Y como la disposición de aquellas cosas que se refieren al fin debe hacerse en relación con el fin, en esas circunstancias del acto virtuoso debe atenderse a su razón de fin, que es el bien de la virtud. Por tanto, si existe una circunstancia cuya omisión prive totalmente de bien al acto virtuoso, ésta contraría el precepto. Pero si la falta de alguna circunstancia no acaba totalmente con la virtud, aunque no permita el logro perfecto del bien de la vida, la realización del acto no va contra el precepto. Por eso dice Aristóteles en la Ética a Nicómaco que si se aparta poco del medio, no va contra la virtud, pero que si se aparta mucho, la virtud se corrompe en su acto.[31]

[31] Gracia, D. El qué y el porqué de la Bioética. Cuadernos de Programa Regional de Bioética (1).OPS. Primera edición; 1995.

De ahí viene la distinción escolástica entre preceptos y consejos, o entre preceptos negativos y preceptos positivos.

Como las virtudes y los vicios tienen que ver con las inclinaciones naturales, en consecuencia los vicios son deberes perfectos y ley natural. Dicho de otro modo, que la ley natural tiene contenidos materiales, que son los vicios y las virtudes.

Las tendencias del pensamiento griego, tenían profundas raíces extra filosóficas en las traducciones religiosas y literarias griegas, de forma que cada filósofo estaba inspirado en diferentes aspectos de estas tradiciones, pero coincidían, en la afirmación de que la medida final de la verdad no se encontraba en esta tradición, sino que se encontraba en la mente humana individual y autónoma.[32]

Como señaló Finley:

> *Ya sea que los griegos vieran las cosas con tanta lozanía porque fueron los primeros, ya sea que sólo por una feliz casualidad respondieran a la vida con tal incomparable penetración, lo cierto es que, en cualquier caso, conservaron siempre joven esa chispa, como si el mundo hubiera estado*

[32] Tarnas, R. "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008. 105.

iluminado por la luz del amanecer y el rocío hubiese permanecido imperecedero en la hierba. La mente griega pervive en la nuestra porque este inmaculado frescor hace de ella, como de la juventud misma, nuestro primer modelo.[33]

De igual modo nos indica Werner Jaeger que:

Toda nuestra tradición occidental descansa sobre esta construcción griega clásica del mundo del derecho, que presupone un cosmos en el cual el individuo es referido a un orden de cosas divino.[34]

Es, en esta Edad Media, entre la era Clásica y el Renacimiento, donde la unión de elementos raciales, políticos, religiosos y filosóficos, generó la visión del mundo común a toda la cristiandad occidental.[35]

El Cristianismo comprende el movimiento de la historia humana, con sus conflictos filosóficos y religiosos como despliegue del destino divino, de forma que a medida que la cultura cristiana maduraba a lo

[33] Finley, Four Stages of Greek Thought, 2. En Tarnas, R. "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008. 106.

[34] *Alabanza de la ley. Los orígenes de la filosofía del Derecho y los griegos*, Instituto de Estudios Políticos, Madrid.

[35] Tarnas, R. "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008; 127-129.

largo de los primeros siglos de vida, fue constituyendo una teología sistemática con estructura metafísica platónica, siendo San Agustín uno de los principales teólogos de la Iglesia quien impregnó el pensamiento cristiano medieval de Occidente.[36]

El Cristianismo fue proclamado y reconocido como única fuente de salvación, que ofrecía el conocimiento verdadero del universo y una base verdadera para la ética, donde la verdad no se abordaba a través de la indagación intelectual autónoma, sino a través de las escrituras y la oración, así como de la fe en las enseñanzas de la Iglesia, siendo la humildad la virtud distintiva del Cristianismo, requisito indispensable para la salvación.

La Ética cristiana presupone la existencia de un ser divino, que ha dictado normas para el comportamiento moral, considerando que la conducta humana es buena si se sujeta a esas normas y mala si las viola.

Las características fundamentales de la ética cristiana son, por un lado, la concepción cristiana de Dios, donde la ética cristiana descansa sobre la revelación Bíblica acerca de la naturaleza, y por otro lado la justicia y el amor de Dios.

[36] Ibídem pág. 143-145.

El Cristianismo añade tres virtudes más que hacen referencia a las relaciones del hombre con Dios: la fe, la esperanza y la caridad.[37]

No sólo se fundamenta la creencia de la inmortalidad del alma en los milagros centrales de la fe cristiana (la Encarnación y la Resurrección), sino que recaen también en la redención, la resurrección del cuerpo y de la naturaleza misma. Por Cristo se estaba cambiando el alma humana, el cuerpo y sus actividades, que se espiritualizaban y recobraban su antigua santidad. Esta concepción del cristianismo reafirmaba y daba un nuevo sentido a la visión original hebrea del hombre, creados a imagen y semejanza de Dios, en paralelo a la posterior idea neoplatónica del hombre como microcosmos de lo divino.[38]

Entre las teorías éticas cristianas tenemos a grandes pensadores: Agustín de Hipona,[39] y Tomás de Aquino.[40]

---

[37] Ayllón, J. R. "Introducción a la ética. Ed. Palabra, S.A., 2006 Madrid; 67.

[38] Tarnas, R. "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008; 186-187.

[39] Se le considera padre de la iglesia y quien hace la alianza de la filosofía griega y la cultura clásica con la inspiración divina. . En el amor se resume la vida ética cristiana. Sabe muy bien San Agustín que el que ama ya hace después todo lo que tiene que hacer y mucho más, porque el amor no se contenta con cumplir. Es *excesivo* y gratuito por sí mismo.

[40] Aclamado padre principal de las universidades, academias y escuelas católicas y quien concilia la teología católica con la síntesis filosófica de Aristóteles.

Dice José Ramón Ayllón:

> *El Cristianismo no es una Ética, pero la revolución religiosa que origina tiene, como gran efecto secundario, una extraordinaria revolución ética.*[41]

Pero fue Tomás de Aquino quien ejerció, en el siglo XIII, una gran influencia en el pensamiento occidental, se embarcó en la tarea intelectual de unificar la cosmovisión griega y cristiana, debido a su convicción de que el ejercicio prudente de la inteligencia empírica y racional del hombre serviría a la causa cristiana.[42]

En definitiva, consideraba que el bien común es la aspiración de toda ley. Por lo tanto se ve en Tomás de Aquino una fuerte inclinación hacia la trascendencia de la felicidad y de la prudencia aristotélica, porque los bienes y fines no se contemplan en la vida terrenal, sino que se alcanzan en plenitud al trascender a otra vida, en la que se hallará la

[41] Ayllón, J. R., "Introducción a la ética. Ed. Palabra, S.A., 2006 Madrid

[42] Tarnas, R. "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008; 245-247.

esperanza y la felicidad, porque se puede contemplar el bien supremo, el cual es Dios.[43]

Tomás definió tres tipos de virtudes: intelectuales, morales, y naturales,[44] que se corresponden con las Aristotélicas dianoéticas y éticas, y teologales, sobrenaturales,[45] que son específicamente cristianas: fe, esperanza y caridad, considerando que las virtudes son hábitos operativos de bien.

Por lo que respecta a la Ética, con su trabajo intentó mostrar que las ideas de virtud, originadas en la filosofía de la antigüedad clásica y las recurrentes en el pensamiento cristiano, podían desarrollarse para establecer un fundamento racional de la ética y demostrar con ello, una formulación de la virtud verdadera que pudiese ser vinculante para cualquier ser humano dotado de razón.[46]

---

[43] Camps, V. Historia De La Ética. Barcelona. 1999. Santo Tomás De Aquino. Vol. I; 421 – 423.

[44] Las virtudes naturales han de ser ayudadas por la gracia para valer en el orden sobrenatural, las que no exceden la facultad natural del hombre pueden ser adquiridas. Camps, V. Historia De La Ética. Barcelona. 1999; I: 427.

[45] Las virtudes sobrenaturales no pueden ser adquiridas por la acción humana, sino infundidas por Dios por lo que tienen razón de perfectas. Ibídem pág. 427.

[46] Peter Singer (ed.), Compendio de Ética, Alianza Editorial, Madrid, 1995. Adaptación: Miguel Moreno Muñoz, 1998.

En el seguimiento de esta evolución histórica el cometido característico de la ética filosófica moderna se formó a medida que las ideas del supremo bien y de la voluntad del Dios cristiano llegaron a parecer cada vez menos capaces de ofrecer una orientación práctica.

A partir del siglo XVI la filosofía moral entra en una nueva etapa con la revolución científica, la invención de la imprenta, y el contacto con otros grupos culturales, siendo todo esto lo que hace necesario una nueva concepción moral. En este contexto, la filosofía comenzó a preguntarse por los contenidos de la conciencia humana, dejando de lado el ser de las cosas.

Es en el Renacimiento cuando se inició el proceso de emancipación y autonomía de la razón, donde la vida del hombre en este mundo parecía tener un valor inherente inmediato, un interés y un significado existencial que compensaba e incluso desplazaba el enfoque medieval en un destino espiritual después de la muerte.

La lectura silenciosa y la reflexión en solitario contribuyeron a la liberación del individuo respecto de formas tradicionales de pensamiento, así como del control colectivo, pues los lectores

individuales tenían acceso privado a una multiplicidad de otras perspectivas y formas de experiencia.[47]

La ética y la política comienzan a independizarse de la religión: iniciando el proceso de secularización. El autoritarismo eclesiástico medieval estuvo acompañado del intento de subordinación del poder político al religioso: una moral teóricamente muy rígida, desde el punto de vista cristiano.

La modernidad, en efecto, olvidó el sueño de un Imperio Católico y de un cristianismo unificado, y se ocupó solamente de la búsqueda de la felicidad terrenal. En consecuencia la religión no desaparecía, pero iniciaba un camino hacia el individualismo y el subjetivismo por un lado, y una religiosidad puramente abstracta, por otro, que culminaría en el agnosticismo y en el ateísmo de los siglos XVII y XIX.

Surgió así una nueva Ética Moderna que sin ser una simple reproducción de la antigua, regresaba al fundamento social y político de la moral, abandonando cada vez más las justificaciones religiosas.

La nueva constitución psicológica del carácter moderno se venía desarrollando ya desde la baja Edad Media, manifestándose durante el

[47] Ibídem pág. 287-288.

Renacimiento y potenciando la Revolución Científica, para difundirse y solidificarse en el curso de la Ilustración[48], en búsqueda de una ética y una política emancipadas de la Fe que buscan justificaciones racionales, no sagradas, que persiguen su autonomía.

Sin embargo, aunque al principio no sea evidente, esta base, justificación o fundamento racional nuevo no era ya la polis clásica, ni siquiera la naturaleza social del hombre sino lo que llamamos el Estado Moderno, basado cada vez más en el consenso o acuerdo de las diversas clases o estamentos y cuya primera fase fue monarquía absoluta, con un poder autoritario concentrado al comienzo en una sola persona, el Rey.

La vinculación entre Ética y Política se ejercerá ahora, a partir del siglo XIV, como crítica filosófica a los poderes medievales y legitimación de los modernos: en realidad a partir de aquí, la ética y la política se separan de un modo cada vez más profundo, lo cual constituye una importante novedad respecto a las concepciones clásicas. La Ética quedará relegada al ámbito de lo privado mientras que en el espacio de lo público, la Política, se regirá por sus propias leyes, totalmente independientes de aquella.

[48] Tarnas, R "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008. 402.

Es la Ilustración[49] el proceso cultural que se resume en la autonomía de la razón burguesa, tanto para conocer el mundo como para organizar la vida social e individual.

La ilustración francesa añade la necesidad de educar al pueblo para sacarlo de la ignorancia y la superstición a que lo sometía el Antiguo Régimen y la Iglesia.

Todas estas ideas culminan en la filosofía de Hume y sobre todo, de Kant, perfecta síntesis del pensamiento ilustrado. Hume es uno de los dos autores más importantes de la Ilustración dieciochesca y es también un autor clave de toda la historia de la filosofía, por haber sido quien llevó la teoría gnoseológica del empirismo a sus últimas consecuencias, en virtud de su decisiva influencia en el ámbito del pensamiento moral y jurídico desde el siglo XVIII y hasta el momento presente.

Por otro lado, para Kant, la norma moral es planteada por el hombre, creando el concepto de Autonomía, la producción de leyes, y la

[49] Tres revoluciones dan el poder político a la burguesía: la Inglesa (siglo XVII), la Americana (siglo XVIII) y la Francesa (siglo XIX). Al mismo tiempo, la ciencia, pero también la ética y la política consiguen independizarse de la fe religiosa. El bien común ya no coincide con el bien individual. Se critica la intolerancia y el fanatismo religioso, así como especialmente la justificación teocrática que el catolicismo hacía del poder feudal. En ética, se busca un fundamento igualmente racional a las normas de comportamiento al margen de la fe.

concepción autónoma del hombre. Kant, funda una moral de la autonomía de la voluntad, según la cual el solo referente es la universalización de la ley propuesta por la razón. La autonomía de la voluntad se fundamenta en la idea reguladora, postulada pero no demostrable, de la libertad de los hombres. El hombre escapa a las leyes de la naturaleza y a las leyes divinas, él es un ser libre que sustituye su propia legislación a toda causalidad. Su autonomía le confiere una dignidad absoluta.

Según Kant, la ética autónoma está basada no en la autoridad, ni en la coerción o en la obediencia, sino en nuestra propia razón. Por ejemplo, las decisiones correctas en el acto médico.[50]

La Teoría Moral de Kant se condensa en una proposición: la ética se fundamenta en la razón, es decir, nuestras obligaciones éticas emanan de la razón misma y son determinadas por ella.

Fundamentar la ética en la religión podía parecerle arriesgado, aunque apoyarse en la ciencia resultaría aún más arriesgado. Para Kant, el valor moral de la acción no reside en el efecto que de ella se espera, lo que éticamente importa no es el contenido, sino la forma de la acción; no

[50] Aubet, M. J. Ética. Ediciones del Serbal. Barcelona; 1999.

lo que hacemos, sino cómo lo hacemos. El formalismo ético kantiano hace depender el valor moral de las acciones, no de algún contenido concreto (placer, bien, Dios), sino del respeto a la ley, o del deber por el deber, sintetizando así su idea clave, en virtud de la cual la razón es el fundamento de la ética, en su famoso Imperativo Categórico.[51]

Kant, interpretaba a la virtud de forma congruente con una moral del deber y del imperativo categórico, como *la fortaleza moral de la voluntad de un hombre en el cumplimiento de su deber, una coerción moral de su propia razón legisladora, en la medida en que ésta se constituye a sí misma como poder ejecutivo de la ley*; de esta manera liga la voluntad de realizar un acto con el deber, con el imperativo categórico, expresando así su autonomía moral[52].

Las voces más moderadas del liberalismo del siglo XIX, típico de las sociedades occidentales avanzadas, defendían también la limitación de la influencia de la religión organizada en la vida política e intelectual, y postulaban el ideal de un pluralismo que se acomodara a la mayor libertad posible, compatible con el orden social.

[51] Un imperativo es simplemente un mandato: realiza o cumple esto. Un imperativo hipotético afirma que deberías hacer esto si quieres aquello. Un imperativo categórico se limita a decir: hazlo sin más.

[52] Kant I. La metafísica de las costumbres. Barcelona: Editorial Altaya.1993.

En un medio tan liberal y pluralista, el resultado cada vez más corriente era una sensibilidad de índole más secular, de forma que la tolerancia religiosa se metamorfoseó en indiferencia religiosa. En la sociedad occidental ya no era obligatorio ser cristiano.

Tanto el utilitarismo liberal, como las filosofías socialistas radicales parecían ofrecer a la Edad Contemporánea programas más convincentes para la actividad humana que las religiones tradicionales.

Esta larga evolución de la mente occidental culminó en el histórico pronunciamiento de Nietzsche sobre la "muerte de Dios", que presagiaba el talante existencial del siglo XX.[53]

La expresión "Dios ha muerto" pone de relieve una verdadera revolución metafísica y ética: la destrucción del reino de las esencias, los valores y los ideales de la verdad, del bien y de la belleza, la destrucción de los fundamentos metafísicos de la moral que se remontan a Platón y que están presentes en el Cristianismo. Naturalmente, el ataque a los cimientos hace caer, si se es consecuente como lo es Nietzsche, todo el edificio. La muerte de Dios acarrea la disolución de todo contenido moral objetivo, universalmente válido y vigente hasta ahora. La moral

[53] Ibídem pág. 397-402.

ilustrada desemboca así cuando menos, en una de sus corrientes o tendencias, en el relativismo del mundo de los valores, la fragmentación de la cultura en áreas segregadas, la legitimación del poder y en la destrucción de la ética objetiva y universal.[54]

Varias son las teorías éticas que surgen o se desarrollan a partir de la filosofía moderna.

Son los representantes de la filosofía analítica y todos aquellos que, tras las huellas de Hume, sostienen la separación moderna entre hechos y valores, entre lo que es y lo que debe ser. La distinción clásica entre conocimiento especulativo y conocimiento práctico.

La teoría se ocupa de los hechos, de lo que es, y este es el terreno del conocimiento científico, único que puede reclamar toda posible racionalidad y objetividad. La praxis tiene en cuenta valoraciones, lo que debe ser, es decir, preferencias irracionales que siempre parten de posiciones subjetivas.

El ámbito del valor, de la ética, de la moral es el campo de las decisiones subjetivas, imposibles de ser justificadas sobre la base de

[54] Hay otra línea que parte de la Ilustración cuyos herederos actuales son JURGEN HABERMAS y KARL O. APEL, entre otros, que intentan una reconstrucción de una forma de universalismo de la razón. Véanse de HABERMAS, *El proyecto filosófico de la modernidad* y de APEL *Estudios éticos*, Barcelona, Alfa, 1986.

razones, pues las premisas valorativas de las que derivan los enunciados éticos son irracionales.

La consecuencia de esta posición es, o bien un relativismo ético radical, o un convencionalismo o contractualismo ético en virtud del cual las reglas y normas de conducta, son producto de un acuerdo que evite el caos y la anarquía.

Freud contribuyó de un modo decisivo a reforzar la crisis de la moral en el pensamiento contemporáneo al plantear el problema de la unión de la virtud y la felicidad. En su obra *El malestar en la cultura* expresa la profunda contradicción del ser humano, cuando la pretensión de crear una civilización que le condujera a un mayor bienestar ha sido en gran parte la causa de su infelicidad. El resultado de las instituciones culturales, como la religión, la filosofía, el derecho, creadas para regular las relaciones humanas haciéndolas más ordenadas, ha sido negativo, pues aquéllas no han sido sino causa de represión y malestar.

La consecuencia de la cultura ha sido la construcción de seres más morales, pero más reprimidos, psíquicamente enfermos. La previsión freudiana sobre la posible solución a este problema es pesimista: el ser

humano tendrá que acostumbrarse a vivir con ese profundo malestar originado por la cultura y por la moral.

Otra nueva corriente de ideas es el escenario de la filosofía práctica, que abrevó en Nietzsche, Marx, Freud y Heidegger, cuyas características más salientes son la crítica de la modernidad y una cierta resistencia respecto de ciertos ideales del proyecto ilustrado, tales como la noción de sujeto, las pretensiones totalizadoras y sistematizadoras de la razón, el progreso científico, el desarrollo, la emancipación y la libertad. El proyecto de la modernidad, tal como fuera propuesto por la Ilustración está acabado y como consecuencia de ello, el diagnóstico que formulan los posmodernos, respecto de la estructura de las sociedades en los Estados industriales desarrollados de Europa y América del Norte es que se ha perdido la unidad que suministraba la razón.

Entre ellas, el marxismo como doctrina ética aporta una explicación y una crítica de las morales del pasado y en especial de la moral capitalista actual, frente a las cuales propone una nueva moral, esencialmente revolucionaria para liberar al hombre de la alienación política, religiosa e ideológica a la que se haya sometido.

Su propuesta apunta a desenmascarar la moral burguesa y desalinear a los hombres oprimidos, haciéndolos cobrar conciencia de su

esencial igualdad y de su posibilidad de crear un mundo terrenal justo y feliz, socialmente organizado en un régimen comunista. Según Marx, la revolución comunista es la ruptura más radical con las relaciones de producción tradicionales; no puede sorprender entonces que en su curso evolutivo se rompa de la manera más radical con las ideas tradicionales.[55]

Como dice Camps:

> *La moral tradicional, con sus ideales de justicia y libertad, no sirve para propiciar la salida del individuo de la situación que lo oprime porque impide que éste tome conciencia de sí mismo.*[56]

Por ello, tanto Marx, como Engels, critican la moralidad porque se basan en la idea, de que ésta es, inevitablemente clasista.

Podemos nombrar *descendientes de Kant,* a los que cabría llamar *neoiluministas* o *constructivistas*, a quienes el proyecto moderno es un *proyecto inacabado que espera su concreción*, según Habermas, cuyas características positivas –universalismo moral, deontologismo, autonomía, racionalidad, formalismo- son necesarias rescatar por medio

[55] Stewart, M. La verdad sobre todo. Una historia irreverente de la filosofía. Taurus. Madrid; 1998.

[56] Camps, V. Breve historia de la ética. RBA Divulgación. 2013; 261.

de un retorno a Kant, según Rawls. En el debate con los postmodernistas los autores alineados en esta corriente rechazan el relativismo radical y reafirman la posibilidad de reconstruir cierto universalismo sobre la base de una unidad de la razón.

A principios del siglo XX surge un nuevo grupo de filósofos, defensores de una ética analítica, entre los que destacan, por un lado, G. E. Moore y L. Wittgenstein, caracterizados por tomar como punto de partida el lenguaje y como objetivo la reflexión filosófica, pues consideraban, que había que entender que significaban las palabras, antes de aplicarlas a la ética, y por otro lado, A. J. Ayer y C. L. Stevenson, como representantes del emotivismo Ético pues consideraban que los juicios de valor expresan los sentimientos o las emociones de quienes los emiten, teniendo una función persuasiva. Por deducción afirman que no hay ninguna verdad objetiva en los juicios éticos y que no se puede discutir sobre cuestiones de valor, siendo el análisis del lenguaje utilizado y la separación de lo descriptivo y lo emotivo, lo que permitirá resolver desacuerdos entre las personas.[57]

Dentro de esta línea encontramos una de las principales y más influyentes corrientes de pensamiento de fines del siglo XX, me refiero a

[57] Ibídem pág. 311- 326.

la llamada "*ética dialógica*"[58] o "*ética discursiva*", entendiendo por tal la propuesta que desde la década de los setenta han venido elaborando karl Otto Apel y Jürgen Habermas.

El punto de partida de la ética discursiva es el hecho de que el hombre realiza acciones comunicativas[59] e intenta dilucidar las condiciones en virtud de las cuales ese *factum* es inteligible y tiene sentido.

Igualmente, el método hermenéutico, representado fundamentalmente por Heidegger y Gadamer, pone de relieve la importancia que la interpretación tiene para entender el significado de un texto, desempeñando un papel fundamental en la construcción del pensamiento ético.[60]

---

[58] Se denomina *dialógica* a esta propuesta consiste en que propone al diálogo no tan sólo como el medio específico de la vida humana, sino también como procedimiento de descubrimiento de la verdad de las proposiciones y de la corrección de las normas.

[59] Una acción comunicativa es aquella en los participantes, buscan el entendimiento mutuo, como un medio ineludible para coordinar sus proyectos personales. La finalidad de toda comunicación consiste en lograr un entendimiento, donde habría simetría entre los hablantes y nadie sufriría dominación. El acto comunicativo que aspira a ser racional debe tener en cuenta: la verdad, la libertad y la justicia. La universalidad de la moral se fundamenta en la estructura del lenguaje, entendido como acción comunicativa, y como quien impone unas normas de interacción que son morales. Camps, V. Breve historia de la ética. RBA Divulgación. 2013; 365

[60] Para la hermenéutica, es fundamental, la idea de que todo texto está escrito desde una perspectiva particular construida desde la intersubjetividad o

Surge así, la argumentación o el *discurso* como un proceso de búsqueda cooperativa de la corrección de las normas. Descubrir lo éticamente correcto sólo es posible si suponemos la idea de una *comunidad ideal.*

Es la ética discursiva clara heredera de la filosofía moral kantiana, pero con la salvedad de que no es ya el sujeto individualmente considerado quien tiene que comprobar si la norma se adecua al imperativo categórico, sino el conjunto de los sujetos que integran la comunidad de comunicación. Así, en lugar del famoso imperativo kantiano, esta corriente propone la siguiente teoría:

> *Son válidas sólo las normas de acción a las que todos los afectados darían su consentimiento tras un diálogo celebrado en condiciones de simetría, movidos por la fuerza del mejor argumento, por el argumento de que la norma satisface intereses universalizables.*[61]

interacción entre los sujetos, la cual es inevitablemente relativa. Camps, V. Breve historia de la ética. RBA Divulgación. 2013; 357.

[61] CORTINA, ADELA, "Filosofía del diálogo en los umbrales del tercer milenio", en Muguera, J., Cerezo, P. *La filosofía hoy*. Barcelona. Ed. Crítica, 2000; 185.

También Rawls,[62] piensa:

> *El constructivismo kantiano sostiene que la objetividad moral ha de entenderse en términos de un punto de vista social adecuadamente construido y que todos pueden aceptar. Fuera del procedimiento de construir los principios de justicia, no hay hechos morales. El que ciertos hechos hayan de ser reconocidos como razones de lo recto y de la justicia, o en qué medida hayan de contar es algo que sólo se puede determinar desde dentro del procedimiento de construcción, esto es, a partir de los compromisos adoptados por agentes racionales de construcciones cuando se encuentren debidamente representados como personas libres e iguales.*[63]

La modalidad de organización que impide que esto degenere en un caos, es el debate democrático, la deliberación racional, siendo el

[62] El filósofo norteamericano John Rawls (1921-2002) fue profesor de Filosofía Política en la Universidad de Harvard. Su libro más citado es "Teoría de la Justicia". Rawls nos habla de una situación ideal de imparcialidad que podemos traducir como "posición originaria". Esta situación es un ideal que nos debe servir de criterio de actuación en el procedimiento a seguir cada vez que no reunamos para negociar modos de convivencia, tanto desde las instituciones políticas como en las asociaciones de ciudadanos diversas o entre pequeños grupos de personas. Dicho ideal es aplicable cuando queremos dotarnos de unos mínimos morales básicos para todos.

[63]RAWLS, JOHN, "El constructivismo kantiano en la teoría moral", en *Justicia como equidad*, trad. de M. A. RODILLA, Madrid, Tecnos, 1986, pág. 140.

fundamento de la Ética y del derecho el diálogo y el consenso; teniendo en cuenta, que la mayoría de las veces terminan prevaleciendo los criterios éticos aceptados por la mayoría, y que las prácticas que gozan de mayor consenso son los modos de vida más extendidos.

Es Habernas quien, buscando los fundamentos de la deliberación democrática, encuentra los presupuestos de la comunicación racional o justa.

Así, el fundamento de la Ética y del derecho en el mundo postmoderno en que vivimos, es el consenso social o la utilidad común de ciertas pautas de conducta que gozan de la aceptación de un número mayoritario de individuos.

Por otro lado, para que este consenso sea válido y racional, debe cumplir los requisitos de la comunicación entre iguales, que incluyen la idea de imparcialidad y reconocimiento entre los afectados por la discusión. Este universalismo ético al que se aspira, no presupone una homogeneidad, sino la pluralidad de puntos de vista que buscan un acuerdo, siendo estos participantes, sujetos con un conjunto de valores y

actitudes en ausencia de los cuales es imposible avanzar la comunicación racional.[64]

Hacia mediados del siglo XX, el nuevo mundo de la ciencia moderna comenzó a ser criticado, la tecnología estaba apoderándose del hombre y deshumanizándolo, los medios habían absorbido los fines, y la individualidad humana estaba cada vez más débil bajo el impacto de la producción masificada de los medios de comunicación. Las estructuras y los valores tradicionales se desmoronaban. El avance en las tecnologías estaba sometiendo a la vida moderna a un cambio desorientador, haciendo dudar de la capacidad del hombre para conservar su humanidad.

La explotación agresiva del medio natural, las armas nucleares, las catástrofes planetarias denunciaban la irracionalidad destructiva del propio hombre. Así dijo el Dalái Lama:

> *La Tierra es nuestro único hogar. Según los conocimientos científicos actuales, podría ser el único planeta capaz de sostener la vida. Una de las imágenes más poderosas que he visto nunca fue la primera fotografía de la Tierra tomada desde el espacio*

[64] Camps, V. Breve historia de la ética. RBA Divulgación. 2013; 366-368

exterior. Aquella imagen de un planeta azul flotando en las profundidades del espacio, luminoso como la Luna llena en una noche sin nubes, me hizo comprender claramente que todos somos miembros de una misma familia y habitamos la misma casa. Me invadió la conciencia de la ridiculez de los distintos desacuerdos y querellas que nos aquejan. Vi la futilidad de aferrarnos con tanta fuerza a las diferencias que nos separan. Desde esta perspectiva, se siente la fragilidad, la vulnerabilidad de nuestro planeta y su limitada ocupación de una pequeña órbita encajonada entre Venus y Marte en la vasta infinidad del espacio. Si no cuidamos de este hogar ¿qué otra función tenemos en la Tierra?[65]

La gran sucesión de triunfos de la ciencia y su progreso quedaba ensombrecida por un sentido de los límites de la ciencia, sus peligros y su culpabilidad, de esta forma, evoluciona la ética hacia terrenos más prácticos.

Estas éticas aplicadas surgen de una demanda social, dirigida hacia la filosofía, entendida como conocimiento de lo que es y debe ser la moral, de forma general y aplicada a la toma de decisiones concretas.

[65] Dalai Lama. El universo en un solo átomo – Cómo la unión entre ciencia y espiritualidad pueden salvar al mundo. Barcelona, Editorial Grijalbo, 2º reimpresión; 2006.

Es en este clima donde surge la Bioética, como la disciplina que se ocupa del estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizados a la luz de los valores y principios morales[66], considerando que este tipo de estudio no se puede reducir ni a la deontología médica, ni a la medicina legal, ni a la simple consideración filosófica sino que tiene por finalidad el análisis racional de los problemas morales ligados a la biomedicina y de su vinculación con el ámbito del derecho y de las ciencias humanas.[67]

[66] Reich WT. The Encyclopedia of Bioethics. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995: 95.

[67] Elio Sgreccia. Manual de Bioética. Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Ed. Diana. México. 1996, p. 37

CAPÍTULO II.

GÉNESIS DE LA BIOÉTICA

En el desarrollo histórico de la Ética, las líneas de pensamiento moral constituyen la perspectiva desde la que pensar y tratar los problemas morales de las distintas profesiones.

Esta Ética va a aportar al análisis, al planteamiento o a la resolución de conflictos prácticos, los conceptos y los razonamientos que ayudan a enmarcar un problema. De esta forma, consideramos la Ética aplicada, como *ética de las profesiones*, en cualquiera de sus dimensiones, científica, técnica, social o jurídica.[68]

Dentro de estas dimensiones se desarrolla la disciplina de la Bioética, cuyo nacimiento supone constatar la existencia de una serie de fenómenos que ocurrieron en la sociedad occidental, en el transcurso de la segunda mitad del siglo XX, y que son la manifestación del cruce de varios poderes en torno a un objetivo común, que es el control de los valores relacionados con el cuerpo y la vida de las personas.

Los principales fenómenos históricos implicados en el nacimiento de la Bioética fueron los motivados por la convergencia de factores de

[68] Camps, V. Breve historia de la ética. RBA Divulgación. 2013; 399

diversa índole: sociales, políticos, económicos, éticos, religiosos, científicos, etc.[69]

Uno de los factores que ha influido en el origen de la Bioética ha sido el declive del paternalismo[70] médico tradicional. El modelo paternalista, impuesto en la relación médico-enfermo[71], se extiende desde el siglo V a. c. hasta comienzos de los años setenta del siglo XX, la consideración del enfermo como un incapacitado físico y moral es la esencia del concepto de paternalismo, que ha sido una constante en la relación entre médico-enfermo hasta finales del siglo XX.[72] Teniendo en

[69] García Capilla, D.J. El nacimiento de la Bioética. Madrid: Biblioteca Nueva. 2007; 14.

[70] *Para Diego Gracia, el paternalismo es el hábito de tratar o gobernar a los otros como el padre trata y gobierna a sus hijos. Así definido, el paternalismo se ha dado desde tiempos remotos tanto en la vida familiar, como en la política, la religiosa y la médica. Y sin embargo el término es muy reciente. Gracia, D. Fundamentos en bioética, Madrid, Eudema, 1988; 99*

[71] El paternalismo ha sido una característica que ha definido a lo largo de la historia al rol del profesional. Con razón Diego Gracia se pregunta si son posibles las profesiones sin paternalismo o, lo que es lo mismo, si poner fin al paternalismo no supone poner fin al rol profesional. García Capilla, D.J. El nacimiento de la bioética. Madrid. Biblioteca nueva, S.L. 2007; 34.

[72] Childress, J.F., *Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Oxford University Press, New York, 1982. En esta obra se aborda en profundidad el concepto de paternalismo, que ha configurado la historia de la relación médico-enfermo, desde sus inicios en la Grecia clásica hasta la crisis del mismo por su conflicto con el principio de autonomía del paciente; este último hecho se produjo, fundamentalmente, a partir de sentencias judiciales en EEUU, a finales de la década de los años sesenta del siglo XX, que obligaron a modificar, por imposición legal, comportamientos paternalistas de los médicos. La consecuencia fue la imposición legal del respeto por parte del colectivo sanitario –fundamentalmente médicos– a las convicciones morales de los pacientes, a su concepción del bien y de lo bueno. Esto supuso una revolución de la tradicional relación entre médico y

cuenta este concepto, "*buen médico era quien actuaba con su enfermo de modo paternal, es decir, buscando el beneficio de éste y no el suyo propio, y buen enfermo el que asumía un rol pasivo de sumisión, confianza y respeto. Cuanto mejor era el enfermo, más infantiles resultaban sus patrones de conducta".*[73]

Hay que resaltar dos hechos fundamentales que actuaron como desencadenantes del desequilibrio en la relación médico paciente: uno fue la demanda de respeto a la autonomía individual por parte de los pacientes, que originó la creación de la Carta de los Derechos del Paciente (1973) de la Asociación Americana de Hospitales y las sentencias judiciales en Estados Unidos, donde se impone el respeto legal al principio de autonomía del paciente, el derecho a recibir información completa sobre su situación clínica y el respeto sobre sus decisiones, con el llamado *consentimiento informado*, en relación a su enfermedad, tal y como señalan Lázaro y Gracia:

> *En treinta años, en las sociedades democráticas desarrolladas, el enfermo ha reivindicado el derecho a la autonomía, el médico se ha visto desposeído de su tradicional*

enfermo, pasando este último a dejar de ser considerado un disminuido físico y moral y aceptándose su condición de moralmente autónomo.

[73] Gracia, D. "Los cambios en la relación médico-enfermo", en *Bioética clínica*, El Búho, Santa Fe de Bogotá, 1998; 54.

poder de decisión y la relación entre ambos se ha transformado profundamente.[74]

En cuanto a la aparición de estos códigos de defensa de los pacientes, como un intento de salvaguardar la autonomía del enfermo, coincide con la percepción del avance en la aplicación de nuevas tecnologías en los centros sanitarios y el riesgo derivado de su aplicación.

A este respecto, el reconocimiento institucional de los derechos de los pacientes ha sido de gran preocupación en Europa, pues los hábitos paternalistas[75] han continuado en algunos profesionales y sólo la obligación legal ha permitido limitarlos.

Por otro lado, la extensión de la asistencia sanitaria con una amplia cobertura, proporcionada por el Estado de Bienestar[76], acelera el avance de las tecnologías médicas y biotecnologícas, que se desarrollan de

---

[74] Lázaro, L., Gracia, D. "Presentación: la nueva relación clínica", en P. Laín, el médico y el enfermo. Madrid. Triacastela; 2003. 28.

[75] Este modelo paternalista de relación médico-paciente, que se conoce desde los comienzos del arte médico, va modificándose a medida que la sociedad se vuelve más pragmática y el individuo más autónomo. Gracia D., Fundamentos de Bioética, Ed. Eudema, Madrid; 1989. 41-106.

[76] Según la definición de la OMS de 1946, la salud es igual a bienestar, de forma que el Estado de Bienestar asume la promoción del derecho a la salud y que esta se equipara al bienestar, provocando un crecimiento exponencial de la sanidad. García Capilla, D.J. El nacimiento de la bioética. Madrid. Biblioteca nueva, S.L.; 2007. 107.

forma exponencial. Las consecuencias sociosanitarias del Estado de Bienestar parten del hecho de que el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y el deber de asistencia sanitaria, por parte del Estado, se convierten en una prioridad; la salud pasa a ser un bien de consumo, con la característica de ser ilimitada. Siguiendo a Lydia Feíto:

> *La salud identificada, como nunca antes lo había estado, con el bienestar, en un sentido mucho más amplio que la mera positividad contraria al estado de enfermedad, amplía su perímetro, de tal modo que toda la vida humana queda invadida por su influjo.*[77]

Otra consecuencia de la extensión de la asistencia sanitaria es la medicalización de la sociedad[78] y la consecuente demanda de autonomía en la gestión de los valores de vida por parte de los ciudadanos. La medicalización de la sociedad contemporánea se ha prolongado como un proceso ilimitado que impide toda previsión de sus alcances y desarrollos, definiendo como médicos a problemas que pueden no ser de esta índole o que, aun siéndolos, no justificarían la intervención desmedida y exclusiva.

[77] Feíto, L. "La definición de la salud", Revista Diálogo Filosófico, nº 4 1996. 74.

[78] Según dice Foucault, el proceso de medicalización comienza con la medicina moderna en Occidente, a partir del siglo XVIII, "dotándose de un poder autoritario con funciones normalizadoras que exceden con mucho la existencia de las enfermedades y la demanda dl enfermo". Foucault, ¿Crisis de la medicina o crisis de la anti medicina?", en Estrategias de poder, Barcelona, Paidós;1999. 346.

La medicalización y la tecnificación en la asistencia sanitaria no sólo aporta avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino que, a veces, también supone una forma en la que el ámbito de la Medicina moderna se ha expandido y pone de manifiesto muchos otros problemas, tal vez no considerados como entidades médicas con anterioridad. De esta forma, se extienden las fronteras de las enfermedades tratables, surgiendo prescripciones y consumo de nuevos tratamientos y procedimientos que pueden así transformarse en demanda.

La Ética se medicaliza, de forma que sólo se considerará bueno lo que produzca salud o bienestar, y otro tanto podemos decir respecto de la Política y demás esferas.[79]

A partir de la crisis económica que tuvo lugar en los años setenta debido a un desequilibrio financiero, el Estado no disponía de los recursos suficientes para hacer frente, por una parte, a las exigencias del mundo empresarial, que demandaba una política económica para garantizar beneficios, y por otra parte a las demandas ciudadanas que reclaman una ampliación de las coberturas de bienestar. De este modo

[79] Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. 62

fue como el Estado dejó de responder a las expectativas y demandas de los distintos grupos de presión, y de la población en general. Asimismo se produce la crisis del Estado de Bienestar, generando la necesidad de racionamiento y distribución de los recursos sanitarios, la distribución justa de los bienes escasos y el acceso en condiciones de igualdad. El gasto de esta asistencia es limitado y hay que distribuirlo en virtud de un principio de justicia distributiva.

El planteamiento de coste-beneficio en la sanidad se tendría que entender como el ejercicio de la medicina que mira a individualizar la menos costosa entre dos alternativas terapéuticas igualmente eficaces o la más eficaz entre dos alternativas terapéuticas del mismo costo[80]. Es necesaria la integración de la lógica económica y la Medicina para racionalizar el gasto, y no la sustitución de una por otra.

Como dice Diego Gracia:

> *De ahí que en el cambio de siglo se haya convertido en prioridad mundial la búsqueda de un nuevo modelo económico, político y ético, hoy generalmente conocido con el nombre de "desarrollo sostenible". El desarrollo sostenible exige a su vez un*

[80] Spagnolo AG. Principios de la Bioética Norteamericana y Crítica del Principlismo. Bioética y Ciencias de la Salud. 1998; 3(1): 8

nuevo tipo de medicina, que Daniel Callahan ha denominado "salud sostenible".[81]

El modelo asistencial actual en las sociedades desarrolladas se debe en gran medida a la incorporación de las tecnologías médicas, que se han visto afectadas por la crisis del paternalismo y la imposición del respeto a la autonomía de los pacientes, junto con la extensión de la asistencia sanitaria a la mayor parte de la población, produciendo el fenómeno de la medicalización. Todos estos factores que surgen de forma conflictiva, a su vez, dan origen a nuevas dificultades y es a partir de la constatación de esta situación, donde comienza a desarrollarse la Bioética.

La Bioética nace como un nuevo saber emergente, desarrollado a demanda del contexto histórico que la creó, intentando hacerse cargo de los nuevos conflictos en torno a los valores de vida, mediando en cuestiones relativas al principio de respeto a la autonomía del paciente, que supone un nuevo reto, no sólo para los profesionales de la salud, sino para la sociedad en su conjunto, utilizando procedimientos de resolución de conflictos en los que el diálogo y la deliberación ocupan un lugar

[81] Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. 77.

central, es decir procesos deliberativos propios de sociedades abiertas, democráticas y plurales.

En consecuencia, este progreso que conocieron las ciencias de la vida, especialmente la Enfermería, la Fisiología y la Psicología experimental, está fuertemente relacionados con el origen del término y el concepto de Bioética.

El primer autor que utilizó la palabra Bioética fue el oncólogo estadounidense investigador en la Universidad de Wisconsin (Madison) Van Rensselaer Potter (enero de 1971) y la definió como la parte de la Biología que se ocupa de emplear los recursos de las ciencias biológicas de modo que se obtenga, con su uso correcto, una mejor calidad de vida.

Según Potter el término tenía un sentido muy amplio y relacionado con la Ecología:

> *Tenemos mucha necesidad de una ética de la tierra, una ética de la vida salvaje, una ética de la población, una ética del consumo, una ética urbana, una ética internacional, una ética geriátrica, y así sucesivamente. Todos estos problemas reclaman acciones basadas sobre valores y sobre hechos biológicos. Todos*

ellos constituyen la bioética, y la supervivencia del ecosistema total es la prueba del sistema de valores.[82]

Fue el que lideró la Bioética como disciplina. Según él mismo aseveró, la Bioética estaba avanzando como una nueva doctrina que combinaba el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos.

El termino Bioética está compuesto por dos palabras griegas: *bios*, vida, y *ethos*, ética. Eligió *bio* para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivos, y *ethics* para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos. De esta forma utilizó el término en un sentido evolucionista, diferente al actual, *de forma que la Bioética sería un puente entre la ciencia y las humanidades*, que en ese momento estaban separadas, y tendría por tarea enseñar cómo usar el conocimiento en el campo científico-biológico.

El término acuñó en 1970 en su artículo "*Bioethics: The science of survival"*; después lo utilizó de manera más amplia en un libro suyo,

[82] Potter VR. Bioethics: Bridge to the Future. London: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1971.

publicado en 1971 titulado: "*Bioethics: bridge to the future*", (Bioética: un puente hacia el futuro).[83]

Su preocupación era la creciente intervención de la ciencia y la tecnología sobre la Naturaleza. El desarrollo de la tecnología procuraba que el hombre pudiera manipular a los seres vivos, el medio en que éstos viven, se desarrollan y se relacionan, pero la responsabilidad que debiera estar asociada a este avance tecnológico no era proporcional al gran desarrollo científico, poniendo en peligro la supervivencia del hombre sobre la naturaleza, así apelaba a la construcción de una moral ecológica, es decir de una Bioética.

Desde el comienzo de los años setenta del siglo XX, la Bioética ha tenido un desarrollo más importante en la Enfermería y en la Medicina que en la Ecología; se ha preocupado de los problemas derivados de la creciente intervención de la ciencia y la tecnología médica en la salud y en la vida de las personas. Potter manifestó su decepción por el curso seguido por la Bioética, reconociendo la importancia de las aportaciones de André Hellegers.

[83] Potter, V. R., Bioethics: bridge to the future, New Jersey, Prentice Hall, 1971.

Asimismo Ferrer y Álvarez, han señalado la poca influencia de Potter en el desarrollo de la disciplina:

> *"El poco éxito de la propuesta potteriana se ha debido, en parte, a la falta de apoyos institucionales y económicos que tuvo. Potter dedicó su vida a la investigación en su especialidad científica, dedicándose a la bioética solamente a tiempo parcial y sin apoyos institucionales. Sin embargo, es preciso apuntar que en estos momentos estamos viviendo un renacer de la bioética global que retoma las ideas originales del científico de Madison".*

André Hellegers, obstetra holandés, creó un Instituto fundado en 1971 en Georgetown (Washington D.C.) denominado the Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics, que más tarde se transformaría en el Kennedy Institute of Ethics. Como señala Javier Gafo:

> *"El obstetra holandés entendió su papel como el de la partera que sacaba a la luz la nueva disciplina, no tanto a través de grandes publicaciones, sino estimulando el diálogo mediante conversaciones y escritos. Entendió su misión también como un puente: persona puente entre la medicina y la filosofía y la ética, suscitando el interés de los profesionales de la ética en los problemas biológicos".*[84]

[84] Gafo, J. "Historia de una nueva disciplina: la bioética", en C. Romeo (coord.), Derecho médico y bioética, Granada; Comares; 1998. 92.

Hellegers creó el primer Centro Universitario dedicado a esta disciplina: utilizó el término Bioética para referirse, sobre todo, al estudio de la Ética médica o a problemas médicos[85]. Este es el legado de Hellegers, según W. T. Reich, que es el que se ha impuesto en los últimos 25 años.[86]

Ferrer y Álvarez señalan las siguientes características del modelo de Hellegers que lo diferencian del de Potter y que probablemente justifican las claves de su éxito.[87]

Por un lado, los estudios del Instituto Kennedy centraron su atención en problemas biomédicos, más cercanos a las preocupaciones de la gente: relación clínica, ética de la experimentación, el aborto, la ética al final de la vida, etc. Estas cuestiones tienen una urgencia política de la que carecían los planteamientos de Potter.

[85] Advertimos que la Bioética se constituye al amparo de los problemas clínicos médicos. Por lo que entendemos que el hecho de que la materia de ética exista en la troncalidad de los estudios de Enfermería no obedece a cuestionamientos desde los cuidados enfermeros sino desde la praxis médica.

[86] W. T. Reich, "The World Bioethics: The Struggle Over Its Earliest Meanings", en Kennedy Institute of Ethics Journal, vol.5, nº 1 (1995), 19-34. 20

[87] Ferrer, J.J. Álvarez, J.C. Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Madrid: Universidad Pontificia Comillas: Desclée De Brouwer, 2003. 63-64.

Así, el lenguaje filosófico adoptado en el Instituto Kennedy era más tradicional y familiar, donde los filósofos, teólogos y políticos se manejan más fácilmente con este lenguaje. El lenguaje de Potter no estaba anclado en la tradición filosófica de Occidente.

Hellegers y su grupo tuvieron financiación y apoyo institucional que Potter no tuvo. La Universidad de Georgetwon brindaba su ambiente interdisciplinario y tenía prestigio como institución católica y jesuita; así como el millonario apoyo económico de la Fundación Kennedy.

Potter concebía la Bioética como una combinación de lo científico y lo filosófico y se resistía a que fuera una rama más de la Ética aplicada.

Hellegers entendía la Bioética como una materia antigua que se aplicaba a las realidades actuales que trata de resolver los problemas morales nuevos, pero a partir de principios éticos ya existentes y universales.

Ese doble lugar del nacimiento de la Bioética tiene su especial relevancia por el hecho de que, aunque debe reconocerse a Potter el origen del término, sin embargo dio a aquélla un contenido distinto del que le ha correspondido en su desarrollo ulterior.

Albert R. Jonsen, profesor de la Universidad de Washington, Seatle, quiso reclamar el derecho a ser cuna de la Bioética y convocó una reunión en 1992 bajo el epígrafe "*El nacimiento de la bioética*", para celebrar lo que consideraban el trigésimo aniversario del nacimiento de la disciplina. Se tomó como punto de referencia un artículo de la revista Life del 9 de noviembre de 1962, que contaba cómo se estableció un comité en Seattle, formado por personas preferentemente no médicas y cuya función era seleccionar los pacientes más adecuados para aplicarles un tratamiento revolucionario de hemodiálisis que no se encontraba al alcance de todos los solicitantes. Sin embargo, en 1962 la palabra no había visto la luz pública ni habían sido difundidos los casos famosos que publicó la prensa americana y que fueron decisivos en su nacimiento.

La publicación de la Enciclopedia of Bioethics, editada por Warren T. Reich en 1978[88] contribuyó al establecimiento definitivo del término Bioética en el ámbito intelectual.

Una de las razones del éxito del término Bioética ha sido su significado laxo, permitiéndole una gran adaptabilidad. En este sentido

[88] Reich, W. T., Enciclopedia of bioethics, New York/Londres, Macmillan y Free Press, 1978.

Diego Gracia considera que el éxito del término ha sido proporcionado a su indefinición:

> *De hecho cada uno lo ha interpretado a su modo y manera, de acuerdo con su profesión e ideología. Los médicos vieron en él el nuevo rostro de la clásica ética médica o deontología profesional. Los biólogos y ecólogos, por su parte, consideraron que obedecía a la nueva toma de conciencia de las sociedades avanzadas por el futuro de la vida, ante las continuas agresiones al medio ambiente. Gran parte de la ambigüedad del término se debe a las palabras que lo componen (...) Hay una última fuente de ambigüedad, ya que la propia estructura de la palabra no permite saber si se concede prioridad a la biología sobre la ética o viceversa.*[89]

En la actualidad, "Bioética" hace referencia a un amplio campo de problemas éticos y de las ciencias de la vida, generalmente relacionados con la medicina, la biología, el medio ambiente, la población y las ciencias sociales. Así, la Asociación Internacional de Bioética (*The International Association of Bioethics*), en sus estatutos, define la Bioética como "el estudio de los temas éticos, sociales, legales,

[89] *Gracia, D. "Planteamiento general de la bioética", en A. Couceiro (ed.), Bioética para clínicos, Madrid, Triacastela; 1999. 19.*

filosóficos y otros relacionados, que surgen en el cuidado de la salud y en las ciencias biológicas".[90]

II.1. ASUNCIONES IDEOLÓGICAS DE LA BIOÉTICA.

Los acontecimientos que tuvieron lugar en España a lo largo del siglo XX, fundamentalmente tras la guerra civil española[91], el contexto internacional, con la crisis económica del 29, la primera y la segunda guerra mundial[92], han influido en su evolución y desarrollo.

[90] The International Association of Bioethics, "Constitution. 1999-version", ejemplar inédito, versión de mayo de 1999.19. Disponible en: http://www.uv.es/gibuv/Grifols.pdf. Consultado 15/010/2012

[91] El 18 de julio de 1936 los militares más conservadores del Ejército español se levantaron en armas contra la República. Este acto significaba el fin del experimento democrático realizado en España desde abril de 1931. La caída de la Dictadura del general Miguel Primo de Rivera y el descrédito de la Monarquía habían posibilitado la proclamación de la II República Española como panacea que pretendía sacar al país de su histórico atraso. Sin embargo, los años que van desde 1931 a 1936 se convirtieron en fiel reflejo de las contradicciones de la sociedad española. De un lado, muchos pedían un cambio social y económico profundo que acabara definitivamente con el poder oligárquico en España. Del otro, ese mismo poder, apoyado por el Ejército y la Iglesia, luchaba por defender su posición privilegiada. Las elecciones de febrero de 1936 sólo sirvieron para dividir aún más a los españoles y tras el triunfo del Frente Popular, la oligarquía ya sólo tuvo fe en una acción salvadora del Ejército que librara a España de la anarquía y la revolución. Se daba paso así a la Guerra Civil Española.

[92] Las conquistas del nazismo y el fascismo y la devastación de la Segunda Guerra Mundial interrumpieron la vida universitaria en la Europa continental durante casi una década. Buena parte de la ciencia social alemana se trasladaría a Estados Unidos, donde enriquecieron la investigación y la docencia americana en sociología, psicología y ciencia política. Académicos como Paul Lazarsfeld, Kurt Lewin, Wolfgang Kohler, Hans Speier, Karl Deutsch, Hans Morgenthau, Leo Lowenthal, Leo Strauss, Franz Neumann, Henry Ehrmann, Otto Kircheimer, Herbert Marcuse, Marie Jahoda, Erich Fromm, Franz Alexander, Hannah Arendt, hicieron importantes contribuciones a la revolución conductista en Estados Unidos, así como a las distintas tendencias que la atacaron. Blog Oficial Ciencia Política UNFV 2011. http://epcpunfv.blogspot.com.es/2011/11/el-estudio-cientifico-de-la-politica.html

Los años de la posguerra marcaron una tremenda regresión en el terreno económico en España. El hundimiento de la producción agrícola e industrial fue acompañado de una vuelta atrás histórica.

Fue recién acabada la guerra civil, cuando Franco[93] hizo pública su adhesión al Pacto Antikomintem[94], el acuerdo anticomunista que asociaba a la Alemania nazi, la Italia fascista y Japón.

Las derrotas del Eje hicieron que, a partir de 1942, Franco comenzará un cauteloso giro en su política internacional buscando la conciliación con los países aliados.

El evidente fracaso del modelo autárquico[95] llevó a que desde los inicios de los años cincuenta se produjera un giro en la política

[93] Jefe del Estado español durante la dictadura de 1939-75. La carrera de Francisco Franco continuó bajo distintos regímenes políticos: la dictadura de Primo de Rivera, la Segunda República, fue comandante en jefe del ejército español en Marruecos (1935) y jefe del Estado Mayor Central (1936). El gobierno del Frente Popular le alejó a la Comandancia de Canarias, puesto que ocupaba al estallar la guerra civil. Terminada la guerra civil, Franco impuso en toda España un régimen inicialmente alineado con los fascismos de Hitler y Mussolini, que eran sus aliados e inspiradores, pero terminada la guerra con la derrota de las fuerzas del Eje, aliadas de Franco, su régimen sufrió un cierto aislamiento diplomático, aunque consiguió mantenerse, rentabilizando su anticomunismo radical en el contexto de la guerra fría. Instauró desde el principio una dictadura personal de carácter autoritario, sin una ideología definida más allá de su carácter confesional católico. Desde 1969 institucionalizó como sucesor al príncipe Juan Carlos, nieto del último rey de España (Alfonso XIII); tal previsión sucesoria se cumplió tras la muerte de Franco el 20 de noviembre de 1975, pero no fue acompañada de una continuidad política, ya que, sin romper con la legalidad vigente, el nuevo rey promovió una transición pacífica a la democracia.

[94] Tratado firmado por Alemania y Japón en el que se declaraba la hostilidad de ambos países al comunismo y a la Internacional Comunista. A él se unió un año más tarde la Italia de Mussolini. En 1939 lo hizo la España de Franco. Este pacto fue el primer paso para la configuración del bando del Eje durante la segunda guerra mundial.

económica, aplicándose una liberalización parcial de precios y del comercio y la circulación de mercancías.

En 1946, la Asamblea General de las Naciones Unidas votó contra el ingreso de España, debido a que la dictadura de Franco era considerada aliada de las potencias fascistas recién derrotadas.

A esta condena internacional siguieron años de aislamiento económico y político, aunque EEUU trataba de no romper completamente con un régimen que fue su aliado en la recién iniciada guerra fría.[96]

Pese a ello, España no recibió ninguna ayuda del Plan Marshall[97], ni fue admitida en la OTAN.[98]

---

[95] Etapa económica en el Franquismo que trató de superar las limitaciones del mercado internacional, afectado por la segunda guerra mundial, y las restricciones político-diplomáticas impuestas a Franco por los aliados. Pretendía lograr el autoabastecimiento del mercado nacional con la propia producción interna del país. Originó corrupción y escasez, siendo abandonada en los años 50.

[96] El término "guerra fría" fue por primera vez utilizado por el escritor español Don Juan Manuel en el siglo XIV. En su acepción moderna fue acuñado por Bernard Baruch, consejero del presidente Roosevelt, quién utilizó el término en un debate en 1947 y fue popularizado por el editorialista Walter Lippmann.

Este concepto designa esencialmente la larga y abierta rivalidad que enfrentó a EE.UU. y la Unión Soviética y sus respectivos aliados tras la segunda guerra mundial. Este conflicto fue la clave de las relaciones internacionales mundiales durante casi medio siglo y se libró en los frentes político, económica y propagandístico, pero solo de forma muy limitada en el frente militar.

[97] El Plan Marshall, es el nombre por el que se conoce el Programa de Reconstrucción Europeo anunciado por el entonces secretario de estado

La guerra fría y el consiguiente cambio en la política internacional en EEUU propiciaron que, desde 1951, comenzara a llegar ayuda

norteamericano George Marshall en un discurso en la Universidad de Harvard el 5 de junio de 1947.

Ante la penuria europea y la imposibilidad financiera de comprar productos norteamericanos este plan de ayuda demandaba una coordinación previa de los países europeos para su aplicación. Para ello se reunió en junio-julio de 1947 una conferencia en París a la que, tras muchas dudas, acudió la URSS. Moscú pronto declinó el ofrecimiento y obligó a sus países satélites a hacer lo mismo alegando que el plan era un instrumento del imperialismo y la hegemonía americana.

Pese a la campaña de los partidos comunistas, dieciséis países aceptaron la ayuda y se reunieron en una Conferencia en París en septiembre de 1947. La Conferencia tenía un triple objetivo: impedir la insolvencia europea que hubiera tenido nefastas consecuencias para la economía norteamericana, prevenir la expansión del comunismo en Europa y crear una estructura que favorecieran la implantación y el mantenimiento de regímenes democráticos. La España de Franco, que no cumplía ningún requisito democrático, fue excluida del Plan, lo que hizo aún más duro el lento proceso de recuperación de nuestro país tras la guerra civil.

[98] La formación de la Alianza Atlántica atravesó varias fases, finalmente, se firmaba en Washington 4 de Abril de 1949 el Tratado del Atlántico Norte o Alianza Atlántica. Lo firmaron doce países (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Francia, Italia, Noruega, Dinamarca, Islandia, Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo y Portugal). En 1952 Turquía y Grecia accedieron al Pacto, la República Federal de Alemania en 1955 y, finalmente España, que tuvo que esperar a la muerte de Franco para participar en la defensa occidental en pie de igualdad, en 1982.

El artículo 5 es la clave del tratado y en caso de una agresión contra un estado miembro compromete a sus miembros a tomar las medidas necesarias "incluyendo el empleo de la fuerza armada para restablecer y asegurar la seguridad en la región del Atlántico Norte".

En 1950, tras el desencadenamiento de Guerra de Corea, se creó una estructura militar permanente, la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN). Aunque no son exactamente lo mismo, Alianza Atlántico y OTAN se utilizan como términos sinónimos.

El Consejo Supremo es el órgano supremo de dirección política de la Alianza. Tiene un Secretario General, portavoz de la Alianza, que tradicionalmente ha sido un europeo. El español Javier Solana ejerció ese cargo de 1995 a 1999. Los norteamericanos se han reservado siempre los altos cargos militares, esencialmente el SACEUR (*Supreme Allied Commander in Europe*).

Durante la guerra fría y en el marco de la OTAN, los EEUU. han mantenido una importante presencia militar en Europa.

económica norteamericana. Aunque inferior a la recibida por los países beneficiarios del Plan Marshall, esta ayuda permitió importaciones de bienes y de equipos, imprescindibles para el desarrollo industrial. En 1952 se puso fin al racionamiento de alimentos.

Mientras, la dictadura franquista trató de lavar su imagen internacional, reduciendo el protagonismo de los falangistas que recordaran a las potencias del Eje. Paralelamente, los católicos obtenían mayor presencia en la dictadura. Apoyo de *Yure* a través del Concordato con la Santa Sede era esencial para salir del aislamiento internacional.

En 1953, Franco obtuvo el reconocimiento internacional con la firma de acuerdos con Estados Unidos y el Concordato con la Santa Sede[99], el Vaticano exigía el restablecimiento explícito de la confesionalidad del Estado y un estatus de privilegio para la Iglesia Católica; los acuerdos con los Estados Unidos abarcaron aspectos de carácter defensivo y económico, ayuda mutua y obtuvieron el derecho a establecer y utilizar instalaciones militares, a cambio recibió material bélico y ayuda económica y técnica. Además los acuerdos con Estados Unidos sirvieron

[99] La Santa Sede Apostólica y el Estado español, animados del deseo de asegurar una fecunda colaboración para el mayor bien de la vida religiosa y civil de la Nación española, han determinado estipular un Concordato que, reasumiendo los Convenios anteriores y completándolos, constituya la norma que ha de regular las recíprocas relaciones de las Altas Partes contratantes, en conformidad con la Ley de Dios y la tradición católica de la Nación española.

para regularizar las relaciones diplomáticas y comerciales de España con los países del bloque occidental.

Franco realizó una nueva remodelación del gobierno en la línea iniciada en 1951, apartando a los falangistas y promocionando a los sectores católicos, entrando así, como ministros, hombres procedentes del Opus Dei, los llamados tecnócratas; esta nueva generación de políticos protagonizarían la etapa siguiente del franquismo, caracterizado por un intenso crecimiento económico en la década de 1960. Estos nuevos ministros diseñaron el giro definitivo en la política económica: el Plan de Estabilización de 1959.[100]

Así escribió Gabriel Celaya, en su poema "España en marcha":

¡A la calle!,

[100] Mariano Navarro Rubio, Alberto Ullastres y Laureano López Rodó, iniciaron una reforma económica entre 1957 y 1959, cuya culminación fue el Decreto-Ley de Nueva Ordenación Económica o Plan de Estabilización, basado en la reducción del gasto excesivo del Estado, eliminando los excesivos controles que el estado ejercía sobre la economía y fomentando la iniciativa privada, la progresiva liberalización de la economía y la apertura de la economía española a los mercados exteriores.

La liberalización tuvo importantes consecuencias. Provocó una intensa emigración desde el campo a la ciudad y a los países más industrializados de Europa. La caída de población en el campo impulsó a su vez la mecanización de las tareas agrarias y el aumento de la demanda de bienes industriales. Se controló la inflación y la balanza de pagos dejó de ser deficitaria, gracias también a las divisas del turismo y de los trabajadores españoles emigrados al extranjero. El crecimiento económico fue constante y España se incorporó al grupo de los países desarrollados, coincidiendo con una etapa expansiva a nivel mundial y especialmente europea.

que ya es hora de pasearnos a cuerpo y mostrar que, pues vivimos,
anunciamos algo nuevo.
No reniego de mi origen
pero digo que seremos
mucho más que lo sabido, los factores de un comienzo.
Españoles con futuro
y españoles que, por serlo,
aunque encarnan lo pasado no pueden darlo por bueno.
Recuerdo nuestros errores
con mala saña y buen viento.
Ira y luz, padre de España, vuelvo a arrancarte del sueño.

El inmovilismo político quedó consagrado en 1958, con la aprobación de la Ley de Principios del Movimiento Nacional[101], en la que simplemente se resumían los viejos principios ideológicos del régimen.

El fin del aislamiento internacional quedó claramente expuesto con la visita del presidente norteamericano Eisenhower a España, en 1959. El abrazo entre el general que había intervenido de forma clave en la derrota de Hitler y el dictador, mostraba como la guerra fría había cambiado la política internacional.

[101] El texto corresponde a la Ley de Principios Fundamentales del Movimiento Nacional, es un texto histórico, fuente primaria, de contenido jurídico-político y carácter legislativo, ya que estos principios constituyen fuerza de Ley, promulgada por Francisco Franco.

Fueron, en España, la ideología Norteamericana y la Iglesia Católica las principales influencias para un nuevo renacer.

Por un lado, John F. Kennedy, vencedor demócrata, propuso que su país entrara con dinamismo a la nueva década y dijo:

"La Nueva Frontera está aquí, ya sea que la busquemos o no"

Concluyó su primer discurso como presidente con una elocuente exhortación:

"No preguntes qué puede hacer tu país por ti, sino qué puedes hacer tú por tu país"

En general, los demócratas querían que el gobierno garantizara el crecimiento y la estabilidad; deseaban que las prestaciones federales se ampliaran a la educación, la salud y el bienestar. Vietnam y la crisis de los misiles hizo que él fuera por primera vez el líder reconocido del occidente democrático.

Su sucesor, Lyndon Johnson, ocupó la vicepresidencia junto a Kennedy; su idealismo liberal era tal vez más profundo que el de Kennedy. Ellos fueron reflejando las características de la sociedad americana del siglo XX.

Por otro lado, la jerarquía católica quiso situarse convenientemente en este nuevo mundo, al que afluían numerosos inmigrantes de naciones

tradicionalmente católicas. Con el fin de vencer los recelos de una nación de formación protestante y con una clara idea de la separación Iglesia-Estado, pero también de proceder a una tarea unificadora que supera la tendencia a mantener iglesias nacionales y fundirse en la sociedad norteamericana.[102]

Como ocurrió en la Contrarreforma, el modelo de Catolicismo propuesto desde el Concilio de Trento[103], pretendía orientar la política,

---

[102] Alva, I. (2003). Reseña de "Estados Unidos en 1898 República o Imperio" de Luis J. Torres Oliver. *Anuario de Historia de la Iglesia*, 516-517. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35512116. Consultado en: 10/09/2012

[103] El acontecimiento central de la Reforma Católica o Contrarreforma fue el Concilio de Trento (1545-1563), y su reunión marca la hora en que el Papado tomó por fin la dirección de la empresa renovadora de la iglesia.

El origen y desarrollo del protestantismo, con Martín Lutero, iniciador de la reforma protestante, produjo una profunda división religiosa. Por distintas razones, católicos y protestantes se encontraban de acuerdo para reunir al Concilio, los católicos para aislar a los protestantes definitivamente, y los protestantes como un medio dilatorio para no someterse hasta que el Concilio se hubiera pronunciado.

Su obra fue extraordinaria tanto en el campo doctrinal como en el disciplinar. Dentro del primero, se declaró ante todo que la Revelación divina se ha transmitido por la Sagrada Escritura interpretada por el Magisterio de la Iglesia y la Tradición apostólica. El concilio abordó el tema clave de la justificación y, frente a las teologías luterana y calvinista, declaró que la Gracia Divina y la cooperación libre y meritoria de la voluntad humana obran en concurrencia la justificación del hombre. El otro tema dogmático tratado por el Concilio fue el sacramental, donde tanta confusión habían sembrado los protestantes: se definió la doctrina de los siete Sacramentos y las notas propias de cada uno de ellos.

Los elementos históricos que lo desencadenaron se fundamentan en que, antes de los planteamientos de Lutero, la Iglesia estaba aletargada y deseaban no una restauración o una nueva religión sino innovación, una forma de conservar la religión antigua incitando a los padres del Concilio, siguiendo la costumbre de los humanistas, a buscar en la antigüedad para encontrar en las épocas más remotas de la Iglesia y así poder contrastar sus ideales y su vida, con el primitivo cristianismo.

El Concilio se abstuvo por sistema de hablar de cuestiones controvertidas, con la intención de proteger la tradición dada las innovaciones del protestantismo. Navarro Perán,

reglar las transacciones económicas, controlar la producción literaria y artística, dando como resultado el acercamiento de Iglesia y Monarquía, impulsadas por un mismo movimiento[104], para el cristianismo, la Contrarreforma o Reforma Católica representó un esfuerzo inaudito de aculturación, una tentativa colosal de cambiar y uniformar las conductas y la mentalidades de la población de la época.[105]

Por lo que se refiere a esta disciplina, la Bioética, tiene su origen en la cultura norteamericana, en la que el principio de 'libertad moral' rige la vida política desde el siglo XVIII, y se aplica tanto en el orden religioso (principio de libertad religiosa), como en el político (principio de democracia). El punto de partida es que todo ser humano es un agente moral autónomo y que, por ello, debe ser respetado por los que mantengan posiciones morales distintas.

Ninguna moral puede imponerse a las personas en contra de su conciencia. De aquí que, la Ética civil y social no se pueda construir sólo por un grupo determinado, sino que debe ser el resultado del consenso

M.A., Hernández Conesa, J.M., Torralba Madrid, M.J., Beniet Montesinos, J.V. Un estudio de los modelos educativos enfermeros en la España de la Contrarreforma, a través de los textos escritos y editados por las órdenes religiosas, con voto de Hospitalidad. Diego Marín ed. Murcia 2012. Pág. 102-111.

104 Fernández Terricabras I. Felipe II y el Clero Secular. Madrid: Sociedad Estatal para la Conmemoración de los Centenarios de Felipe II y Carlos V; 2000. P. 21-23.

105 Ibídem Pág. 122.

deliberativo logrado por todos los ciudadanos, por todos los agentes morales, mediante las reglas propias del sistema democrático. Aplicar todos estos supuestos a la relación clínica es, precisamente, lo que genera la aparición de la Bioética.[106]

Una parte de la Bioética norteamericana se ha presentado como un intento de conseguir una Ética de consenso, basada en principios emanados de un "sentido común moral", que debe estar cerrado necesariamente a la trascendencia y en la cual los interlocutores debieran dejar de lado sus creencias y convicciones religiosas o morales a favor de lograr acuerdos de mínimos.[107]

Por otra parte, es necesario reconocer que la reflexión sobre salud y enfermedad aparece en los textos canónicos de las religiones, y aspectos como la integridad de la persona humana y su cuerpo, el valor de la vida y la muerte, el mandamiento de hacer el bien, la asistencia al moribundo, la exigencia de justicia en el acceso a salud para los pobres y la protección de miembros vulnerables de la sociedad, son temas que ya existían en el contexto de la reflexión teológica antes del nacimiento de la Bioética. Por tanto, sería faltar a la verdad afirmar que el enfoque

[106] Couceiro-Vidal, A., Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. Viguera Editores SL 2008. EDUC MED 2008; 11 (2): 69-76.

[107] Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999: 33-36.

religioso no ha influido en el desarrollo de la Bioética o no considerarlo importante. Ciertos conceptos que se usan en Bioética provienen de la reflexión teológica, por ejemplo, el de proporcionalidad en el tratamiento en decisiones de salud al finalizar la vida que deriva de la distinción teológica entre tratamiento ordinario y extraordinario.[108]

La dirección donde inicialmente se ha hecho escuchar la influencia de la Iglesia Católica es en una corriente que tiene como centro el hombre y el sistema de los progresos de la ciencia biomédica, así, es como surge el *Kennedy Institute of Ethics*, regido por padres jesuitas.

Antes que apareciera el término de Bioética, la medicina científica se ha caracterizado desde sus orígenes por su carácter Ético. Es conocido el Juramento de Hipócrates (460-370 a.C.), que ha influenciado la actividad médica aun antes del cristianismo.[109]

El cristianismo en esta fase histórica, tal como ha hecho con el pensamiento filosófico de Platón y de Aristóteles, ha introducido nuevos

[108] Rodríguez Yunta, E., Religión y Bioética, Acta Bioethica 2010; 16 (1): 7-8.

[109] Existen problemas de atribución y de autenticidad, así como de crítica textual relativos a todo el Corpus Hippocraticum, comprendiendo el texto del Juramento. El Corpus es ciertamente el resultado de las contribuciones de una tradición y no de un solo pensador, sino permanece consolidado también de frente a la crítica histórica la paternidad hipocrática sustancial del pensamiento contenido en el Juramento. Ver Sgreccia E. Manuale di Bioetica, vol. I, Milano, Vita e pensiero 2003, pág. 14; Von Engelhardt D. Storia dell'etica medica, en Dizionario di Bioetica (editado por Leones S. Privitera S.), Boloña; 1994.954-958; Gracia D., Fundamentos de Bioética, Madrid. Edema; 1989. 45-84.

conceptos y nuevos valores a través de la teológica moral y de la praxis médica. El valor de la persona humana, originado en la doctrina sobre la creación del hombre a imagen y semejanza de Dios, en la doctrina sobre la Encarnación del Hijo de Dios y la redención operada por Jesucristo, así como en la enseñanza evangélica y el ejemplo de Jesús, ha llevado a encuadrar en el orden de la caridad el ejercicio de la medicina y a considerar a Cristo mismo presente en el enfermo. El Cristianismo también ha subrayado la obligación del médico de representar la figura de Cristo/Médico al lado del enfermo y del que sufre, así como el deber de todo fiel de asistir al enfermo y de visitarlo.

Por lo que ha aportado en el mundo, junto al Evangelio, la institución del hospital, por iniciativa de los Obispos y de las Órdenes Religiosas Hospitalarias. Los monasterios en Occidente fueron lugares de asistencia a los pobres y a los enfermos, así como lugares de estudio de la Medicina.[110]

En nombre de esta teología, la Iglesia Católica ha desarrollado una moral médica de carácter teológico que proclama la sacralidad y la inviolabilidad de la vida de toda criatura humana.

[110] Sgreccia E. La contribución de la Iglesia Católica al desarrollo de la Bioética. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en. http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica16/Contribucion.html. Consultado en: 05/03/2012

Diego Gracia ha escrito sobre la relevancia de las tradiciones religiosas para el discurso Bioético, expone sus tesis de la separación radical entre las Éticas de la fe y las de la autonomía.[111]

Elio Sgreccia señala que el aporte específico realizado a la Bioética, comprende cuestiones de método, de epistemología y de fundamentación.[112]

Siempre se ha afirmado, comenta Javier Gafo, que las exigencias éticas no sólo tienen validez para el creyente, sino que representan los valores Éticos que todo hombre, cristiano o no, tiene grabados en su conciencia.[113]

El modelo ético de la ley natural, de carácter predominantemente deontológico, es el mejor reflejo y exponente de esta pretensión de universalidad de la moral católica en general y, en concreto, en los temas de Ética de la vida, pero no es el único.[114]

---

[111] Gracia D. Religión y ética. En: *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética.* Madrid: Triacastela; 2004: 129-196.

[112] Sgreccia E. Aportes de la Iglesia Católica al desarrollo de la bioética. *Ars Medica*, Santiago de Chile, 2008; 16: 215-230.

[113] Gafo J. Bioética y Tradición Católica. En: Vélez J (coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de bioética (1970-2000)*.Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 79-110.

[114] Flecha JR. *Teología moral fundamental.* Madrid: BAC; 1994: 135-138.

El discurso racional ético es fundamental en una Bioética católica. La moral católica debe utilizar también las mismas herramientas del discurso racional ético. Nuestra forma de percibir los valores humanos básicos y de relacionarnos con ellos, está configurada por nuestra cultura y nuestra forma de ver el mundo. Esta forma de ver el mundo puede distorsionar los valores humanos básicos y afectar consecuentemente a nuestras opciones éticas. Es, en este punto, donde se puede inscribir el significado de la Bioética cristiana. La fe ilumina al creyente para hacerle sensible a los genuinos valores humanos.

La tradición cristiana ilumina esos valores, los apoya y les proporciona un contexto para saber leerlos en las circunstancias concretas de la vida; sirve para subrayar los verdaderos valores humanos contra todos los intentos culturales de distorsionarlos.[115]

Todos estos valores, genuinamente evangélicos, son asumibles desde una ética no-creyente. Permiten un diálogo no sólo interdisciplinar, siempre necesario en los temas de Bioética, sino también entre distintas cosmovisiones y concepciones de la vida.

Y son valores que concretan y profundizan en el principio Bioético de beneficencia, que no puede ser el eterno olvidado: la reflexión Bioética

[115] Gafo J. Bioética y Tradición Católica. En: Vélez J (coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de bioética (1970-2000)*.Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 97-100.

cristiana tiene que seguir subrayando sus propios valores y su propio carisma, centrados especialmente en torno al principio de beneficencia: el valor del débil, la importancia de la generosidad y del altruismo, con énfasis en la relación de amistad personal sanitario-enfermo, que surgen de una Ética que hunde sus raíces en el mensaje evangélico.

En la fundamentación de la Bioética, la teología católica debe relacionar el sentido con la verdad científico-técnica y ofrecer la conexión perdida con la sabiduría tradicional.[116]

Los principios Bioéticos se entienden de manera distinta desde la fe, se jerarquizan también de otro modo y se pueden desarrollar con una profundidad diferente.

En el ámbito filosófico actual sobresale la necesidad de un diálogo. Desde la Ética del discurso, Habermas insiste en la necesidad del diálogo entre dos tendencias contrapuestas que caracterizan la situación intelectual de esta época: por un lado, la creciente implantación de imágenes naturalistas del mundo y, por otro, el recrudecimiento de las ortodoxias religiosas. Habermas sondea las tensiones entre naturalismo y religión y defiende una comprensión adecuadamente naturalista de la

[116] Vidal M. Ética cristiana y toma de decisiones en Bioética. En: Vélez J. (coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 119.

evolución cultural, que rinda cuentas del carácter normativo del espíritu humano. Además, propone una interpretación adecuada de las consecuencias secularizadoras de una racionalización cultural y social que, de modo creciente, los defensores de las ortodoxias religiosas se resisten a aceptar como la verdadera senda Histórica de Occidente.[117]

Habermas aboga por entrar en una sociedad postsecular, en la cual las argumentaciones religiosas puedan competir en plano de igualdad con las explicaciones cientificistas a la hora de interpretar la vida en común.

Cuatro cuestiones llaman poderosamente la atención en este necesariamente breve recorrido histórico.[118]

Una, el dominio inicial de la deontología clásica, la cual representa un esfuerzo valioso, pero insuficiente de afrontar las cuestiones Éticas de la Medicina y la Enfermería modernas. Sus planteamientos, con frecuencia cercanos a las morales religiosas y sustentadores del paternalismo, van a resultar difícilmente asumibles por unos profesionales necesitados de marcos éticos más pluralistas y racionales.[119]

---

[117] Habermas J. *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós; 2006.

[118] Simón Lorda P., Barrio Cantalejo, I.M., Un marco histórico para una nueva disciplina:la bioética. Med Clin (Barc) 1995; 105: 583-597

[119] Simón Lorda, P., Sobre bioética clínica y deontología médica. Cuad. Bioética 1992; 12: 34-37.

Una segunda cuestión, que llama la atención, es el papel desempeñado por un buen número de moralistas católicos como impulsores de un acercamiento multidisciplinario y pluralista a las cuestiones Bioéticas. Curiosamente han sido ellos, a veces trabajando a contracorriente de las posiciones eclesiásticas oficiales, los que han estimulado en buena medida el que en este país se haya empezado a discutir sobre Bioética.

Una tercera cuestión importante, es la preponderancia de la legislación, que está íntimamente ligada al cuarto hecho significativo: la ausencia casi total de una reflexión Bioética laica, racional, multidisciplinaria y elaborada fundamentalmente desde la experiencia profesional asistencial e investigadora. Estas dos últimas cuestiones son, en gran parte, producto de nuestra historia político-social reciente. La transición política nos permitió recuperar libertades, pero al parecer no una reflexión ética pluralista sobre sus formas de ejercicio y sus límites.

Como bien denuncia Adela Cortina[120], a la desaparición de la moral del nacionalcatolicismo no sucedió otro marco ético democrático de reflexión, sino un espacio vacío que ha propiciado la creencia de que no es posible argumentar racionalmente en ética, de que estas cosas son

[120] Cortina A. Ética Mínima. Madrid: Tecnos; 1986.

totalmente subjetivas y privadas. Para esta creencia la única forma de establecer marcos Éticos intersubjetivos es legislar. La absorción de la Ética por la Ley es al parecer, inevitable. Pero judicializar totalmente la vida de las personas es imposible, a no ser que se produzca una nueva forma de totalitarismo.

En la práctica clínica, esto es evidente: no se puede pretender tener preparadas soluciones legales para todos los problemas que los sanitarios afrontan en su quehacer diario. Por ello, resulta imprescindible crear marcos de reflexión que permitan establecer acuerdos, racionales y fundamentados, entre los sanitarios, los pacientes, los administradores y la sociedad, acerca de lo que en cada situación concreta parece más adecuado hacer, siempre respetando mínimos éticos exigibles a todos por igual, que con frecuencia tenderán a estar legalmente establecidos. Esto permitirá que muchas cuestiones éticas conflictivas vayan siendo maduradas por el cuerpo social antes de que se estime conveniente establecer normas legales respecto a las mismas. Este marco es el que proporciona la Bioética, que debería ser previa o como mínimo simultánea, a todo bioderecho.

Lipset ha descrito con gran amplitud como esta tradición religiosa ha sido particularmente significativa en los Estados Unidos, donde, desde un principio, la sociedad se fundó teniendo como base la libertad

religiosa, la cual permitió que este aprecio se extendiera también a otras actividades sociales. Además, el protestantismo fue particularmente importante en la sociedad norteamericana porque desde un principio los grupos religiosos fueron considerados asociaciones puramente voluntarias, a las cuales los individuos se acercaban y adherían con plena libertad, conscientes de que tales organizaciones eran los medios apropiados para llevar a cabo la persecución de sus fines particulares.

Por esta razón, el asociacionismo típico de la democracia norteamericana, como lo apreciara Tocqueville, estuvo reforzado y apuntalado por las propias prácticas religiosas de los protestantes.[121]

En este sentido, tanto en Europa como en América, la tolerancia religiosa fue una necesidad impuesta por los requerimientos de la conservación social y estatal, la cual se habría visto seriamente amenazada de haber continuado los conflictos y las guerras religiosas que caracterizaron el inicio de la época moderna. De este modo, el

[121] Podría decirse que en más de un sentido la sociedad norteamericana ha sido inspirada por el mismo espíritu lockeano, para lo cual es pertinente recordar lo que Locke decía sobre la Iglesia: "Entiendo que es una asociación libre de hombres que, de común acuerdo se reúnen públicamente para venerar a Dios de una manera determinada que ellos juzgan grata a la divinidad y provechosa para la salvación de su alma".
Véase Locke, John. *Carta sobre la tolerancia y otros ensayos*. Barcelona: Grijalbo; 1969, p. 23. Asimismo, para el caso concreto de Estados Unidos, Lipset afirma "Los Estados Unidos llegaron a ser la primera nación en la cual los grupos religiosos eran considerados como asociaciones puramente voluntarias." *La primera nación nueva*. Lipset, Seymur M. *La primera nación nueva*. Buenos Aires: EUDEBA; 1992.p. 177.

desarrollo de la tolerancia en muchos otros aspectos de la vida social está directamente conectado con esta convivencia pacífica entre las distintas religiones practicadas por la población europea.

Así, en la actualidad, la democracia se ha convertido en un gobierno y un régimen político que no sólo tolera la diversidad de los valores, conductas y religiones en la sociedad, sino que postula la conveniencia de la diversidad de valores y alienta la pluralidad de grupos, concepciones y opiniones dentro de la sociedad.

En España, la obra de J. L. Aranguren, Ética, va a suponer un referente fundamental en el desarrollo del pensamiento ético-laico y pluralista.[122]

En términos de Rawls, la sociedad moderna no puede tener otra base que el pluralismo razonable.

[122] Aranguren JL. Ética. Madrid: Alianza Editorial; 1993.

II.2. DIMENSIÓN HISTÓRICA-PEDAGÓGICA DE LA BIOÉTICA EN ENFERMERÍA Y MEDICINA.

La Bioética, como nueva disciplina, comienza su desarrollo en España de la mano de la Teología moral católica tras el Concilio Vaticano II, así, en 1975, Francesc Abel funda en Barcelona el Instituto Borja de Bioética, como Instituto Autónomo adscrito a la Facultad de Teología de Barcelona, pero es Diego Gracia Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, discípulo y amigo de Xavier Zubiri y Pedro Laín Entralgo, la figura clave para la introducción de la Bioética en nuestro país.

Con respecto a Enfermería, la formación en aspectos éticos profesionales ha estado ya presente incluso antes de su entrada en la Universidad española en 1977.

Las enseñanzas de Practicantes y Matronas se llevan a cabo en las 10 facultades de Medicina existentes: Barcelona, Cádiz, Granada, Madrid, Salamanca, Santiago de Compostela, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza, las cuales eran reconocidas como únicos centros oficiales para estas enseñanzas hasta 1896, año en que se crea la primera

Escuela de Enfermería en Madrid fundada por el Dr. Federico Rubio y Galí, denominada: Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría.[123]

Hasta 1917 no existe ninguna otra escuela, es a partir de entonces, cuando se crean otras como "Santa Madrona" en Barcelona y "Cruz Roja" en Madrid.

Durante el periodo de la Guerra Civil la formación quedó suspendida, pero, para cubrir las necesidades de la guerra aparece esta formación canalizada a través de la Falange española que organizó cursillos con temas teórico–prácticos reconocidos algunos de ellos por la ley. Es en 1941, cuando se establece un cambio en el Plan de Estudios, con el Decreto del "Boletín Oficial" del ministerio de Educación Nacional del 16 de junio de 1941 que supuso un aumento en la formación, pues exigían Bachiller y aumentaron los temas del programa.

A finales de la década de los años 40, principio de los 50 se está produciendo el gran "boom" hospitalario. Franco crea un organismo que

[123] Hernández Martín, F.; Moreno Roy, A.; Pinar García, M.E.; *Historia de la Enfermería en España*, parte IV: La Ilustración: La transición hacia la Enfermería contemporánea. Madrid. 1996. Moral de Calatrava, P.; Hernández Conesa, J. "Investigación, Teoría e Historia de la Enfermería: Categorías históricas para la construcción de la identidad Enfermera", *Temperamentum*. *Revista Internacional de Historia y Pensamiento enfermero*, 6 (2007) [disponible en http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/revision.php]

se denomina Instituto Nacional de Previsión este es la Seguridad Social Obligatoria, es decir, que todos los trabajadores y todos los empresarios están afiliados a la Seguridad Social.

La creación de ésta provoca la necesidad de nuevos hospitales y es a raíz de los años 50 cuando en todas las capitales de provincias de España se crea al menos un hospital de la Seguridad Social. Esta creación de hospitales lleva la necesidad de más Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) y se crearán muchas escuelas, la mayoría de ellas, dependerán de estos hospitales para formar muchos A.T.S. que trabajen en ellos pero sin ningún tipo de planificación; como la Escuela de A.T.S. en el Hospital de la Beata María Ana de Jesús, en Madrid, la Escuela de A.T.S Nuestra Señora de la Esperanza, en Valencia, esto generó una mejora en la educación, por lo que el Ministerio de Educación Nacional promulgó el Real Decreto, publicado el 27 de Junio de 1952, por el que se organizaron los estudios de las tres carreras (practicantes, matronas y enfermeras), siendo en 1953 cuando se especificó la organización del Plan de Estudios revisado dos años más tarde a propuesta de los propios profesionales que ven la necesidad de elevar el nivel de conocimientos. Aparece el decreto de unificación de los estudios de las tres profesiones

en una sola, que permitía obtener el título de Ayudante Técnico Sanitario.

Así, las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.), creadas a mediados de los años 50, incluyen entre sus libros el de "Moral Profesional del A.T.S.".[124]

Se trata de una Ética con gran carga religiosa dirigido hacia el nacionalcatolicismo que empezó a ser rechazada en varias Escuelas de Enfermería a finales de los 60, pero, no es hasta mediados de los años 70 cuando la sociedad española está experimentando una transformación ideológica cuando un grupo de teólogos católicos permiten la apertura a una reflexión ética profesional no confesional. Así, aparece la obra de Marciano Vidal "Moral Profesional para A.T.S.", [125]en 1976 y dos años más tarde la de Javier Gafo "Nuevas perspectivas de la Moral Médica– Moral profesional para A.T.S.".[126]

[124] Rey J. Moral Profesional del A.T.S. 3ª edición Santander: Sal Terrae; 1961.

[125] Vidal M. Moral Profesional para A.T.S. Madrid: PS editorial; 1978.

[126] Gafo J. Nuevas Perspectivas de la Moral Médica – Moral Profesional para A.T.S. Madrid: Ruedo Ibérico; 1978.

La conversión de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en titulación universitaria en 1977[127] reforzó la importancia de la formación en ética, pero es en la reforma de 1990[128] cuando se constituye la asignatura "Ética y Legislación", de 2 créditos, como materia troncal obligatoria en todos los planes de estudios necesario para obtener el título oficial de Diplomado en Enfermería.

Al mismo tiempo, en el plan de estudios de Medicina, publicado en el Real Decreto 10-X-1843, aparece la disciplina de Moral médica, hasta el plan de estudios, de 1850[129]. Posteriormente, la asignatura Bioética Clínica y Derecho Sanitario se presenta como optativa publicado en el plan de estudios correspondiente al título oficial de Licenciado en Medicina, aprobado el 9 de marzo de 2001 y dentro de la asignatura Medicina legal y Toxicología: Deontología y Legislación Médica: Aspectos Éticos y legales del ejercicio de la Medicina,

[127] Real Decreto 2128/1977 del Ministerio de Educación y Ciencia, sobre la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, como Escuelas Universitarias de Enfermería.

[128] Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, modificado por el Real Decreto 1667/1990, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería.

[129] Ridruejo Martínes, A., La enseñanza de la medicina en España: planes de estudio (1843-1931): resumen y conclusiones. 34 p. <http://www.redined.mec.es/opac/mostrar.php?registro=10368> Consultado 15/06/2012

conforme con lo dispuesto en el Real Decreto 1417/1990[130], de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Licenciado en Medicina, en el artículo 29 de la Ley Orgánica 11/1993, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, y el artículo 10.2 del Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre.[131] En España se ha incluido en los planes de estudio del título de Grado de Medicina la formación en Ética/Bioética en el 99% de sus universidades.[132]

En cuanto a los estudios de Derecho aparece en el plan de estudios, publicado en el Boletín Oficial del Estado, de 4 de marzo de 1993, la asignatura optativa de Ética y Derechos Humanos siendo Bioética y Derecho, la asignatura optativa mantenida en el Grado de Derecho.

También, Facultad de Educación, Grado en el Educación Primaria y en el Grado Educación Infantil: Mención en Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, se encuentra la asignatura optativa: Iglesia, sacramento y moral.

[130] Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 278 de 20 de noviembre de 1990

[131] BOE núm. 267, miércoles 7 noviembre 2001.

[132] Abril-García, A., Albert, M., Santos, J.A., LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DEL GRADO DE MEDICINA EN LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS. *Cuadernos Bioética XXII, 2011/2ª*

Desde que se efectuó la Declaración de Bolonia los distintos países integrados en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) inician una serie de profundas reformas en sus ofertas de enseñanza superior, encaminadas a la obtención de una homologación a nivel europeo (Suplemento Europeo al Título) y, además, a la redefinición de los modelos de enseñanza que supone la implantación de nuevos Títulos, tanto de Grado como de Posgrado.

El marco legal estatal para el desarrollo de la reforma en el EEES lo encontramos en la Ley Orgánica de Universidades 6/2001 de 21 de diciembre; el R.D. 1044/2003 de 1 de agosto, que establece el procedimiento para la expedición por las universidades europeas del Suplemento Europeo al Título; el R.D. 1125/2003 de 5 de septiembre, que establece el Sistema Europeo de Créditos y el Sistema de Calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez para todo el territorio nacional; el R.D. 285/2004 de 20 de febrero, que regula las condiciones de homologación y convalidación de títulos y estudios extranjeros de educación superior, modificado por los R.D. 1830/2004 de 27 de agosto y 309/2005 de 18 de marzo y matizado por la Orden del MEC de 3 de noviembre; la Ley Orgánica 4/2007 de 12 de abril que modifica la anterior L.O.U.; y el R.D. 1393/2007 de 29 de

octubre de 2007, que establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

A través del Decreto 269/2009, de 31 de julio, BORM nº 178 de 4 de agosto de 2009, el Consejo de Gobierno verifica positivamente la propuesta de los títulos universitarios oficiales de Grado y cumpliendo con la normativa, en los casos de Máster y Doctorado, conforme al procedimiento establecido en resoluciones ministeriales citadas anteriormente, se implanta para el curso 2009-2010 en la Región de Murcia.

Los títulos universitarios de Graduado o Graduada, Máster Universitario y Doctor o Doctora tendrán carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, surtirán efectos académicos plenos y habilitarán, en su caso, para la realización de actividades de carácter profesional reguladas, de acuerdo con la normativa que en cada caso resulte de aplicación.

El Grado constituye el I ciclo de las enseñanzas universitarias debiendo ofrecer una sólida formación general en una o varias disciplinas, orientadas a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional.

El Máster constituye el II ciclo de las enseñanzas universitarias teniendo como finalidad la adquisición de una formación avanzada, de

carácter especializado o multidisciplinar, orientado a la especialización académica o profesional, o a promover la iniciación en tareas investigadoras.

Los centros españoles pioneros en Bioética fueron:

Por un lado, la Universidad Complutense donde se lleva a cabo el Máster en Bioética dirigido por el Profesor Dr. D. Diego Gracia Guillén, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense, que inicia los estudios del Máster en 1990. Gracia ha continuado en sus reflexiones dos tradiciones españolas tan importantes como las del filósofo español Xavier Zubiri Apalátegui (1898-1983) y las del médico, historiador y filósofo español Pedro Laín Entralgo (1908-2001). Entre las muchas publicaciones de Gracia cabe destacar "Fundamentos en Bioética". Los graduados del máster han creado su propia asociación, llamada "Asociación de Bioética Fundamental y Clínica" y están jugando un papel importante en el desarrollo de los Comités de Ética Asistencial.

Por otro lado, el Instituto Borja de Bioética, dirigida por el Dr. D. Francesc Abel, colabora con la revista de los Hermanos de San Juan de Dios, "labor Hospitalaria". Abel ha sido pionero en la creación del

primer Comité de Ética Asistencial en el Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, cuyos orígenes se remontan a 1976.

Asimismo, la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas Madrid que dirigió en su fundación en 1987 el jesuita D. Javier Gafo Fernández (1936-2001). La Cátedra publica la revista "Dilemas Éticos de la medicina actual" y ha dado lugar a la publicación de diferentes obras, entre las que se encuentra, "Fundamentación en Bioética y la Manipulación Genética" en 1988, "El SIDA: un reto a la sanidad, sociedad y la Ética" en 1989.

Igualmente, la Cátedra de Genoma y Derecho Humano de la Universidad de Deusto surgió como consecuencia de cuatro grandes simposios, sobre el gran proyecto de la genética, financiado por la Fundación BBV. Está al frente el Profesor Carlos María Romero Casanova, un especialista en España en Bioderecho, quien publica la revista, con el mismo título de la Cátedra.

Además los Centros de Bioética, de Galicia, donde se inició en 1995, un Máster en Bioética; el Dr. Francisco Javier León Correa, Director del Grupo de Investigación en Bioética de Galicia y director de la revista "Cuadernos de Bioética" conjuntamente con otros Centros dan como fruto la "Asociación de Bioética y Ética Médica" (AEBI).

En la Región de Murcia se imparten tres másteres en Bioética:

Máster Universitario en Bioética de la Universidad de Murcia (UMU). Coordinado por el Dr. D. Luis Miguel Pastor García, Catedrático de Biología Celular, y por el Dr. D. Aurelio Luna Maldonado, Catedrático de Medicina Legal. En dicho máster colabora la Asociación Española de Bioética (AEBI), y el Centro de Investigación y Formación en Bioética de Murcia (SMB).

Máster Universitario en Bioética de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Dirigido por la Dra. Dña. Micaela Menárguez Carreño Profesora Titular de Bioética de la UCAM.

Máster Universitario en Bioderecho, Ética y Ciencia de la Universidad de Murcia (UMU). Coordinado por el Dr. D. José Ramón Salcedo Hernández Profesor Titular en la Facultad de Derecho.

Por otro lado está el Doctorado, que constituye el III ciclo de las enseñanzas universitarias, y es su finalidad la formación avanzada en las técnicas de investigación.

II.3. LA FORMACIÓN BIOÉTICA EN ENFERMERÍA Y MEDICINA A TRAVÉS DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL.

La labor de la enfermera se enmarca dentro de las que se realizan en el equipo de profesionales encargados de la asistencia sanitaria. Lo cierto es que la población tiene una idea previa de la enfermera que se deriva de la experiencia, de lo que se ve habitualmente y de lo que por mentalidad se ha ido forjando la sociedad. En ella cabe más de una opinión.

Algunos consideran que se trata de una labor de ayudante de los médicos. Otros que es una asistencia encaminada, básicamente, a cubrir las necesidades físicas de los enfermos en el nivel de la higiene, el acomodo, la preparación y el reparto de los medicamentos pautados.

Hay quienes la ven, por un lado, como una profesión basada en los cuidados, entendidos éstos, como algo más amplio que lo estrictamente físico. Y por otro lado, hay quienes no están dispuestos a concederle el rango de profesión, dejándola en un oficio.

Algunas consecuencias de esta variedad de significados son: la dificultad para dar una definición, o la percepción de que se trata de una

profesión en plena transformación. En consecuencia, la pregunta por el sentido y la identidad de la actividad de la Enfermería es una indagación que en Ética se conoce como "bien interno" (el bien interno de una profesión es un objetivo, una finalidad, lo que justifica su existencia y su modo de proceder, la razón de ser, los elementos de autocomprensión de la profesión y los que le dan validez social a su ejercicio).

El bien interno de la Enfermería es el cuidado.[133] Para ello haremos un recorrido histórico de la profesión mostrando cómo desde sus orígenes hasta la actualidad, la actividad de la enfermera y el concepto del cuidado han ido íntimamente unidos. Aunque se ha de tener en cuenta que el significado del concepto "cuidado" no es estático. El cuidado, en la medida en que atiende al carácter único de las personas y presupone una relación de comunicación, de respeto y de colaboración al bien del enfermo, es el fundamento de la Enfermería, su bien interno.

La razón de ser de la Enfermería es el cuidado como concepto que delimita su empresa científica, pero, el sentido final que orienta el cuidado, el objetivo que busca y la meta que persigue es la salud. No hay

[133] Feíto Grande L. Ética profesional de la Enfermería: filosofía de la Enfermería como ética del cuidado. Madrid. P.P.C.; 2000.

que olvidar que la Enfermería es una profesión dentro de un equipo de profesionales que tienen como objetivo la salud.

Tanto es así que la elaboración de un Código Deontológico de comportamiento es uno de los signos que han marcado tradicionalmente la conversión de un oficio en una profesión, de forma que, la responsabilidad moral junto con la elevada cualificación constituyen la identidad de un profesional.

Según Diego Gracia:

> *La ética tradicional del cuidado estaba basada en un conjunto de virtudes reales o imaginarias, como la sumisión, la confianza, la fe, la esperanza, el amor y, sobre todo, la obediencia a la autoridad. De los cuidadores se esperaban buenos sentimientos y mejor voluntad, pero no excesiva inteligencia.*[134]

La Ética del cuidado ha sido una ética heterónoma y no autónoma, es decir, se trata de una ética basada en la sumisión y la obediencia. La persona que detentaba la autoridad, el jefe o responsable (el médico), era el único con capacidad de pensar y decidir y la obligación de los servidores era sólo obedecer con fe, con esperanza y con amor. Este paradigma ha sido el más frecuente entre los grupos y equipos

[134] Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudio de bioética. Madrid: Editorial Triacastela; 2004. 27

clásicamente vinculados a la asistencia y al cuidado, como es el grupo de las enfermeras.

Helga Kuhse (1973) la denomina "una historia de servidumbre" , válida durante gran parte de la historia de la Enfermería hasta finales de la década de los sesenta, del siglo pasado, en la que todavía están presentes los ecos de la metáfora de la sumisión, en la versión de 1965 del *Internacional Code of Nursing Ethics.*

Por otro lado, la historia de la Enfermería moderna en Occidente comienza con la figura de la británica Florence Nightingale (1820-1910). Su aportación principal, por la que se la puede considerar, pionera del modelo de la Enfermería occidental moderna es por el cuidado y la práctica sistemática de la Enfermería. Con su aportación cambian los hospitales y la Enfermería pasa a ser una tarea especializada, aunque, manteniendo la idea de subordinación y obediencia al médico. Nightingale no logra romper el ideal victoriano de la mujer sumisa, que no pone en cuestión el papel de ayudante y de colaboradora fiel del médico varón. Sin embargo, para Nightingale, la ética no puede basarse en la pura obediencia (aunque la ética de la pura obediencia y la sumisión ha sido clásica de la Enfermería antes y después de Nightingale), sino, en otra virtud diferente que denominaba "honradez".

Las labores del cuidado son consideradas, por Nightingale, como algo propio de su condición femenina, llegando a afirmar que, para ser una buena enfermera es preciso ser una buena mujer.[135]

Esto dará lugar a que, las enfermeras no tengan ninguna posibilidad de formar sus propios juicios éticos o profesionales. Su condición de subordinación y de obediencia lleva a que se conviertan en meras sirvientas de los médicos. Este enfoque tradicional se mantiene y está vigente en el mundo occidental hasta bien avanzado el siglo XX[136].

Es por ello que la situación cambia radicalmente en las décadas de 1960 y 1970, debido a la convergencia de varios factores:

Una mejor formación de las enfermeras.

Una mayor competencia técnica.

El movimiento feminista y la reivindicación de igualdad de derechos para la mujer, poniendo en cuestión la subordinación, la aceptación acrítica del modelo tradicional femenino.

[135] Nightingale F. Notas sobre Enfermería. Que es y que no es. Madrid: Masón; 1990.

[136] Feíto Grande L. Ética profesional de la Enfermería: filosofía de la Enfermería como ética del cuidado. P.P.C.; 2000.

Los avances científicos y tecnológicos que, dan lugar a problemas éticos que no parecen resolverse con los esquemas tradicionales. Siendo necesario un nuevo modelo para enfocarlos, propiciado por el nacimiento de la Bioética.

El desarrollo del respeto legal del principio de autonomía del enfermo y de la teoría del consentimiento informado.

La crisis del enfoque tecnicista: el enfermo no es un objeto a tratar, sino un sujeto que padece una enfermedad.

La gran transformación que se va a producir es el paso de un ideal de sumisión a otro de responsabilidad con el paciente, de la obediencia al médico (heteronomía moral) a la autonomía moral. Ahora, la obligación primaria de la enfermera ya no es con la enfermedad y, por tanto, con el médico, sino, con el enfermo. El eje de los cuidados es el sujeto que padece la enfermedad.

Diego Gracia se refiere a algunos conceptos éticos imprescindibles para entender el concepto de cuidado en la profesión Enfermera en la actualidad. [137]Fue Max Weber, en su libro *el político y el científico*

[137] Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. 463-495.

(1998)[138] quien acuñó estos términos a comienzos del siglo XX, distinguió los siguientes conceptos:

La Ética del poder por el poder: es una ética sin principios, carente de convicciones, en la que sólo interesan las consecuencias.

La Ética de la convicción: lo opuesto al "hombre sin principios" es el "hombre con convicciones". Weber contrapone el uno al otro. El hombre con principios cree que la vida moral consiste en la realización de esos principios, que tienen prioridad sobre la realidad. Se trata de una concepción idealista de la vida y de la ética. Sólo los principios incondicionados deben guiar la acción moral. Un ejemplo paradigmático es la ética kantiana. Es una ética que nunca se pregunta por las consecuencias.

La Ética de la responsabilidad: las consecuencias son importantes para la vida moral. Es necesario equilibrar principios y consecuencias. Esto es lo que Aristóteles llamaba *phrónesis*,

[138] Max Weber. EL Político y el Científico. Alianza Editorial; 2005.

Max Weber (1864-1920) es tal vez el teórico más importante de la sociología del siglo XX. Su obra no puede reducirse al estrecho marco de la sociología, ya que abarca un amplio espectro en el cual se incluyen la economía, el derecho la historia y el análisis político. Dentro de la antropología la influencia de Weber es clave, especialmente en los campos de antropología económica, antropología industrial y antropología política

sabiduría práctica, prudencia. La razón humana no se ajusta completamente a la realidad y, en consecuencia, la adecuación de nuestros conceptos e ideas a los hechos reales, incluidas las morales no es absoluta. Esta es la razón por la que es necesario analizar las circunstancias y consecuencias de cualquier situación específica, en busca de una decisión correcta y prudente. Una ética que no ponga atención en las consecuencias no es responsable. La ética de la responsabilidad se fija en las consecuencias, pero también en los principios y convicciones. No hay responsabilidad sin convicciones. La persona responsable es la que pondera todos los factores y busca tomar una decisión responsable, razonable y prudente, aún a riesgo de equivocarse; es capaz de asumir su falibilidad y su mala conciencia, sin por ello renunciar a hacer las cosas lo mejor posible; pero, a la misma vez, sabe pararse en un cierto momento y decir: "aquí me paro, de aquí no paso", no todo es justificable ni todo es negociable; hay límites aunque no se puedan marcar matemáticamente y estén siempre sometidos a debate. En el proceso de elaborar juicios morales correctos los principios sin las consecuencias son ciegos y las consecuencias sin los principios vacías.

A partir de Max Weber, la influencia de la Ética de la responsabilidad ha ido creciendo progresivamente, siendo tal vez, el punto de vista más representativo de la ética del siglo XX. Como señala Diego Gracia: la bioética es desde sus inicios una ética de la responsabilidad.

Durante las últimas décadas, los estudios sobre la Ética de género y la nueva Ética de la Enfermería han introducido un estilo de pensar en Ética, directamente relacionado con el concepto de responsabilidad. Una de las primeras investigadoras en subrayar la importancia de la responsabilidad en la Ética de los cuidados ha sido Carol Gilligan. Carol Gilligan[139] fue discípula de Kohlberg[140], en la Universidad de Harvard, y estaba muy familiarizada con sus investigaciones. Sin dudar de la importancia de la exposición sobre el desarrollo moral, que hacía su maestro, observó en éstas algunas deficiencias; Kohlberg, realizó sus investigaciones sólo sobre sujetos del sexo masculino, usando dilemas morales hipotéticos, que podrían estar sesgados en su planteamiento y

[139] Feminista, filósofa y psicóloga estadounidense. Conocida por su libro *In a different voice: psycological theory and women´s development. En 1997 se convirtió en la primera profesora de studios de género de la Universidad de Harvard. Ha impulsado la llamada Ética del Cuidado en contraste con la Ética de Justicia.*

[140] Kohlberg psicólogo estadounidense, doctorado en filosofía. Considera esencial comprender la estructura del razonamiento frente a los problemas de carácter moral. En sus investigaciones no se centra en los valores específicos sino en los razonamientos morales, es decir, en las razones que tienen las personas para elegir una u otra acción. La principal objeción a su teoría proviene de Carol Gilligan y tiene relación con las diferencias en los supuestos morales entre los hombres y las mujeres. sostiene que al responder dilemas morales, las preocupaciones y justificaciones de muchas mujeres caían fuera del sistema.

provocar desviaciones en las respuestas de los sujetos. En la escala final del desarrollo moral de Kohlberg, las mujeres alcanzaban resultados inferiores a los hombres.

Ante estas deficiencias, Gilligan realizó un nuevo estudio, en el cual, los sujetos eran mujeres y los dilemas que se proponían eran cuestiones reales, como el aborto. El resultado fue el descubrimiento de un modelo ético diferente al propugnado por Kohlberg. Si éste se adoptaba como modelo de desarrollo moral una ética de la justicia, en los estudios de Gilligan salió a la luz la Ética del cuidado planteando que el problema fundamental, de los estudios de Kolhberg, fue su limitación a los sujetos masculinos, la cual introdujo una desviación de los resultados, motivada por la distinta educación vital y moral que recibimos los hombres y las mujeres en la sociedad. Por un lado, los hombres se moverían en lo formal y abstracto, en el respeto a los derechos formales de los demás y en las reglas. Por otro lado, las mujeres se moverían en lo contextual, en la responsabilidad por los demás, en las relaciones y en una concepción global, no sólo normativa de la moral.

Carol Gilligan cree en la terminología anteriormente expuesta que, la ética masculina solía estar muy próxima a la Ética de la convicción, en

tanto que, la específica de las mujeres se hallaba más cercana a la ética de la responsabilidad.

Kohlberg, considera a las mujeres como seres menos desarrollados moralmente que los hombres que sólo llegan a las fases intermedias del desarrollo moral, llamadas "fases convencionales", en lugar de las "postconvencionales" que sería propias de los varones (moralidad en la que se otorga primacía y universalidad a los derechos individuales, y no a la que asume la responsabilidad de los derechos reales en contextos específicos).

En lo que nos interesa, la tesis de Gilligan es que sólo a través de la responsabilidad se puede formular una nueva ética de los cuidados:

> *La moralidad de los derechos se predica sobre la igualdad y se centra en la comprensión de la imparcialidad, mientras que la ética de la responsabilidad descansa sobre el concepto de equidad, el reconocimiento de las diferencias en necesidades. Por el contrario, la ética de los derechos es una manifestación de igual respeto, que equilibra las reivindicaciones del otro con las mías, la Ética de la responsabilidad descansa sobre una comprensión que da origen a la compasión y al cuidado.*

Y finaliza diciendo que:

> [… *en la voz diferente de las mujeres reside la verdad de una Ética del cuidado, el vínculo entre la relación y la responsabilidad.*] [141]

Puede concluirse, en este punto, que la Ética del cuidado, está más relacionada con las mujeres y la Enfermería y es menos universal y geométrica que la ética de los principios, siendo esta última más próxima a los varones y a los médicos, mientras que la primera

Las aportaciones de Gilligan son tomadas por autoras feministas y por quienes reflexionan sobre el rol de la enfermera, como labor de cuidado, contrapuesta a la labor masculina de la Justicia. En este grupo, se sitúa Nel Noddings[142] que propone, siguiendo a Gilligan, una teoría ética que entiende el cuidado como elemento fundamental. Su idea clave es el rechazo a la aproximación masculina, imparcial y basada en principios, a favor de una aproximación femenina basada en el cuidado.

Asimismo, la propuesta de forma parte de un grupo de perspectivas enfermeras que la conciben como una entrega a una comunicación intensa con el paciente, de modo que haya una reciprocidad que facilite conocerse como personas y crecer mutuamente.

---

[141] Gilligan, C. In a Different Voice. Editorial Harvard University;1982. En Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. 488

[142] Noddings, N. *Caring: A feminine Approach to Ethics & Moral Education.* Berkeley: University of California press; 1984

En esta línea, se sitúa también la aportación de la británica Verena Tschudin[143] (1986) y la canadiense M. S. Roach[144] que consideran el cuidado como un concepto relacional, en el que el grado de intimidad es muy profundo, que considera el cuidado como un modo humano de ser, el elemento fundamental que nos hace personas. Ambas autoras plantean las 5 "c" del cuidar: compasión, competencia, confianza, conciencia, compromiso.

Todas estas perspectivas de la Enfermería, como relación completa con sentido con el paciente, tienen una idea interesante de fondo: la visión integral del ser humano. Lejos de considerar al ser humano como un organismo enfermo (como hacía el enfoque positivista del siglo XIX), se trata de considerar a su persona en conjunto como un individuo con nombre que padece una enfermedad y requiere ayuda.

Así pues, son constatables unas diferencias, tanto, a nivel ético (Ética de la convicción/Ética de la responsabilidad), como a nivel de cuidado (Ética de la justicia/Ética del cuidado). La ética feminista, de los años setenta, recoge estas ideas planteando un enfrentamiento entre los dos

[143] Tschudin, V. *Ethics in Nursing. The caring relationship* 2on Edition. Oxford:Butterworth-Heiemann; 1992

[144] Roach, S. (1987) *The human Act of Caring: A blueprint for the health professions*. Otawa:Canadian Hospital Association.

modelos que parecen absolutamente incompatibles. Pero, como señala Diego Gracia, lo que tal vez sea excesiva es la dicotomía entre un enfoque basado en los principios propios de la perspectiva ética masculina y ética femenina orientado al cuidado.

En el sentido que venimos señalando en los párrafos anteriores, la profesora Adela Cortina se expresa como se recoge a continuación:

> *Los valores apreciados en el lenguaje masculino serían aquellos que van conformando a los individuos autónomos, capaces de tomar decisiones acerca de lo justo y lo injusto desde condiciones de imparcialidad. Por el contrario los valores preferidos por el lenguaje femenino serían aquellos que protegen las relaciones humanas, se hacen cargo de los débiles, se cuidan de las personas concretas en los concretos contextos de acción.*

Ante la pregunta de que si esto significa que los varones han de optar por la autonomía y la justicia, y las mujeres por el cuidado y compasión, Adela Cortina responde que *de modo alguno, ya que, tanto los ingredientes de justicia y autonomía, como los femeninos de compasión y responsabilidad son indispensables para alcanzar la madurez moral.*[145]

[145] Cortina, A. *La estructura del sujeto moral*. En: Arroyo, M.P. Cortina, A. Torralba M.J. Zagasti, J. Etica y legislación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997. p. 29

Gilligan nunca dijo que los dos enfoques estuvieran enfrentados y fueran irreconciliables. Además, de su propuesta no se deduce la propuesta de una Ética femenina del cuidado, que venga a sustituir a la Ética de la justicia. Para esta autora, no se trata de la primacía de un modelo u otro, sino, de la integración de ambos: una persona madura, es la que logra la integración de esas dos perspectivas, pues son complementarias y ninguna de ellas es suficiente en sí misma. Justicia y Cuidado no son modelos contrapuestos, sino dos modelos que han de comunicarse.

El modelo de reciprocidad propuesto por Noddings, de relación interpersonal, que contribuya al desarrollo personal, no sólo del individuo enfermo, sino de la propia enfermera es, en primer lugar, poco ejecutable en la situación laboral real de las enfermeras, y en segundo lugar, es poco defendible desde el punto de vista ético; tal y como recoge Diego Gracia refiriéndose a Noddings[146]: *la insistencia frecuente en la obediencia a las reglas y la observancia de los ritos contribuye al deterioro del genuino cuidado*. En una ética del cuidado genuino, continúa, *debe estar abierto a las orientaciones y a la corrección, pero yo soy y permanezco responsable.*

[146] Gracia, D. *Como arqueros en blanco*. San Sebastián: Triacastela: 2004; pág. 481

Es claro que el cuidado resulta un elemento irrenunciable de la Enfermería, sin embargo, es una condición necesaria, pero no suficiente para justificar y dar sentido a la labor profesional de la enfermera. Es un deber de justicia que la enfermera trate siempre correctamente a todos los `pacientes, pero al mismo tiempo, debe responder a las características individuales de cada uno, ofreciéndole lo que necesita.

Más allá de las obligaciones de mínimos, como pueden ser curar heridas, quemaduras, etc., con eficacia, que se rigen por la no maleficencia, el resto de las actividades de la enfermera dependen de esa relación de comunicación con el paciente, en la que se decidirán los bienes a realizar conforme a su expectativa de bienestar.

Una defensa exclusiva del cuidado puede llevar a un exceso, en un mal entendido ejercicio de la beneficencia, que sobrepasa el respeto debido a la autonomía del paciente y puede entrar en conflicto con principios de rango superior como la justicia y la no-maleficencia.

A lo largo de la historia de la humanidad, el concepto de cuidar ha estado presente en diferentes autores, pero no es hasta 1982, con la publicación del libro de C. Gilligan, cuando aparece el término "Ética del cuidar". La palabra "cuidar" no había sido considerada como un

concepto importante en el ámbito de la Ética occidental, como un concepto unido a los de libertad, justicia y amor. Gilligan, al contemplar el cuidar, desde la perspectiva del desarrollo moral de las mujeres, estimula a que rápidamente colectivos femeninos, y de una manera especial las enfermeras, analicen la Ética del cuidar en su práctica profesional. La nueva Ética del cuidar, ha cuestionado muchos de los principios éticos existentes durante siglos y tiene una gran incidencia en la Bioética.

El concepto "cuidado" tiene aspectos de exigencias de mínimos y también niveles de máximos y es preciso no olvidar esos dos niveles. En la actualidad, los enfermeros están capacitados para hacer elecciones y tomar decisiones no sólo en el ámbito técnico, sino también en el de los juicios morales.

Al enfermero, se le exige una competencia técnica y también una virtud, el cuidado, que será la que dote de sentido a su pensar y su quehacer. Desde la perspectiva de la Ética tradicional se entiende por virtud el hábito, la repetición de un acto en sentido moralmente aceptable.

Parece que hay un acuerdo unánime, en la literatura existente, en que el cuidado, es la pieza clave de la labor de la Enfermería. Se

concede, rango de práctica moral a la Enfermería ya que, en cuanto referida a una relación humana, no puede ser entendida como una mera ejecución técnica.

Recordando la evolución social de Habermas, la conciencia moral de la enfermera ha evolucionado del respeto, la sumisión y la obediencia a una ética de la responsabilidad. Diego Gracia, al argumentar acerca del concepto de la ética de la responsabilidad de Max Weber, nos dice, que la Ética del cuidado, en efecto, ha partido, tradicionalmente, del principio de que las relaciones humanas deben ser verticales y deben estar basadas en la autoridad y la obediencia. [147] La autoridad, es el rol que tradicionalmente se ha asignado en las relaciones sanitarias a los varones y los médicos, y la obediencia a las mujeres y las enfermeras. Así como la Ética médica, cuyo objetivo directo es la curación, había asumido a lo largo del tiempo, algunos elementos propios de las Éticas de la responsabilidad, la Ética de los cuidados de enfermería, se ha ajustado clásicamente al patrón específico de las Éticas de la convicción.[148]

[147] Ibídem pág. 463.

[148] Según Diego Gracia A comienzos del siglo XX se distinguieron dos tipos de ideales de ética opuestos entre sí, denominados "ética de la convicción" y "ética del poder por el poder" o también "ética del éxito". El primer identifica la vida moral con la aplicación directa de principios y reglas a situaciones específicas, sin

Si bien en caso de enfermedad, precisa de una actividad curativa, o como sujeto sano necesita que se le presten unos cuidados para su salud tales como controles, revisiones, vacunas, entre otros. Aquí surge la necesidad de tener una declaración específica de derechos para con los pacientes y usuarios, cuya finalidad es esencial para la promoción, salvaguarda y cumplimiento de los derechos y obligaciones relacionadas en el ámbito de la salud, tanto para los profesionales de Enfermería como con los usuarios conforme a la Constitución Española (art. 43) en la legislación básica estatal aplicable, así como en los tratados y acuerdos internacionales en materia sanitaria.

Los Enfermeros deben garantizar y proteger los derechos relacionados con la promoción de la salud, la intimidad, la confidencialidad y la autonomía del paciente. Estos derechos se convierten en deberes recogidos en el Código Deontológico de la Enfermería.[149] (En el capítulo II: La Enfermería y el ser humano. Deberes de los profesionales de Enfermería). Consecuencia ineludible de las garantías de la Constitución Española y de la Declaración Universal

considerar las circunstancias y las consecuencias, en tanto que el segundo sólo busca la obtención de los mejores resultados y consecuencias posibles, sin atenerse a principio alguno, lo que en la actividad política viene a identificarse con el poder por el poder.

[149] Código Deontológico de la Enfermera Española. Consejo General de Diplomados en Enfermería. Madrid; 1989.

de Derechos Humanos: salvaguarda de la dignidad personal, respeto a la libertad de acción y elección, obligación de formar e informar.

La Enfermería reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y en derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello, la Enfermera está obligada a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, de sexo, de edad, de religión, de nacionalidad, de opinión política, de condición social o de estado de salud. En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras están obligadas a respetar la libertad del paciente, a elegir y a controlar la atención que se le presta. Asimismo, el consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera. Y lo harán en reconocimiento del derecho que cada persona tiene a participar de forma libre y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste. (Artículos 4,6, 7)

Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados. (Artículo 8).

La Enfermera, nunca empleará, ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o mora, para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible. (Artículo 9).

Es responsabilidad de la Enfermera mantener informado al enfermo, tanto, en el ejercicio libre de su profesión, como, cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo. (Artículo 10).

Debe informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esta información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado. Habrá que valorar la situación física y psicóloga del paciente, antes de informarle de su real o potencial estado de salud, teniendo en cuenta, en todo momento, que éste se encuentre en condición y en disposición de entender, de aceptar o de decidir por sí mismo. Si la Enfermera, es consciente de que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo. (Artículos 11, 12, 13).

Consideramos que una sociedad plural es aquélla en que se comparten mínimos morales, es decir, los valores de libertad, igualdad y fraternidad. Si consideramos la libertad de conciencia o el derecho a la asistencia sanitaria como vinculantes en la relación clínica, entonces, dan origen a nuevos valores, como el de la autonomía del paciente o la justicia distributiva aplicada a la asistencia sanitaria.

La justicia sanitaria es un principio moral especialmente relevante y que de su expresión y fundamento se ha ocupado Rawls[150], respecto a la teoría de la Justicia que sostiene, que, la idea básica de Justicia es la ausencia de desigualdades arbitrarias. De las variables utilizadas por Rawls, para definir la Justicia, una de ellas referida al ámbito del derecho privado, incluyendo la temática de las libertades. Para ello, aplica el principio según el cual *"todas las personas tienen el mismo derecho a la libertad básica más amplia que sea compatible con la libertad similar de los demás"*, es decir, las libertades de expresión, de asociación, la libertad de conciencia y de pensamiento, el derecho a elegir y a ser elegido, el derecho a la propiedad privada.

[150] Rawl, J. Teoría de la justicia. F.C.E. Méjico; 1979.

La segunda, abarca las desigualdades sociales y económicas, base de la estratificación social, tanto para teorías sociológicas monistas como pluralistas, e incluye, a su vez, dos principios:

El principio de diferencia[151], según el cual esas diferencias y desigualdades sociales estarán organizadas de modo tal que puedan suponerse, con criterio de realidad, que redundarán en beneficio de todos, Dice Rawls:

> *El principio de diferencia... parece corresponder a un sentido natural de la fraternidad, a saber, a la idea de no desear mayores ventajas a menos de que esto sea en beneficio de otros que están en una situación menos acomodada. La familia, según su concepción ideal y frecuentemente en la práctica, es un espacio donde se rechaza el principio de maximización de la suma de ventajas. Normalmente, cada miembro de una familia no desea ganar a menos que pueda hacerlo de forma tal que se promuevan los intereses del resto. El deseo de actuar*

[151] Lo que el principio de diferencia requiere, entonces, es que sea cual sea el tamaño del nivel general de riqueza —alto o bajo— las desigualdades existentes han de cumplir la condición de beneficiar a los otros tanto como a nosotros mismos. Esta condición implica que, aún cuando usa la idea de maximizar las expectativas de los menos aventajados, el principio de diferencia es esencialmente un principio de reciprocidad. Rawls (2001), p. 64.

> *conforme al principio de diferencia tiene precisamente esta misma consecuencia.*[152]

Y el principio de igualdad de oportunidades, que supone que, ajustadas armoniosamente dichas diferencias y desigualdades sociales, los cargos y las funciones sean asequibles a todos.[153]

En materia de sanidad, ha sido Daniels[154] quien ha intentado aplicar la teoría rawlsiana de la Justicia. En su opinión, la igualdad de oportunidades tiene otro bien primario, de carácter subsidiario, que es el derecho a la asistencia sanitaria. En tal caso, podría hablarse del derecho a la "Justicia Sanitaria", entendiendo por tal derecho a una "asistencia médica justa" que a su vez requiere la definición clara y precisa de "necesidades de asistencia".

---

[152] RAWLS, John (1973). *A Theory of Justice*. Oxford, edición *Paperback* de Oxford University Press sobre la primera edición de 1971, p. 105. Por otra parte, me parece curioso que la crítica a la teoría de la igualdad de Rawls hecha por el joven filósofo español Ángel Puyol suponga en Rawls la ausencia de un principio *social* de fraternidad, sosteniendo que reduce su tratamiento a la esfera de las relaciones privadas. PUYOL, Ángel. «La herencia igualitarista de John Rawls». *Isegoría*, 31, diciembre. (2004). Cuando lo que sucede es que Rawls usa la referencia a la familia sólo a efecto de aclarar el sentido incluyente del principio de diferencia. Cabe señalar que una lectura directa de la explícita identificación rawlsiana del principio de diferencia con el ideal de la fraternidad, suficientemente subrayada por Barry, muestra lo insostenible de esta crítica. En todo caso, habría que criticar a Rawls porqué toma a la familia como modelo de fraternidad, pero no porque reduzca la fraternidad a una relación familiar.

[153] Rawls, J. *Liberalismo Político*, México, Fondo de Cultura Económica; 2002

[154] Daniels, N. Just Health Care, Cambridge University Press; 1985

Otro bioeticista, que retoma la idea de que la "Salud es un bien social primario" es Green[155] quien no sólo la limita a la generación actual, sino que la vincula con el deber de preservación de la Calidad de Vida de las generaciones futuras, acorde con el auge de las teorías medioambientales.

En este orden de ideas, Gracia (1988) indica que este enfoque puede ser la base fundamental de discusión para la toma de decisiones en materia de Justicia Sanitaria en el futuro.

En este sentido, el principio de autonomía deriva de la tradición jurídica y de los derechos de los enfermos y está vinculado con el consentimiento informado, relacionándose con la ética de máximos y de mínimos y con el derecho de los derechos humanos.

También, el principio de beneficencia/no maleficencia está vinculado con el paternalismo y la tradición médica.

Según el profesor J. Ataz[156], el concepto de derechos del enfermo es un término ambiguo y que carece de rigor conceptual, pues como tales derechos específicos no existen, sino que son los mismos que para

[155] Green, R., Intergenerational Distributive Justice and Environmental Responsability. Bioscience". 1997: 5; 227:260

[156] Ataz J. Los derechos del enfermo. Murcia. Grafimur ; 1987.

cualquier otra persona, recogidos éstos en la Constitución Española[157] (art. 43).

Actualmente, es inconcebible una relación clínica al margen de los valores básicos. La profesión debe ejercerse en un entorno caracterizado por el máximo respeto al paciente, con fácil acceso a la información especializada, que permitan mejorar los resultados en salud del paciente y maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, práctica ética, justicia social y trabajo en equipo, considerado como profesionalismo.

Bioética y profesionalismo no son disciplinas superponibles. Por un lado, Bioética es un tipo de Ética aplicada que introduce en la medicina los valores democráticos que fundamentan la vida civil de las sociedades occidentales, y por otro lado, el profesionalismo conduce a un replanteamiento del contrato social entre la profesión sanitaria y el Estado frente a los cambios de valores, institucionales y laborales que afectan la relación clínica.[158]

[157] Constitución Española. Madrid. Tecnos; 1986.

[158] Couceiro-Vidal A. Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. Educ. Med. 2008; 11 (2): 120-122

Tal y como establece la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) se regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional y a su participación en la planificación y la ordenación de las profesiones sanitarias. [159]

Las disposiciones de la LOPS son aplicables, tanto, si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos, como, en el ámbito de la sanidad privada.

Así mismo, los profesionales sanitarios desarrollarán sus funciones en el ámbito asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y de educación sanitaria. Participarán activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situación de salud y enfermedad.

Por tanto, el cumplimiento de las obligaciones deontológicas ha de ser riguroso por las propias profesiones conforme a la legislación vigente y de los criterios de normo-praxis.

[159] LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, (14 de noviembre de 2002).

De igual forma, los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada y acreditarán regularmente su competencia profesional.[160]

Con el paso del tiempo, las ciencias de la salud, especialmente la Enfermería, han pasado de tener como objetivo la aplicación de técnicas y tratamientos encaminados a la curación de la enfermedad a valorar conceptos mucho más amplios, que implican la atención integral de la persona. La excelencia profesional, es decir la máxima virtud de los profesionales sanitarios no sólo se alcanza con una aplicación práctica de conocimientos y habilidades en la práctica clínica, sino que es necesario un manejo de habilidades de trato y de valores que dan el valor añadido a la práctica profesional con vistas a la excelencia en el ejercicio de la profesión.

Cuando valoramos y tratamos a la persona como un todo y la convertimos en el objetivo principal de nuestros cuidados nos encontramos, en algunos casos, con situaciones en las que los conocimientos, las técnicas, la legislación vigente o los códigos

[160] Torralba Madrid, Mª. J. Grado de satisfacción con los cuidados de enfermería, en pacientes hemodializados: calidad de vida y afrontamiento ante la enfermedad. Tesis Doctoral; 2008

deontológicos profesionales, no nos dan en sí mismos las claves para solucionarlas.

En el ejercicio de nuestra profesión sanitaria nos encontramos a menudo con esas situaciones, a veces límites, como el caso de los familiares de un paciente en fase terminal que solicitan que no le sea prolongada la agonía más allá de lo necesario, o bien, otras situaciones mucho más cotidianas y frecuentes, como la protección de la confidencialidad de las historias clínicas o la atención a inmigrantes con pautas culturales y religiosas diferentes a las nuestras, que pueden plantear problemas Éticos.

La profesión sanitaria se ha visto en la encrucijada de tener que tomar decisiones en las que los aspectos técnicos pasan a segunda línea y los relativos a valores son primordiales. El cambio en el estatuto de la Enfermería, la obligación de respeto a la autonomía de los pacientes o la responsabilidad ante el uso de nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento que determinan situaciones nuevas y desconocidas en la clínica hasta tiempos recientes imponen la necesidad de tomar decisiones que afectan al nuevo estatuto de la Enfermería desarrollado en este apartado

En el contexto citado en el párrafo anterior, es cuando el consejo de los CEA, en forma de protocolo, como guía clínica o como consejo individualizado, puede ayudarnos a tomar las decisiones más adecuadas, reflexivas y responsables, de esta manera los CEA se convierten en un ámbito nuevo en el que la formación en valores de la profesión sanitaria adquiere una gran importancia.

La formación multidisciplinaria del CEA y el abordaje de las situaciones, desde un concepto holístico de la persona, inmersa en un contexto y con la valoración del conjunto de normas y de conocimientos actuales dándonos una visión mucho más amplia del problema y de las posibles soluciones, con una especial atención a los principios Éticos y a los derechos humanos; así, con su consejo conseguiremos que las intervenciones que, finalmente nosotros, como profesionales decidamos aplicar, y proporcionen una respuesta más humanizada a las necesidades de la persona.

El quehacer de la enfermera se ve afectado cada vez que se enfrenta a estas situaciones cuando forma parte del equipo científico de salud, participando activamente en investigación, en la clínica, brindando cuidado directo al paciente, en la docencia, en la definición de políticas gubernamentales y en la aplicación de códigos disciplinarios, entre otros.

La Bioética se ha erigido, entonces, como la posibilidad de velar, porque estos grandes e importantes avances, se asuman con responsabilidad y con respeto por el otro, no sólo por el otro, entendido en términos de ser humano, si no el respeto por la vida misma, buscando y aportando soluciones moralmente admisibles y jurídicamente enmarcadas, como es el caso de la ONU y la UNESCO, que buscan llegar a consensos que permitan el avance regulado de la ciencia, su compromiso con la humanidad, toda forma de vida, el medio ambiente, la biosfera, como también la responsabilidad de los países desarrollados, hacia los países en vía de desarrollo.

De esta forma los valores morales y principios éticos han normativizado, a través del tiempo, el actuar del personal de salud y la relación con el paciente desde la Ética nicomaquea. Pero, como podemos saber qué espera la sociedad de nosotros, por qué o cómo es necesario enseñar y aprender la Bioética.

La medicina y la enfermería en su afán de estudiar el hombre, su complejidad, los avances de la ciencia y las tendencias económicas, ha dejado de lado el estudio y enriquecimiento de su espiritualidad. Ha subestimado el estudio de las humanidades, produciendo en la mayoría

de los casos, la pérdida de sensibilidad por la situación del paciente y de la comunidad.

Si nos centramos en el estudiante de Enfermería y teniendo en cuenta el poco interés que muestran los estudiantes de Enfermería por la Ética, enseñada en forma tradicional, es válido proponer que la Bioética se aprenda pensándola desde la Educación contemporánea, como una herramienta que le permita al enfermero adquirir desde los primeros años de la carrera profesional una sensibilidad especial por lo que pasa, no sólo en su entorno cercano, si no con una visión de un mundo amplio, donde la pluralidad y la diversidad sean un referente.

Si bien es cierto que es importante que la formación de la enfermera contemple los aspectos científicos, los clínicos, los biotecnológicos, de investigación, los administrativos y de gerencia, es fundamental para la supervivencia de la Enfermería, que se trabaje y se enfatice en la construcción de una conciencia moral, en la Bioética, los problemas sociales, la convivencia, la solidaridad, los principios y los valores, no sólo a través de la teoría, sino de modelos entregados en ese currículo no visible, que tanta relevancia tiene a la hora de formar colegas y al que tan poca importancia damos.

Es importante, que el estudiante reciba toda la información y enseñanza que le permita elaborar en su imaginario un concepto amplio, universal y libre de prejuicios de los dilemas Éticos a los que se va a enfrentar en el curso de su vida estudiantil, y en el desarrollo de su profesión, bien sea en el campo de la investigación, la docencia, la asistencia o la gerencia.

Para formar parte de equipos multidisciplinarios es necesario que la enfermera tenga presente que a pesar de que es una profesional que colabora estrechamente con el médico, tiene sus propias competencias por las que debe responder y una deontología que debe cumplir, sabiendo que la responsabilidad personal no se diluye en la responsabilidad del médico y que sus actos no pueden ampararse en la delegación o en la orden médica.

Por lo general, la enfermera se enfrenta en forma permanente a dilemas éticos relacionados con la anticoncepción y regulación natural de la fertilidad, el aborto, la reproducción asistida, los dilemas de la vejez, el dolor y la muerte, los cuidados paliativos, la eutanasia y derecho a morir dignamente, la distribución de recursos, defender la autonomía, investigación, la relación enfermera-paciente, el consentimiento informado, el secreto profesional, la verdad ante el

enfermo, la responsabilidad frente a otros profesionales y pacientes, y la humanización del cuidado, cada uno de ellos pueden comprometer y poner en riesgo el actuar de la enfermera.

Por esto, la Enfermería debe luchar por tener su legislación y permitir que en una situación de riesgo o ante un dilema Ético pueda hacer uso de la objeción de conciencia, que es un acto individual, privado, no violento, de fidelidad a unos principios morales.

En consecuencia, las Facultades de Enfermería así como las del resto de profesionales deben hacer un esfuerzo, para establecer programas que integren las humanidades con los otros aspectos biotecnológicos, así como, definir estrategias de seguimiento.

OBJETIVOS

- Interpretar los sistemas axiológicos e histórico- pedagógicos de la disciplina Bioética.
- Explicar los fundamentos epistemológicos e institucionales de la doctrina Bioética.
- Analizar la legislación que ha generado el discurso Bioético.
- Estudiar el método de la *Deliberación en Bioética.*
- Describir y explicar la actividad de los Comités de Ética Asistencial en España, a través de un estudio realizado en la Región de Murcia.

HIPÓTESIS

- Constatar la categorización epistemológica e histórico-pedagógica de la disciplina Bioética y su correspondencia con la doctrina jurídica que ha generado.
- Verificar la *actividad* de los Comités de Ética Asistencial a través de un estudio de campo.

MATERIAL Y MÉTODO

1. MATERIAL:

Desde que comenzó a funcionar el CEA del Área II de Salud de Cartagena, ha existido un gran interés por conocer qué son, de donde vienen y cómo funcionan los CEA.

En la Región de Murcia se celebran anualmente unas Jornadas de CEA, donde se hace una puesta en común sobre temas y actividades realizadas desde la perspectiva de cada Comité.

Consideramos pertinente, ante la falta de conocimiento sobre el devenir Bioético, realizar un estudio sobre los CEA en la Región de Murcia, sin olvidar la interpretación hermenéutica y su devenir en Bioética.

Establecimos el siglo XX como tiempo de gran duración para nuestro estudio y la Región de Murcia como tiempo de corta duración, siendo el periodo de estudio, desde la creación del primer Comité en la Región de Murcia hasta el 30 de Junio de 2011.

En la presente Tesis doctoral hemos estudiado, a través de documentos jurídico–normativos, las regulaciones por las que se rigen los Comités de Ética.

Para el desarrollo de la misma hemos realizado una búsqueda sobre normas jurídicas de carácter interno[161] y de ámbito nacional, así como, normas jurídicas, regulaciones y documentos de carácter internacional[162].

Además hemos analizado otras fuentes primarias, como publicaciones profesionales realizando una búsqueda bibliográfica sistemática en bases de datos electrónicas en castellano (TESEO®, ENFISPO®, CUIDEN®, ISBN®, CSIC®, CUIDATGE®, IME®, TDR®). Con dicha búsqueda, hemos localizado y recuperado artículos originales relacionados directamente con el objetivo y la hipótesis de nuestra investigación o que contenían algún aspecto que ampliaba contenidos de los diferentes capítulos de la presente Tesis doctoral. En el proceso de localización de resultados, hemos utilizado la búsqueda de palabras o términos relacionados con la hipótesis que hemos presentado. Los

[161] Entendiendo como tal a los modos o las formas a través de las cuales se establecen las reglas para la justificación, creación, desarrollo y mantenimiento de los Comités de Ética.

Entre las fuentes más importantes del Derecho interno español se encuentra la Constitución española, norma fundamental de un Estado soberano, las Leyes, normas jurídicas básicas de carácter estatal y autonómico.

[162] Son fuentes del Derecho de carácter internacional, que comprenden instrumentos jurídicos emanados de órganos supranacionales (ONU), así como, fuentes con actividad normativa internacional, que preparan y aprueban instrumentos internacionales y recomendaciones estatutarias emanados de órganos supranacionales, y que pueden tener igualmente eficacia jurídica plena en el territorio de un Estado.

términos elegidos fueron: Comité, Ética, Bioética, formación, deliberación. Realizando la búsqueda, inicialmente, utilizando de forma separada cada uno de los términos, tanto en singular como en plural, para posteriormente combinarlos, mediante operadores booleanos, con otros términos, como: historia Comités Ética , historia Ética, historia Bioética, historia de la Enfermería, legislación.

Por otro lado, asistimos a una reunión de Comités de Ética Asistencial de la Región de Murcia, con el Vicepresidente y Secretario del Consejo Asesor Regional el día 2 de junio de 2011, en la Dirección General de Atención al Ciudadano de la Consejería de Sanidad, y aprovechamos esta circunstancia para exponer que habíamos iniciado un estudio sobre los CEA de la Región de Murcia, idea que fue muy bien recibida, mostrando gran interés y disposición para colaborar en todo lo que necesitáramos.

Redactamos una carta[163] de presentación dirigida a los presidentes de los nueve CEA, para solicitar su autorización y el consentimiento a todos los miembros de los CEA para poder recopilar la información

[163] Anexo 1

necesaria para realizar el trabajo. En esta carta adjuntamos la relación de variables[164] que pretendemos analizar.

Elaboramos un cuestionario con estas variables para poder recopilar la máxima información posible[165]. Con los datos obtenidos comenzamos a realizar un estudio estadístico que nos permita organizar y clasificar los datos obtenidos en la medición, revelándose a través de ellos las propiedades, relaciones y tendencias de los Comités, que en muchas ocasiones no se perciben de manera inmediata.

Hemos realizado una estadística descriptiva de cada variable calculando la distribución de frecuencias y parámetros característicos: media, desviación típica máximo y mínimo.

Las distintas evoluciones se han analizado mediante un análisis de varianza de medidas repetidas, complementado con contrastes de igualdad de pares de medias.

En todos los contrastes se ha considerado como significación estadística una $P < 0,05$.

[164] Anexo 2

[165] Teniendo en cuenta que, en el año 1997 existía 1 Comité, 1998 existían 2 Comités, en 1999 existían 3 Comités, en 2007 existían 6 Comités, en 2009 existían 7 Comités, y no fue hasta 2010 cuando se crean los 9 Comités correspondientes con las 9 Áreas de Salud de la Región de Murcia, y cada uno de ellos tiene establecido su propio sistema de registro de información.

El Paquete estadístico utilizado ha sido el SPSS 15.0

2. MÉTODO

2.1 MÉTODO HERMENÉUTICO.

Para poder desarrollar esta Tesis doctoral y, asimismo, poder desvelar la concepción que existe en el pensamiento Ético que deviene en Bioético, objeto de estudio de esta investigación, y hacer de ella conciencia histórica[166], el planteamiento metodológico que hemos seguido se basa en los diseños de la hermenéutica de lo fáctico[167].

El concepto de Hermenéutica[168], derivado de los razonamientos de Heideggner[169], se entiende como el modo fundamental de situarse el ser

[166] La interpretación que Gadamer realiza de las razones que legitiman la cierta ambigüedad del concepto de la conciencia de la historia efectual, consiste en que con él se designa por una parte lo producido por el curso de la historia y la conciencia determinada por ella, y por la otra, a la conciencia de este mismo haberse producido y estar determinado. Gadamer H.G. Verdad y Método. Salamanca. Ed. Sígueme 2007, pág. 9-21.

[167] Hernández Conesa JM, Beneit Montesinos JM. Un estudio de los paradigmas educativos enfermos durante el siglo XIX. Colección Arte y Ciencia de la Sanación. Historia de la Educación. Murcia: Diego Marín Editor; 2012. Siendo la Dra. Hernández Conesa y el Dr. Beniet Montesinos, los primeros investigadores en utilizar este método de la Hermenéutica de lo fáctico, para estudiar los textos en Medicina y Enfermería.

[168] Se entiende por hermenéutica, una filosofía que afirma que la interpretación de los vestigios históricos, presentes en los textos o el arte, son un camino valido para acercarse en gran medida a la verdad en sí.

humano en el mundo: existir es comprender. Desde entonces su hermenéutica de la facticidad se convierte en una filosofía que identifica la verdad con una interpretación históricamente situada:

> *Toda interpretación, para producir comprensión, debe ya tener comprendido lo que va a interpretar*.

Gadamer[170], discípulo de Heideggner, vincula la aproximación fenomenológica a la hermenéutica, al menos en un punto importante: en

---

[169] Martin Heideggner Filósofo alemán. Discípulo de Husserl, su indiscutible preminencia dentro de la filosofía continental se ha visto marcada siempre por la polémica, sobre todo la de su adhesión al régimen nacionalsocialista. Es una de las figuras protagónicas de la filosofía contemporánea. Influyó en toda la filosofía del existencialismo del siglo XX. La obra de Heidegger suele entenderse como separada en dos períodos distintos. El primero viene marcado por *Ser y tiempo*, obra que, pese a quedar incompleta, plantea buena parte de las ideas centrales de todo su pensamiento. En la segunda etapa de su pensamiento, el filósofo estudia la historia de la metafísica como proceso de olvido del ser, desde Platón, y como caída inevitable en el nihilismo (cuando se piensa el ente tan sólo, éste termina por aparecer vacío). En http://es.wikipedia.org/wiki/Martin_Heidegger. Consultado el 15/6/2012.

[170] Gadamer era un estudiante de Heidegger y se basaba en la hermenéutica para acercarse a la verdad. Dice que la comprensión no es solo entendimiento, sino que algo que constituye al ser humano.

Establece que la situación social, geográfica, histórica, política, etc. en la que se sitúa el autor del texto a interpretar, así mismo como del intérprete mismo, condicionan al momento de realizar la comprensión del texto. Gadamer plantea en su libro Verdad y Método, que es preciso derribar la máxima de la ilustración que establecía que "todos los prejuicios son malos". Para acabar con este prejuicio, Gadamer pone en evidencia que los prejuicios son algo que todos poseemos de forma involuntaria, que surgen a partir de nuestras experiencias y nuestro contacto con el mundo en el cual nos situamos, y siguiendo estos prejuicios aparecen condicionantes que, al momento de enfrentarse al texto, limitan nuestra comprensión.

Por ello Gadamer explica que al momento de enfrentarnos al texto, no es que se deban dejar de lado las opiniones personales, ideología y cultura del intérprete, sino mas bien, "abrirse" al texto.

la visión del contexto histórico y cultural del conocimiento. Para él de lo que se trata es de rehabilitar el papel de la tradición y define que en la perspectiva hermenéutica el ethos, es esa comunidad de prejuicios desde donde se comprende[171].

Según su opinión el sujeto no podrá para conocer "zafarse" de los prejuicios; porque toda captación de datos inmediata está cargada de teoría, conocimiento previo, pero también de valores de la cultura en la que surgen, cada proyección de significados surge en una red de expectativas y de suposiciones[172]. Todo ello puede ser parte de la tradición y tradición es lenguaje y en este sentido accede a la experiencia hermenéutica.

De este modo, hemos considerado la Palabrea como los fenómenos que sometemos a interpretación. Para ello, hemos relacionado concepto y palabra y por ende, explicado pensamiento y lenguaje para, de este modo, establecer las relaciones conceptuales como espacios significativos de explicación.

[171] Mainetti JA. Antropobioética. La Plata, Argentina: Editorial Quirón; 1995.

[172] Marx C, Engels F. La Ideología Alemana. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales; 1982.

La lectura se enfoca en hablar de la hermenéutica, y dice e que la regla principal es que debe entenderse el todo desde lo individual y lo individual desde el todo, que ha evolucionado desde la retorica antigua (arte de hablar) y ha pasado a través de la hermenéutica moderna (arte de comprender).

La hermenéutica tiene un largo alcance por la reconquista por los juicios humanos tanto de la ciencia como de la Ética que representa la situación fundamental de nuestro ser en el lenguaje. Para los seres humanos la experiencia es la participación en el sentido de todo, estando familiarizado siempre con algo, puesto que la historia no pertenece sino lo contrario nosotros pertenecemos a ella con un lenguaje que busca palabras que están interminablemente por decir, esta experiencia del dialogo recuerda que la implicación de que lo hablante no es un impedimento sino que representa la condición de verdad.

El estilo de pensamiento Bioético, sitúa que lo científico solo es posible, si se vincula estrechamente gnoseología[173] y axiología.[174]

[173] Del griego "gnosis" (conocimiento) y "logos" (discurso). El vocablo 'gnoseología' fue empleado por vez primera en el siglo XVII (por ejemplo, por J. Micraelius en el *Lexicon philosophicum terminorum philosophie usitatorum,* 1653, s.v. "Philosophia", y por George Gutke en su *Habitus primorum principiorum seu intelligentiae,* 1666) bajo la forma *Gnostología.* Con él se designaba una de las disciplinas en que se divide la *Metaphysica.* La *Gnostologia* se ocupa del conocimiento. Como escribe icraelius: "*Ad [Philosophiam] Theoreticam pertinent I. Metaphysica cui conjugunt vel submittunt Gnostologiam* to gnwso\n *seu omne*

Ambas son momentos de un proceso, que rehabilita el papel de las tradiciones, prejuicios, intuiciones y símbolos presentes en toda comunicación personal. La interpretación de significados transita por caminos que van más allá de la identificación afectiva entre los seres humanos. Se trata de ampliar la comprensión de racionalidad científica para desde la perspectiva hermenéutica, complementar al enfoque lógico en el enfoque de la intencionalidad subjetiva tan importante en cualquier relación.

---

scibile qua tale contemplantem". Gutke escribe que la misión de la gnoseología es "*de pprehensione cognoscibilis & principiis essendi agens*". En época más reciente el término 'gnoseología' (en las diversas formas de los lenguajes modernos: *Gnoseologie, Gnoseolo-gy, Gnoseología,* etc.) ha sido empleado con frecuencia para designar la teoría del conocimiento. Sin embargo, es más frecuente el empleo de este término en español y en italiano que en alemán y en inglés. En alemán se usa con mayor frecuencia *Erkenntnistheorie* (teoría del conocimiento) y en inglés se usa con más frecuencia *Epistemology*. En francés se usa casi siempre la expresión *théorie de la connaissance,* pero a veces se hallan los vocablos *gnoseologie* y *epistémologie*. Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Alianza Editorial, Madrid: vol. I; 758.

[174] Término procedente del griego "áxios" (lo que equilibara, lo digno) y logos (tratado, doctrina) y que etimológicamente remite al estudio o doctrina de lo digno, de los valores.

La axiología pura trata de los valores, en cuanto tales, como "entidades" objetivas, como "cualidades irreales", de una irrealidad parecida a la del objeto ideal, pero en manera alguna idéntica a él. Los valores son cualidades irreales, porque carecen de corporalidad, pero su estructura difiere de la de los objetos ideales, asimismo irreales, pues mientras estos últimos pertenecen propiamente a la esfera del ser, sólo de cierto modo y habida cuenta de la pobreza del lenguaje puede admitirse que los valores "son". Mas no sólo esto: el valor no puede confundirse con el objeto ideal, porque mientras éste es concebido por la inteligencia, el valor es percibido de un modo no intelectual, aun cuando lo intelectual no pueda tampoco excluirse *completamente* de la esfera de los valores. Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Alianza Editorial, Madrid: vol. II; 868

En consecuencia está justificado en esta investigación, hablar de una conversación hermenéutica, con un lenguaje que nos lleva a comprender y a establecer alianza con el análisis de los contenidos de los textos y documentos objeto de nuestro estudio.

2.2. MÉTODO JURÍDICO:

La Historia del Derecho es la disciplina científica histórico-jurídica que analiza el conjunto de hechos y procesos históricos relacionados con el conjunto de normas o que estudia el origen, la evolución y las transformaciones experimentadas por los sistemas jurídicos a través del tiempo[175].

Oficialmente[176] la Historia del Derecho surge en Alemania a comienzos del siglo XIX (1814) a través de la conocida polémica entre Friedrich Carl von Savigny (1779-1861) y Antón Friedrich Justus

[175] Ruiz Rodríguez I. Apuntes de historia del derecho y de las instituciones españolas. Madrid: Dykinson. 2005; 25.

[176] Aristóteles, en su "Constitución de Atenas, es el primer cultivador de la Historia del Derecho de Occidente. Ocasionalmente Pomponio y Justiniano realizaron sus aportes a la Historia jurídica o a su filosofía. En este último sentido, también realizó sus aportaciones San Agustín.

Bascuñán Valdés A. Introducción al estudio de las ciencias jurídicas y sociales: notas para el curso. Colección de apuntes de Clase nº 8. 2ª ed. Santiago (Chile): Jurídica de Chile. 1960; 40. 294-295.

Thibaut (1772-1840) sobre la codificación del Derecho. La consideración como una rama especializada de la Historia General es un planteamiento clásico y predominante entre los que consideran la Historia del Derecho desde una perspectiva preferentemente histórica. Esta concepción ha sido la mayoritaria en España desde los orígenes de la disciplina hasta mediados del siglo XX. Fue iniciada por historiadores que comenzaron a estudiar temas jurídicos, entre los que destaca Eduardo de Hinojosa y Naveros (1852-1919). No obstante, a partir de 1929 se produce un auténtico cambio en la investigación histórica con la incidencia de Marc Bloch y Lucien Febvre, con la consiguiente renovación de los métodos en todas las ramas de la investigación histórica, cuya directa repercusión en la historia jurídica de nuestro país daría lugar a la idea de integración de la Historia del Derecho en lo que se llamó "historia total" representada por Francisco Tomás y Valiente (1932-1996)[177]. De esta manera la Historia del Derecho ha tenido la necesidad de elaborar una justificación que sustente su propia existencia, así como su independencia del resto de disciplinas.

[177] Gómez Rojo ME. Historia del Derecho e historiografía jurídica contemporánea en Francia, Italia y Alemania [libro electrónico] Málaga: Universidad de Málaga; 2009. Disponible en: www.eumed.net/libros/2009b/553/.

La periodificación de la Historia, la agrupación de los diversos hechos históricos por etapas tradicionales (Época prehistórica, Antigua, Media, Moderna y Contemporánea), resulta cómoda y útil para el historiador, pero no puede extrapolarse tal cual al mundo jurídico, debido en parte a las peculiares características que impone la distinta evolución de los conjuntos de normas que componen el ordenamiento jurídico. De tal manera que, la Historia del Derecho ha delimitado tres métodos de análisis histórico:

Método histórico o cronológico: su análisis comienza realizando una separación de los hechos históricos en distintos períodos, y con base en tal división, investiga los diferentes ordenamientos jurídicos.

Método sistemático: establece que ha de comenzarse el análisis partiendo de una división de sistemas jurídicos, para posteriormente situar el hecho histórico en la etapa correspondiente.

Método mixto: similar al método cronológico, aunque su estudio parte de situar distintas etapas para cada rama del saber jurídico, de manera que no se sitúa plenamente dentro de ninguno de los métodos anteriores, siendo así fruto de un planteamiento sincrético.

Basándonos en el tipo de estudio realizado y en las fuentes consultadas, optamos por utilizar el Método mixto de análisis histórico, ya que es un método dinámico, lo suficientemente genérico y flexible, que nos permite partir de los hechos (circunstancias y coyunturas históricas) y antecedentes normativos realizando una descripción detallada de la estructura y el contenido de algunas normas jurídicas, hasta llegar a las concepciones bioéticas objeto de investigación.

CAPÍTULO III

HISTORIA DE LOS COMITÉS DE ÉTICA EN ESPAÑA

Un Comité es, según el Diccionario de la lengua española[178], una *comisión de personas encargadas para un asunto.* Por comisión se entiende, según la cuarta acepción del término en el mismo Diccionario, *conjunto de personas encargadas por la ley, o por una corporación o autoridad, de ejercer unas determinadas competencias o entender en algún asunto específico.*

Es importante aclarar, por un lado, que el Comité de Ética, en el ámbito de la biomedicina, es un grupo de personas que se constituye con la misión de deliberar sobre la moralidad de determinadas decisiones o cursos de acción, bien sea en la práctica clínica, en la investigación científica o en la gestión de los recursos sanitarios disponibles.[179]

Por otro lado, según la definición de la Bioética formulada por Reich, en la segunda edición de la Encyclopedia of Bioethics, la define

[178] REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, Diccionario de la lengua española, Madrid, Espasa; 2001, 22ª ed. La palabra "comité" ha llegado a nuestra lengua a través del francés, aunque es un término originalmente inglés. El sustantivo inglés *committe* procede del verbo *to commit*, que significa entregar o confiar algo a alguien, pero también puede significar asumir un compromiso. El comité es un conjunto de personas a los que se le ha confiado una misión y que la asumen como compromiso moral. Se comenzó a hablar del "comité de ética" para traducir el término inglés *ethics committee.*

[179]Ferrer JJ. Historia y Fundamentos de los Comités de Ética. En: Martínez JL, editor. Comités de Bioética. Madrid: Desclée De Brouwer; 2003.p.17-42.

como: *el estudio sistemático de las dimensiones morales, incluyendo la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas, de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario.*[180]

Como dice Adela Cortina:

> *La función de los Comités de Ética no es juzgar ni sancionar conductas, sino supervisar, asesorar ante una consulta, educar moralmente y crear una cultura profesional.*

[180] Reich W. T., Introducción, Encyclopedia of Bioethics, t. 1, New York, Simón & Schuster Macmillan, 1995, xxi. Dada la importancia de esta definición, transcribo el original en inglés, dice: *the sistematic study of the moral dimensions, including moral visión, decisions, conduct, and policies, of the life sciences and the health care, employing a variety of ethical methodologies in an interdisciplinary setting*. Hay dos conceptos en esta definición que conviene remarcar. En primer lugar, la idea de interdisciplinariedad de la bioética y de los comités, y en segundo lugar, es el término políticas, cuyo sentido podría no estar enteramente claro, como traducción de la palabra inglesa *policies*. Según el Diccionario de la lengua española de la Real Academia existe en nuestra lengua un uso aceptado del término política, que traduce adecuadamente el significado que el vocablo tiene en inglés y que quiero darle, y dice así: *orientaciones o directrices que rigen la actuación de una persona o entidad en un asunto o campo determinado.* James F. Drance sugiere una distinción entre directrices y políticas. Las directrices son orientaciones o guías para la acción, oficialmente establecidas en una institución, como un hospital, en situaciones para las que no existe todavía un amplio consenso moral en la sociedad. Por eso las directrices tienen un mayor sentido de provisionalidad de las políticas. Estas últimas se establecen para situaciones en las que ya existe un amplio consenso moral en la sociedad y, por ende, tienen un carácter más firme y estable que las directrices. Cf. Drane J. F., I comitati di ética in ospedale, en VIAFORA, C. (ed) Comitati etici. Una proposta per il mondo sanitario, Padova, Roma, Fondazione Lanza, Università Gregoriana Editrice, 1995, 57-58; Ferrer, J., El porqué y el qué de los comités de ética, en Santos y Vargas, L., Ferrer, J. y DAMIANI. B. (eds), Humanities and the health Sciences, Potomac Md., Scripta Humanistica, 2001 128.

Podemos distinguir, al menos, los siguientes Comités de Ética relacionados con la Bioética[181]:

Por un lado, los Comités Éticos de Investigación Clínica[182], que tienen por finalidad velar por la calidad de la investigación en sujetos humanos y por la protección de los mismos. Son comités que tratan los aspectos éticos, técnicos y legales de la experimentación en seres humanos. Como señala F. Abel, tienen dos competencias esenciales:

> *Asegurar la protección de los sujetos humanos que participan en ensayos de investigación clínica y también la relevancia y corrección científicas del protocolo de investigación que se somete a la consideración.*[183]

El nacimiento de la Bioética moderna, como ya hemos explicado, está históricamente ligado a los abusos en la investigación científica con sujetos humanos, conocidos durante el

[181] Ferrer JJ. Historia y Fundamentos de los Comités de Ética. En: Martínez JL, editor. Comités de Bioética. Madrid: Desclée De Brouwer; 2003.p.19.

[182] Real decreto 561/1993, por el que se regulan los requisitos para la realización de ensayos clínicos. BOE nº 114, 13-5-1993. Título III De los Comités éticos de investigación clínica. Arts. 39-43.

[183] Abel F. Comités de ética: necesidad, estructura y funcionamiento, en COUCEIRO, A. (ed), Bioética para clínicos, Madrid, Triacastela, 1999; 243.

siglo XX, que estimularon el deseo de impedir que semejantes atropellos volviesen a cometerse en nombre de la ciencia.

El llamado Código Nuremberg, abrió el camino a la formulación de normativas más precisas para proteger la integridad de los sujetos humanos en la experimentación biomédica.[184]

Tienen su acreditación en el ámbito sanitario, con una composición multidisciplinar y están regidos por unas normas de funcionamiento reglamentadas, pero sobre todo tienen carácter decisivo y ejecutivo.

El modelo de trabajo de los Comités Éticos de Investigación Clínica utiliza un método de trabajo pluridisciplinar, de ámbito hospitalario o más amplio. Se dirigen con normas legisladas, que tiene unos sistemas de evaluación y normas de buena práctica, que permiten revisar todos los aspectos de un protocolo de ensayo clínico; además,

[184] Los principios Nuremberg eran, originalmente, comentarios morales incluidos en los documentos legales del proceso como *obiter dicta,* sin que constituyesen el fundamento jurídico de las sentencias dictadas. Los investigadores del nacional socialismo fueron sentenciados por contravenir el derecho de guerra y las leyes penales de los países civilizados. Además, los principios mismos del Código de Nuremberg estaban en la normativa para regular la experimentación médica establecida por el Ministerio de Asuntos Religiosos, Educativos y Médicos de Prusia en 1990, que había sido asumida en otras normas publicadas por el gobierno Alemán en 1931, pocos años antes de la Segunda Guerra Mundial. Baker, R. A Theory of International Bioethics: The Negotiable and the Non-Negotiable. Kennedy Institute of Ethics Journal 8, nº3: 1998; 249-250

permiten su supervisión hasta el desarrollo total, para ver si han cumplido los requisitos establecidos por el comité. Insistimos en su carácter ejecutivo.

La evolución de los Comités Éticos de Investigación Clínica ha supuesto que, en este momento, estén generalizados a todos los centros hospitalarios, se haya descentralizado su control, y desde luego, se hayan convertido en filtro imprescindible para la aprobación de los ensayos clínicos, además, tienen cada vez más peso en la denominada investigación clínica, que no tiene exactamente que ser el ensayo clínico farmacológico.

Los efectos que han obtenido los Comités Éticos de Investigación Clínica son: una mayor calidad metodológica, ética y legal de la investigación, más conocimientos y mejor contrastados, menores riesgos para las personas sujetas a ensayos, para los pacientes, más rigor en los datos para el uso de los medicamentos, una ampliación al ámbito de la investigación clínica y la disminución de determinados tipos de ensayo o de trabajo como los ensayos promocionales de características sobre todo publicitarias.

Por otro lado, están los Comités de Ética Institucional o Ética Organizacional, que es la disciplina que se ocupa de las posiciones y conductas de una organización en sus relaciones con los individuos, grupos y comunidades, así como con otras organizaciones. Se interesan por las relaciones de un hospital con sus empleados, de los incentivos económicos, entre otros.

También existen los Comités Nacionales de Bioética[185], que se encargan de asesorar a los gobiernos sobre temas éticamente conflictivos relacionados con las ciencias de la vida. Podemos diferenciar entre Comités Permanentes y Comités Ad Hoc.

En primer lugar, un Comité Ad Hoc, es un grupo creado para examinar un tema específico y generar recomendaciones o trabajar en una resolución. Esas organizaciones son generalmente, de carácter temporal y son disueltos cuando, satisfactoriamente, sus objetivos han sido alcanzados. Entre los miembros de un Comité Ad Hoc se puede incluir a representantes de varias agencias y organizaciones.

[185] Nuñez-Cubero P. Comités nacionales de Bioética. LH 1993; (229): 11

Una de las razones para establecer un Comité Ad Hoc es que una organización mayor quiera resolver un problema, pero no tenga una Comisión o grupo de trabajo para poder manejar el tema a tratar.

De esta manera, permite crear un mecanismo para ampliar el alcance de la organización o centrarse en un tema de importancia. Los miembros que la componen pueden obtenerse de dentro de la organización, o bien, podrían contratar a personal externo, si es pertinente para el tema a tratar.

Los órganos legislativos utilizan Comités Ad Hoc, cuando quieren un grupo temporal para centrarse en un tema en particular y formular recomendaciones legislativas.

Los recursos disponibles para un Comité Ad Hoc pueden variar, algunos tienen fondos sustanciales y pueden recurrir a expertos y fuentes de información externos para lograr sus objetivos.

Además de estos Comités Ad Hoc existen Centros o Institutos de Bioética y grupos de estudio, en Universidades y en organismos supranacionales. Sus funciones son diferentes y su trabajo se puede conocer a través de la documentación que publican, como: resoluciones de los Comités de Ética Asistencial, orientaciones puntuales o los

documentos de Comités Nacionales y otras entidades dedicadas al estudio de cuestiones éticas (Europa Occidental, Estados Unidos, Canadá, Australia y Japón).

Son comités que tienen la capacidad o condición de asesorar tanto a los poderes ejecutivos como a los legislativos y, sobre todo de recoger y devolver a la ciudadanía el "estado de la cuestión" y las diferentes alternativas sobre temas importantes relativos a los problemas Bioéticos.

Estos comités tienen acreditación gubernamental en aquellos países donde existen. Se designa a los miembros por relevancia social y por condición de experto, principalmente. Además, tienen una composición variable, dependiendo de los temas a debate, y de ahí que, muchas veces, lo que se crea sean comisiones específicas (*ad hoc*) relativas al tema que se vaya a tratar, por ejemplo: la reproducción asistida, la eutanasia, la clonación, los servicios sociales, las minusvalías psíquicas, entre otros.

Estos Comités Nacionales de Bioética son pluridisciplinares y evalúan diferentes aspectos éticos. Tienen como característica ser de carácter asesor y es difícil definir su metodología de trabajo, suelen dar

respuesta a planteamientos, es decir, a preguntas previas, de estudios de cuestiones generales.

Una característica muy interesante, es que, después de su deliberación y del establecimiento de unos "documentos de recomendaciones", hacen sesiones abiertas en las que contrastan con las fuerzas vivas, con las personas interesadas en los temas que ellos tratan, para, finalmente, cerrar estos documentos, que como siempre tienen carácter asesor. Son Comités creados en numerosos países y reconocidos y escuchados, en general tienen un funcionamiento ágil y dependen de la calidad del trabajo que desempeñan.

Los Comités Nacionales de Ética tienen influencia sobre la legislación, y hasta cierto punto, sobre la jurisprudencia. Son, ante todo, un sostén y estímulo del debate público sobre determinados temas como: el trasplante, la reproducción asistida, el sida, el aborto, la eutanasia, la genética.

Entre los países que han creado Comités Nacionales hay que considerar, como paradigma de lo que serán más tarde los Comités temporales y los Comités "ad-hoc", en Gran Bretaña al Comité Real. En los años 1832-34 la "Royal Commission on Poor Laws" dirigió unas

encuestas encaminadas a la preparación de algunas recomendaciones ante la reforma del Sistema Isabelino de Asistencia Social. Este Comité, integrado por sólo tres miembros, redactó un informe que marcó y orientó la legislación sobre asistencia social en Gran Bretaña.

En Estados Unidos se constituyeron, al principio del siglo XX, algunas "Presidential Commissions". Son claro ejemplo de lo que puede llamarse un Comité "ad-hoc", en un esfuerzo por permitir que los científicos y expertos contribuyeran a los trabajos del Gobierno.

Otros países, como Canadá y Australia, establecieron Comités permanentes para la reforma de la Ley, con la función de estudiar los problemas políticos y recomendar al Parlamento una legislación apropiada, haciendo referencia a situaciones derivadas de la aplicación de las nuevas tecnologías médicas con lo cual, estos Comités nacionales permanentes, creados para la forma de la ley, pueden considerarse Comités Nacionales de Bioética.

En la República Federal de Alemania se empleó, desde 1960, el foro de la "Enquete-Kommission", para estudiar las cuestiones como la reforma de la constitución y el estatuto social de la mujer.

Pero el hito que determinó la verdadera historia vino marcado por la Declaración de Helsinki I de la Asociación Médica Mundial[186], que establecía los principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, siendo en la revisión en Tokio (1975) cuando se hace referencia a estos Comités, afirmando:

> *Los Comités Nacionales son responsables de supervisar o aconsejar a los Comités de Ética, protectores de una deontología médica y, a través de ella, de la autoridad moral de los médicos.*

Por otro lado, los Comités Supranacionales de Bioética son Comités de asociaciones profesionales o de organizaciones de ámbito internacional, que ofrecen recomendaciones para los países asociados. Los comités internacionales incluyen el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO, el Comité de Bioética del Consejo de Europa y el European Group on Ethichs in Science and New Technologies.

En el ámbito empresarial[187] hay que tomar en consideración, sobre todo, dos tipos de Comités, por un lado, los Comités de Ética Profesional, que son los destinados principalmente a analizar casos y que

[186] En su 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, Finlandia) 1964.

[187] Siurana, JC. Comités de ética en la empresa sanitaria. VERITAS, vol. II, nº17; 2007

tienen un referente muy valioso en los Comités de Ética Asistencial y, por otro lado, los Comités de Ética Organizacional.

Los Comités de Ética Asistencial son aquellos que procuran resolver los conflictos éticos que plantea la asistencia sanitaria y, además, elaboran protocolos para aquellos casos en los que se necesita establecer una política institucional. También se ocupan de la formación y la protección de los mismos.

Su ámbito de trabajo es la relación clínica y se plantean como comités integrados y reconocidos en los hospitales y/o Áreas Sanitarias. Al igual que otras comisiones y comités ya existentes (de Investigación, de Historias clínicas, de Mortalidad, etc.), requieren ser acreditados[188] y dotados de unos reglamentos de funcionamiento.[189]

Después de su formalización, sólo el trabajo y el cumplimiento de los objetivos propuestos, dan contenido y utilidad a este tipo de modelos participativos.

[188] Comisiones promotoras de los Comités de ética asistencial en la CAV. Propuesta de reglamentación para la Acreditación de los CEAs. 1994.

[189] Hernando P. (Comités de ética asistencial). Consorci Hospitalari del Parc Taulí. LH nº 229; 1993.

III.1 LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL: EPISTEMOLOGÍA E INSTITUCIONALIZACIÓN.

Los Comités de Ética Asistencial surgen como medio para ayudar al equipo asistencial, al enfermo, a los usuarios y a la sociedad en general, a profundizar y asesorar en cuestiones Éticas. Se han ido creando, dependiendo de las necesidades que presentan las personas, los grupos y los profesionales o instituciones, para clarificar o resolver problemáticas específicas; es la estructura ideal para que, desde dentro de la institución a la que se sirve, se eleve la calidad moral de la asistencia que se presta.[190]

Como señala Adela Cortina:

Son grupos multidisciplinares creados para afrontar los dilemas éticos que hoy en día se plantea la medicina.[191]

La historia de los Comités de Ética Asistencial se remonta al año 1962, en Washington, en el primer centro de diálisis externa, en el

[190] Abel, F. Los comités de ética en el diálogo interdisciplinar. Labor Hospitalaria. 1988: 229; 136-219.

[191] Cortina, A. Comités de Ética, en Osvaldo Guariglia (ed), Enciclopedia Iberoamericana de filosofía 12. Cuestiones Morales. Madrid, Trotta; 1996

Seattle Artificial Kidney Center, ante la necesidad de seleccionar los pacientes para el tratamiento, condicionados por recibir miles de solicitudes y sólo poder atender siete pacientes al día.

Para seleccionar los pacientes se crearon dos comités: uno formado por un psiquiatra y varios nefrólogos que clasificaban, según criterios estrictamente médicos, y otro que clasificaba según varios factores: económicos, sociales, morales…, formado por un jurista, un clérigo, un banquero, un ama de casa, un representante del gobierno, un dirigente sindical y un cirujano, que fue llamado "Comité de la Vida y la Muerte".

Este Comité terminó desapareciendo después de varios años, dejando en la conciencia de sus miembros un sentimiento de culpabilidad y de deseo de evitar la responsabilidad por haber juzgado, aparentemente, sin criterio objetivo.

Otro de los hitos históricos en el desarrollo de estos comités fue la necesidad de establecer criterios para el diagnóstico de "muerte cerebral". En 1968 un comité, *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School*, elaboró, por primera vez, lo que hoy conocemos como

el criterio cerebral para determinar la muerte de las personas[192]. La revista JAMA publica la definición de muerte cerebral, expuesta por un comité de la Facultad de Medicina de Harvard, planteada a partir de la desconexión legal de la respiración asistida a determinados enfermos. Con este motivo se crean en diferentes Hospitales los Comités Tanatológicos, para decidir cuándo se da la condición de muerte cerebral y, por tanto, se hace posible la suspensión del soporte vital, ante la necesidad de obtener órganos necesarios para la realización de trasplantes.

En este momento de la historia, se adoptaron leyes que reconocen los "testamentos en vida" y el "derecho a morir", así como la formación de los Comités de Bioética en muchos hospitales.

En 1971, en el Hennepin County Medical Center de Mineapolis, se crea un comité para la evaluación de los problemas médicos, éticos y legales en el tratamiento de enfermos terminales, siendo el Dr. Cranford, neurólogo, quien se convierte en activo defensor de los CEA.

[192] Martínez J. L., (ed), Comités de Ética. Editorial Bilbao. Desclèe d Brouwer: 2003; 27.

En 1973, en Boston, se crea el comité sobre optimización de cuidados.

Fue 1975 un año decisivo para la historia de los Comités de Ética, en este sentido un artículo de la doctora Karen Teel propone la creación de unos comités que ayuden al médico a ver la responsabilidad de las decisiones que toman sobre la vida o la muerte de sus pacientes. En el artículo se barajan las ventajas y desventajas de estos comités.

Este artículo fue citado por un juez de la Corte suprema de New Jersey[193], en su sentencia sobre el caso de Karen Ann Quinlan, que describo a continuación:

> Karen Ann Quinlan nació el 29 de Marzo de 1954, en Scranton, Pennsylvania. En Abril de 1975, Karen asistió a una fiesta en casa de un amigo, y tras consumir alcohol y un tranquilizante, comunicó a sus amigos que se sentía mareada, por lo que fue a recostarse. Quince minutos más tarde la encontraron sin respirar, llamaron una ambulancia y realizaron respiración

[193] Quinlan Decision: A question of Death. November 10, 1975. En: Historic documents of 1975. Washington DC: Congressional Aquarterly Inc.; 1976.P. 805-824.

boca a boca. Sin embargo no recuperó la conciencia y fue ingresada en el Hospital en New Jersey, en estado de coma.

Karen sufrió daño cerebral irreversible por un fallo respiratorio prolongado. Después de ser trasladada al hospital fue conectada a ventilación mecánica.

Se encontraba en estado vegetativo persistente.

Durante los siguientes meses permaneció en el hospital, mientras, su condición se deterioró gradualmente, perdió peso llegando a pesar 36 Kg., sólo se mantenía viva por la alimentación nasogástrica y el apoyo del ventilador.

Después de varios meses sus padres, al observar el estado de su hija, solicitaron la suspensión de la ventilación mecánica, considerando que Karen no deseaba que se le mantuviera con vida por medio de máquinas y métodos artificiales.

Llegaron a la decisión de desconectarla del respirador y que se le permitiera volver a su "estado natural". El hospital inicialmente estuvo de acuerdo, pero luego cambió de opinión.

En 1976, los Quinlan apelaron a los tribunales, llevaron su caso a la Corte Suprema de New Jersey para pedir permiso para

ayudar a Karen a morir con dignidad, quienes, finalmente, acogieron la petición de los padres.

En estas circunstancias, quedó claro que el juicio no se centraba en la definición de muerte, sino que era una cuestión aún más complicada, si Karen Quinlan tenía "derecho a morir."

El 26 de enero de 1976, el caso se llevó ante los siete magistrados del Tribunal Superior de Nueva Jersey.[194] Su decisión unánime fue, según sus palabras textuales:

> *"Si además de existir acuerdo entre el tutor legal y la familia de Karen, los médicos responsables del caso llegan a la conclusión de que no hay ninguna posibilidad razonable de que ésta salga del estado de coma y recupere sus capacidades cognitivas así como de que los aparatos de soporte vital a los que se haya conectada podrían serle retirados, entonces debe consultarse al «Comité de Ética» o cuerpo similar de la institución en la que Karen esté hospitalizada. Si dicho cuerpo consultivo estuviese de acuerdo en que no hay ninguna posibilidad razonable de que Karen salga del estado de coma en que se encuentra podrían serle retirados los sistemas de soporte vital de los*

[194] Ibídem pág. 805-824.

que depende actualmente, sin que a ninguno de los participantes en esta acción, ya sea el tutor legal, el médico, el hospital u otros, pudiera exigírsele ningún tipo de responsabilidad civil o penal".

Sin embargo, Karen continuó respirando de manera espontánea después de la retirada del ventilador. Fue alimentada mediante sonda nasogástrica durante nueve años más, hasta su muerte por neumonía, el 11 de junio de 1985.

En la sentencia se recomendaba que los problemas Éticos, como los del caso, debieran haber sido resueltos dentro del ámbito clínico, sin tener que recurrir a los tribunales.

Este juez proponía que un Comité de Ética ayudaría a tomar las decisiones a aquellos que les correspondiese, estudiando los valores morales en conflicto, teniendo en cuenta que ello no es posible si antes no se conocen los hechos subyacentes.

En este sentido el mundo sanitario se mostró muy reticente frente a estos comités, en esta fase inicial, sin una clara delimitación de sus funciones y con la ausencia de métodos de análisis específicos, por lo que fueron objeto de gran oposición por parte de los médicos.

Este caso sirvió para mostrar la utilidad de la decisión por consenso en casos en que se deban resolver conflictos éticos generados en la atención médica y, además, consolidó la conciencia de contar con los Comités de Ética en los hospitales, para afrontar casos similares.

La President's Commission for the Study of Problems in Medicine and Biomedical,[195]en dos de sus informes recomendó, en 1983, que los hospitales desarrollasen procedimientos de toma de decisiones en los casos de pacientes incapacitados mentales, inconscientes y recién nacidos gravemente enfermos, ya que los Comités de Ética son la instancia más adecuada para la elaboración de dichos protocolos e introduce la posibilidad de que participen en la toma de decisiones, lo cual llevó a modalidades distintas, por un lado, había casos en los que era el Comité quien tomaba la decisión final y, en otros, era una voz más que la tenía en cuenta a la hora de la toma de decisiones.

Desde 1992, el manual para la acreditación de hospitales exige, como requisito, que las Instituciones hospitalarias tengan establecidos mecanismos para la resolución de problemas morales. Aunque la

[195] President´s commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment, Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decissions. Washington DC: US Government Office, 1983.

existencia de Comités de Ética no es exigida es el mecanismo que más se ha desarrollado y de mayor utilidad para la resolución de este tipo de conflictos.

En España, el primer comité se implantó en 1974, en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, con ocasión de la inauguración del Departamento de Obstetricia y Ginecología, para resolver los casos conflictivos desde la perspectiva ética.

Desde 1974, funcionaba el Comité de Orientación Familiar y Terapéutica, impulsado por el Dr. Campos i Navarro. La reconversión de este primitivo Comité, en Comité de Ética, es consecuencia de las recomendaciones que, al respecto, hacía la Comisión de Hospitales de la Iglesia Católica, en su documento «Configuración del Hospital Católico». En la elaboración de dicho documento participó, de forma destacada, el Instituto Borja de Bioética.[196]

Teniendo en cuenta que, en el campo de la clínica, la palabra Bioética ha quedado unida al concepto de diálogo interdisciplinar como metodología de trabajo y, desde 1978, a los principios canónicos de la

[196] Lorda, P.S., Barrio Cantalejo, I.M. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. Med Clin (Barc) 1995; 105: 583-597.

Bioética contemporánea: autonomía, beneficencia/no maleficencia y justicia.

Desde el paradigma antropológico del personalismo de inspiración cristiana, estos principios son: respeto a la dignidad de la persona, del servicio al bien del paciente, integralmente considerado y de la solidaridad.

Asumiendo estos principios y la labor de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios[197] encontramos la base para la creación del primer Comité de Ética Asistencial en nuestro país.

Este Comité se enfrentó a los conflictos planteados en el encuentro entre las racionalidades científica, ética y jurídica, encontrando la solución en el diálogo transdiciplinar según la razón práctica dialógica, es decir, a través del diálogo, celebrado entre todos los afectados por las normas institucionales, que apostaron por una Ética autónoma en un

[197] San Juan de Dios (1495-1550) por su vida, su carisma religioso y su acción hospitalaria fue inspirador y creador en el tiempo de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, reconocida por el Papa Pío V el 1 de enero de 1572. La Orden en España comienza con la fundación del primer hospital de San Juan de Dios en Barcelona en el año 1867, en http://www.sanjuandedios-fjc.org/es/quienessomos/ordenhospitalaria.html, consultada octubre 2012.

contexto de fe, buscando su fundamentación en la racionalidad práctica, gobernada por la prudencia, que discierne lo que es razonable.[198]

Poco a poco, se han ido multiplicando los Comités por toda la geografía española y, en este momento, nos encontramos todavía inmersos en el proceso de expansión de los mismos.

[198]Martínez JL. (ed), Comités de Ética. Bilbao: Editorial Desclée d Brouwer; 2003. 45-47.

CAPÍTULO IV

HISTORIA Y REGULACIÓN LEGISLATIVA DE LOS COMITÉS DE ÉTICA EN ESPAÑA

Los aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de establecer normas que regulen los conflictos derivados de la biotecnología y de la biomedicina están centrados en la noción de la dignidad de la persona que es presupuesto de libertades y de derechos fundamentales, como así reconoce nuestra Constitución de 1978 (art. 10).

La primera normativa española sobre temas referentes a la Bioética, fue la que regula los trasplantes de órganos, constituida fundamentalmente por la ley 30/1979, de 27 de octubre.[199] En ella, se establecen una serie de principios generales que tratan de conjugar la libertad de la persona y el derecho al propio cuerpo, con la solidaridad hacia la sociedad y con la donación de órganos y tejidos.

En este sentido, hay que señalar que fue la Ley General de Sanidad (LGS) 14/1986, de 25 Abril,[200] la que reconoció los derechos básicos de los enfermos y usuarios del sistema de salud, que fue completada por la Ley 16/2003, 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.[201]

[199] Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.

[200] Ley General Sanidad 14/1986, de 25 Abril.

[201] Ley 16/2003, 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, se establece un nuevo marco jurídico sanitario esencial tras la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002, de 14 de Noviembre,[202] abogando por completar las previsiones de la LGS tras los cambios científicos y sociales acontecidos en los últimos años.

También contiene elementos de interés para la Bioética la Ley 13/1982, de 7 de Abril, de integración social de los minusválidos (LISMI),[203] que ha pretendido dignificar las condiciones de vida de los ciudadanos con discapacidad en España.

Otra de las normas representativas para la Bioética es la Ley 35/1988, de 22 de Noviembre,[204] que regula las técnicas de reproducción asistida humana. Esta Ley trata de proteger los derechos fundamentales de padres, hijos, donantes de material genético y madres subrogadas, y está basada en la finalidad de la protección de la criatura antes que en el punto de vista de la pareja.

---

202 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autónoma del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

203 Ley 13/1982, de de 7 de Abril, de integración social de las minusválidos.

204 Ley 35/1988, de 22 de Noviembre, que regula las técnicas de reproducción asistida humana.

Como ha señalado la expresidenta del Comité de Bioética de España, Victoria Camps:

> *…los avances científicos y técnicos, unidos a la complejidad de unas sociedades cuyos individuos gozan cada vez de márgenes más amplios de libertad para decidir sobre la manera en que quieren vivir e incluso morir, hace imprescindible la existencia de organismos dedicados a deliberar sobre las cuestiones más problemáticas y a servir de ayuda y soporte a la tarea legislativa. Tal es la misión que hoy por hoy tienen los Comités de Bioética.*

IV.1. REGULACIONES Y DOCUMENTOS INTERNACIONALES SOBRE BIOÉTICA.

Las principales regulaciones son:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, que fue proclamada, el 10 de diciembre de 1948, por la Asamblea General de las Naciones Unidas y recoge en sus 30 artículos los Derechos Humanos considerados básicos.[205] Su Preámbulo dicta lo siguiente:

[205] También la Constitución Española de 1978 reconoce la Declaración: Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de

> *… considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana….* Además en su artículo 1 dice: *Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.*

A partir de los Juicios de Nurembreg (entre agosto de 1945 y octubre de 1946) se elaboró el Código Nurembreg.[206] En él se recogen los principios orientativos de la experimentación médica en seres humanos, porque, durante el juicio, varios de los acusados argumentaron que los experimentos diferían poco de los llevados a cabo antes de la guerra, pues no existían leyes que categorizaran de legales o de ilegales los experimentos.

La Asociación Médica Mundial (WMA) promulgó la Declaración de Helsinki,[207] que es un importante documento en la historia de la investigación ética, como un significativo esfuerzo de la comunidad médica para autorregularse y, además, constituye la base de muchos de

Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las materias ratificados por España. **Artículo 10**, apartado 2, de la Constitución Española (1978).

206 Código Nuremberg 1947.

207 Declaración Helsinki 1964.

los documentos subsecuentes. Este documento crea un cuerpo de principios éticos que deben guiar a los médicos, como también a todo profesional que se dedique a la investigación, cuyo objeto sea el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que tengan un propósito puramente científico, es decir, en las que no se persiga de forma directa un beneficio para las personas implicadas en dicha investigación. Es a partir de aquí cuando se impone, con más contundencia, la necesidad de obtener el "consentimiento informado" ante cualquier actuación sobre una persona y, si ésta no se encontrara en condición de darlo se nombraría un "representante legal".

Asimismo, la WMA redacta una normativa para médicos con respecto a la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas. Este documento se denominó la Declaración de Tokio.[208] Entre sus propuestas señala en su introducción:

> *"El médico tiene el privilegio y el deber de ejercer su profesión al servicio de la humanidad, preservar y restituir la salud mental y corporal sin perjuicios personales y aliviar el sufrimiento de sus pacientes. Él debe mantener al máximo el*

[208] Declaración de Tokio 1975.

respeto por la vida humana, aún bajo amenaza, y jamás utilizar sus conocimientos contra las leyes de la humanidad".

En Estados Unidos se redacta, el Informe Belmont (1979)[209], que vió la luz el 18 de abril de 1979, y recoge los principios éticos a seguir para la protección de los sujetos humanos en la experimentación. De hecho, dicho informe, se titula *"Principios Éticos y pautas para la protección de seres humanos en la investigación"* y es un importante documento histórico en el campo de la Ética médica.

La Declaración de Manila (1980) hace referencia a la igualdad de derechos y la libre determinación de los pueblos.

La primera norma internacional, que aborda, de forma exhaustiva, la materia relacionada con el consentimiento informado, los ensayos clínicos, el derecho a la intimidad y los interrogantes de la genética (Consejo de Europa, 1997) es el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a la aplicación de la Biología y la Medicina. Fue elaborado por el Consejo de Europa el 4 de abril de dicho año. Lo firman los cuarenta países

[209] Informe Blemont, Observatori de Bioética i Dret. Parc Cientific de Barcelona. Available from: http://www.pcb.ub.edu/bioeticadret/archivos/norm/InformeBelmont.

miembros más Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia y la Santa Sede.

La Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) redactó la Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos, el 11 de noviembre de 1997. En síntesis, lo que procurará será precisar la defensa de la dignidad humana, el derecho de las personas interesadas, la investigación, las condiciones de ejercicio de la actividad científica, la solidaridad y la cooperación internacional, en el campo de la especialización del genoma humano, hoy, un modo científico de transformar la humanidad en sus más profundos cimientos.

La UNESCO redactó, también, la Declaración sobre los Datos Genéticos Humanos, realizada el 16 de octubre de 2003. Reconoce que los datos genéticos humanos son singulares por su condición de datos sensibles. Pueden tener para la familia, comprendida la descendencia y, a veces, para todo el grupo, consecuencias importantes que persistan durante generaciones. Pueden contener información cuya relevancia no se conozca necesariamente en el momento de extraer las muestras

biológicas. Y pueden ser importantes desde el punto de vista cultural para personas o grupos.

La conservación de los datos genéticos humanos es primordial para el progreso de las ciencias de la vida y la medicina, para sus aplicaciones y para la utilización de esos datos con fines no médicos.

Hay que tener en cuenta que la recolección, el tratamiento, la utilización y la conservación de los datos genéticos humanos pueden entrañar riesgos para el ejercicio y la observancia de los derechos humanos, así como para las libertades fundamentales y para el respeto de la dignidad humana, ya que, los intereses y el bienestar de las personas deberían primar sobre los derechos e intereses de la sociedad y la investigación.

La Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos[210] de la UNESCO[211], 19 octubre 2005, constituye el primer documento internacional de carácter Universal adoptado de forma conjunta por los Estados en el campo de la Bioética.

[210] Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. UNESCO. http://www.unesco.org/

[211] Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura. La misión de la UNESCO consiste en contribuir a la consolidación de la paz, la erradicación de la pobreza, el desarrollo sostenible y el diálogo intercultural mediante la educación, las ciencias, la cultura, la comunicación y la información.

La aprobación de la misma ha supuesto, sin lugar a dudas, un auténtico hito en la historia del Derecho, en concreto, en la aproximación del Derecho Internacional a una importante parcela de la actividad humana: las ciencias médicas, las ciencias de la vida y las tecnologías que, vinculadas con ambas, pueden ser aplicadas a los seres humanos.[212]

Como ya es sabido, la Declaración es un instrumento jurídico bien conocido en el Derecho Internacional, que se caracteriza por no poseer fuerza vinculante ni obligatoria para los Estados, es decir, no están obligados directamente al cumplimiento de sus prescripciones ni a su incorporación al derecho interno directamente aplicable.[213]

Por otro lado, la Organización Médica Colegial de España promulgó su primer Código de Ética y Deontología Médica, en 1978, al amparo de la Constitución de 1976, que establece el reconocimiento y la necesidad de regular los colegios profesionales y el ejercicio de los profesionales titulados. Este Código sirve para confirmar el compromiso de la profesión médica con la sociedad a la que presta su servicio,

[212] El alcance objetivo (material) y subjetivo (destinatarios)de la Declaración vienen establecidos en el artículo 1.º, mientras que los objetivos que persigue se enumeran con claridad en los ocho apartados del artículo 2.º

[213] Su aprobación ha sido mucho más sencilla que si hubiera adoptado la forma de otro instrumento jurídico con mayor fuerza y coerción, como sucede con los Convenios y Tratados, que obligan a su cumplimiento a los Estados.

incluyendo el avance de los conocimientos científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades de médicos y pacientes. Las pautas contenidas en él deben distinguirse de las imposiciones descritas en las leyes.

Asimismo, la Organización Colegial de Enfermería, ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico, elaborado en 1973 por el Consejo Internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear.

Sin embargo, la necesidad de disponer de un Código Deontológico especialmente concebido para los enfermeros y enfermeras españolas, se estaba haciendo sentir cada vez más claramente. Por ello, en el mes de abril de 1988, Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería designó un Comité formado por profesionales, Enfermeros/as, que ejercían la profesión en diferentes ámbitos, con el fin de elaborar un primer proyecto que, posteriormente, fuese sometido a la opinión general del colectivo de Enfermería, para asegurar que el nuevo Código tuviera un alcance verdaderamente estatal.

Son muchas las ocasiones en las que está en nuestras manos garantizar la dignidad de la naturaleza humana y, de ahí, nuestra mayor responsabilidad como profesionales de Enfermería. Vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesiones sanitarias, en general y, de la profesión de Enfermería, en particular.

IV.2. EL COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA.

El Comité de Bioética de España fue creado por la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE 4 de julio) como un *"órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, que desarrollará sus funciones, con plena transparencia, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud"*, quedando constituido el 22 de octubre de 2008 y adscrito al Ministerio de Ciencia e Innovación.

La primera regulación española, en relación con la Bioética, se encuentra en la Circular del INSALUD, de 30 de marzo de 1995, de la

Dirección General del Instituto Nacional de Salud de acreditación de Comités de Ética Asistencial, que lo reflejaba dentro de las funciones del Comité.

Previo a esta Circular, y a nivel autonómico, fueron pioneras las comunidades de Cataluña, con la Orden de 14 de diciembre de 1993, y el País Vasco, con el Decreto 143/1995 de 7 de febrero, en regular la creación y acreditación de sus Comités de Ética.

Posteriormente, han sido el resto de Comunidades Autónomas las que han ido elaborando sus normativas para regular la creación y acreditación de sus Comités de Ética, entre ellas se encuentran, Galicia [214], Navarra[215], Castilla y León[216], Madrid[217], Murcia[218], Valencia[219], Asturias[220], Canarias[221], Castilla la Mancha[222], Extremadura[223], Andalucía[224], País Vasco[225] y Aragón[226].

[214] Decreto 177/2000 de 22 de junio.

[215] Orden Foral 435/2001 de 24 de agosto.

[216] Decreto 108/2002 de 12 de septiembre.

[217] Decreto 61/2003 de 8 de mayo y la Orden 355/2004 de 13 de abril.

[218] Decreto 26/2005 de 4 de marzo.

[219] Decreto 99/2005 de 20 de mayo.

[220] Decreto 109/2005 de 27 de octubre.

El proceso de regulación de los Comités de Ética, tal y como dice la Ley de Investigación Biomédica, nos ayuda a:

> *Disponer del marco normativo adecuado que dé respuesta a los nuevos retos científicos al mismo tiempo que garantice la protección de los derechos de las personas que pudiesen resultar afectados por la acción investigadora*.

Las funciones del Comité de Bioética de España son, según lo establecido en la Ley de Investigación Biomédica y en este Reglamento, las siguientes:

> Elaborar y aprobar informes, propuestas, recomendaciones y otros documentos, y específicamente, emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico en asuntos con implicaciones Éticas relevantes.

---

221 Decreto 94/2007 de 8 de mayo.

222 Orden de 22/12/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social.

223 Decreto 2/2010, de 14 de enero.

224 Decreto 439/2010, de 14 de diciembre.

225 Decreto 143/1995, de 7 de febrero.

226 Ley 10/2011, de 24 de marzo.

Emitir informes, propuestas y recomendaciones sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud que el Comité considere relevantes.

Establecer los principios generales para la elaboración de códigos de buenas prácticas de investigación científica, que serán desarrollados por los Comités de Ética de la Investigación.

Representar a España en los foros y organismos supranacionales e internacionales implicados en la Bioética. Así como cualesquiera otras que les encomiende la normativa de desarrollo de la Ley 14/2007, de 3 de julio.

Deberá elaborar una memoria anual de actividades, que será presentada a las autoridades e instituciones públicas correspondientes y a la sociedad en general tras su aprobación.

Asimismo, debe colaborar con otros Comités estatales y autonómicos que tengan funciones asesoras sobre las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud, fomentando la comunicación con otros Comités y establecerá

relaciones de cooperación y de intercambio de información, sin perjuicio de las competencias que correspondan a cada órgano.

Los informes, propuestas, recomendaciones y demás documentos elaborados por el Comité, serán difundidos en la correspondiente página web y podrán ser publicados, respetándose en todo momento los derechos fundamentales de las personas que pudieran verse afectadas por dicha divulgación, en especial, los relativos al honor, a la intimidad personal y familiar, a la imagen y a la protección de datos de carácter personal.

El Comité de Bioética de España está constituido por un número máximo de doce miembros que serán designados, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 79 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

Los miembros del Comité actuarán con independencia de las autoridades que los propusieron o nombraron y no podrán pertenecer a los órganos de gobierno de la Administración del Estado, Comunidades Autónomas o Corporaciones Locales, así como a las Cortes Generales o Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas.

La elección del Presidente/a, se hará a propuesta de entre sus miembros por mayoría de dos tercios, con una duración del mandato de dos años, renovable por dos años más, por una sola vez consecutiva.

El Presidente ostentará la representación del órgano, acordando la convocatoria de las sesiones ordinarias y extraordinarias y fijará el orden del día. Se incluirán también en el orden del día los puntos solicitados por al menos cuatro miembros del Comité, comunicados al Presidente/a con al menos diez días de antelación a la reunión, presidiendo las sesiones del Pleno y de la Comisión Permanente y moderando los debates, asimismo dirimirá con su voto los empates, si así fuere necesario; al objeto de adoptar acuerdos, asegurará el cumplimiento de la normativa de aplicación, el visado de las actas y certificaciones de los acuerdos adoptados, elaborando el proyecto de memoria anual que debe someterse a aprobación del Pleno del Comité, solicitando, cuando se considere necesario y contando con el juicio favorable del Comité, la opinión de expertos no pertenecientes al mismo o de otras personas cuya opinión o declaración pueda resultar útil para los trabajos del Comité, ejerciendo cuantas otras funciones sean inherentes a su condición de Presidente/a del Comité.

Por otro lado, el Comité nombrará un Vicepresidente/a de entre los miembros de la Comisión Permanente y sustituirá al Presidente/a en caso de vacante, ausencia o enfermedad.

El Secretario/a del Comité será un funcionario/a con rango de Subdirector/a General, perteneciente al Instituto de Salud Carlos III, que actuará con voz y sin voto. En caso de vacante, ausencia o enfermedad del Secretario/a podrá asumir dichas funciones, por el tiempo estrictamente necesario, otro funcionario/a con el mismo rango y adscripción.

Entre las funciones del Secretario/a, se encuentran, asistir a las reuniones con voz y sin voto, efectuando la convocatoria de las sesiones del Comité por orden de su Presidente/a, así como las citaciones a los miembros del mismo, velando porque la misma se realice con una antelación suficiente y comprenda el orden del día de las reuniones.

La información sobre los temas que figuren en el orden del día, estará a disposición de los miembros del Comité en el mismo plazo de la convocatoria, recibiendo los actos de comunicación de los miembros con el Comité y, por tanto, las notificaciones, peticiones de datos, rectificaciones o cualquiera otra clase de escritos de los que deba tener

conocimiento; despachará la correspondencia del Comité y asegurará el envío a todos los miembros de las circulares, documentos y toda la información relativa al mismo, preparando, conjuntamente con el Vº.Bº. del Presidente/a, el despacho de los asuntos, redactando y firmando las actas de las sesiones, que darán constancia de los asistentes, de los temas tratados y de los acuerdos adoptados, así como de los votos particulares formulados, y expedir las certificaciones de los acuerdos adoptados, archivando y custodiando toda la información y documentación relativa al Comité.

La Comisión Permanente estará compuesta por el Presidente/a y cinco vocales elegidos entre los miembros del Comité por un periodo de dos años. Se reunirá de forma ordinaria cada dos meses y de forma extraordinaria a iniciativa del Presidente/a. El Secretario/a asistirá a las reuniones de la Comisión Permanente con voz y sin voto.

Igualmente, especifica los derechos y deberes de los miembros del Comité, que son los siguientes:

Inamovilidad y autonomía durante el tiempo de su mandato, sin perjuicio de que se apliquen las causas de cese y suspensión

establecidas en la ley y en este Reglamento y gozarán de plena autonomía en los trabajos del Comité de Bioética de España.

Guardar la confidencialidad sobre las deliberaciones que tengan relación con el contenido de los debates y con las informaciones que les fueran facilitadas con tal carácter o las que así recomiende el propio Comité.

Inhibirse, cuando genere conflicto de intereses, ante el conocimiento de datos obtenidos tras la deliberación y la decisión de los asuntos en que pudiera verse comprometida su independencia, imparcialidad u objetividad de criterio y en todo caso, cuando lo establezca la legislación vigente o a solicitud del Comité.

Representar al Comité, siendo el Presidente/a quien ostenta la representación del Comité de Bioética de España. El resto de los miembros del Comité no podrán atribuirse la representación de éste, salvo por las causas y en la forma establecida en este Reglamento.

Derecho de participación, de forma activa, en las iniciativas, en las deliberaciones y en la adopción de decisiones del Comité, aportando reflexiones, opiniones, propuestas y colaborando activamente en los trabajos, de conformidad con lo establecido en la Ley de Investigación Biomédica y en este Reglamento.

Derecho y deber de asistencia a la sesiones, comprometiéndose a asistir a las reuniones o a justificar su ausencia.

Los miembros del Comité de Bioética de España cesarán por causas de expiración del mandato, fallecimiento, incapacidad permanente o cese por causa legal.

Podrán renunciar a su cargo en cualquier momento, dirigiendo al titular del Ministerio a quien competa la aceptación de la renuncia, con copia al Presidente/a y al Vicepresidente/a, trasladando la renuncia al Pleno del Comité.

Al iniciar su mandato o durante el mismo, alguno de los vocales del Comité puede ser nombrado para cargo o puesto incompatible,

debiendo optar, dentro del plazo de ocho días contados desde el nombramiento, por uno u otro cargo.

Si el designado deja transcurrir el citado plazo, sin verificar la opción, tomara posesión del mismo, el Pleno del Comité elevará el asunto al Ministro responsable del nombramiento y cese para que se proceda conforme a la ley.

Durante su mandato, si algún miembro del Comité se incapacitare para el desempeño de sus funciones, el Presidente/a o el Vicepresidente/a lo pondrán en conocimiento del Pleno que, tras estudiar y deliberar elevará un informe sobre el asunto al Ministro/a competente.

El Comité puede actuar en Pleno y en Comisión Permanente.

El Pleno del Comité se reunirá en sesión ordinaria al menos una vez al trimestre y en sesión extraordinaria siempre que la convoque la Presidencia por iniciativa propia o a petición de un tercio de los miembros, en cuyo caso, si existe urgencia, no transcurrirá un plazo superior a quince días desde la solicitud hasta la celebración de la sesión.

Así mismo le corresponde al Pleno, la propuesta de nombramiento del Presidente/a, la deliberación y la resolución de los asuntos que hayan

sido estudiados en primera instancia por la Comisión Permanente y/o los grupos de trabajo, la deliberación y aprobación de todas las actividades del Comité, incluidas las de representación y colaboración con otros órganos, en los términos establecidos en la Ley de Investigación Biomédica y en este Reglamento, la deliberación y decisión de los asuntos referidos al estatuto de los miembros del Comité, la deliberación y aprobación de la memoria anual, teniendo que ser sometida a la aprobación del Pleno dentro de los tres meses siguientes al término del periodo anual al que dicho documento se refiera, y cualquier otra que le atribuya el ordenamiento jurídico en general y, específicamente, la Ley de Investigación Biomédica y este Reglamento. El Pleno del Comité podrá recabar, en cualquier momento, para sí la competencia sobre cualquier asunto que se esté estudiando y debatiendo en la Comisión Permanente o en cualquiera de los grupos de trabajo que pudieran constituirse.

Por otro lado, corresponde a la Comisión Permanente preparar las reuniones del Pleno, proponer temas para ser tratados en grupos de trabajo y elevarlos al Pleno, hacer el seguimiento de los grupos de trabajo, su composición y su actividad para que se adecue al encargo que le ha hecho el Pleno del Comité, llevar a cabo un análisis de aquellos

asuntos que pudieran requerir una respuesta inmediata, con el fin de promover una convocatoria extraordinaria del pleno, y velar por la transparencia del Comité de Bioética y de sus actuaciones.

A este fin, el Presidente/a informará al Pleno de las reuniones de la Comisión Permanente, cualquier otra que le atribuya el ordenamiento jurídico en general y, específicamente, la Ley de Investigación Biomédica y este Reglamento.

Las convocatorias y orden del día de las sesiones indicarán el orden del día, el lugar, la fecha y hora de la reunión, e incluirán la documentación necesaria para el estudio de los temas a tratar. Si el volumen o la complejidad de la documentación impidieran su envío a los miembros del Comité en la convocatoria se indicará el plazo previo a la reunión en la que los miembros del Comité podrán consultar dicha documentación, que habrá de estar disponible en el mismo lugar de celebración de la sesión.

Hay que señalar que las convocatorias de las reuniones ordinarias y extraordinarias serán notificadas, por vía telemática, con acuse de recibo a cada una de las personas que componen el Comité con una antelación mínima de siete días naturales, en el caso de reuniones

ordinarias y cinco días naturales, en las extraordinarias, salvo caso de urgencia en el cual la notificación se puede realizar, al menos, con cuarenta y ocho horas de antelación.

El orden del día recogerá la aprobación del acta de la última sesión y los puntos a tratar, pudiendo incluir temas no existentes en el orden del día si el Comité lo acepta, por mayoría simple, al inicio de la sesión.

Las reuniones del Comité de Bioética se celebrarán en la sede del mismo, pudiendo celebrar válidamente sus sesiones en una sede distinta, cuando así haya sido aprobado por el Pleno del Comité, por mayoría simple; pueden celebrarse sesiones del Comité en las diferentes Comunidades Autónomas si así lo soliciten las autoridades de las mismas y/o instituciones y organismos públicos y privados de los respectivos territorios o alguno de los miembros del Comité.

De cada sesión, ya sea del Pleno o de la Comisión Permanente, se levantará acta por el Secretario/a con indicación de los asistentes, del orden del día de la reunión, de las circunstancias de tiempo y lugar de su celebración, del desarrollo de las deliberaciones, de las personas que han intervenido, de las manifestaciones particulares de los miembros que se

quisieran hacer constar, así como del contenido de los acuerdos adoptados.

En el caso de discrepar con los acuerdos adoptados, los miembros podrán formular por escrito voto particular en los ocho días siguientes a la adopción del acuerdo, incorporando al texto del mismo los votos particulares formulados.

Un borrador del acta se remitirá a todos los miembros para su enmienda y corrección, que será definitivamente aprobada en la siguiente sesión. El Secretario/a podrá emitir, antes de su aprobación y a reserva de ésta, certificación de los acuerdos específicos que se hayan adoptado.

Para la Constitución del Comité, a efectos de la celebración de sesiones, de deliberaciones y de toma de acuerdos, se requerirá la presencia, al menos, de dos tercios de los miembros del Comité. Ningún miembro podrá delegar en otro su participación en las sesiones ni la conclusión de sus propias deliberaciones ni ser sustituido temporalmente.

Cualquiera de los miembros del Comité podrá emitir, también por escrito, incluyendo la vía telemática, opiniones o votos particulares a los

informes adoptados por el Comité y pueden adherirse al voto particular emitido por otro miembro del Comité. Los votos particulares serán objeto de la misma difusión que el informe aprobado.

Los acuerdos se adoptarán por mayoría simple entre, al menos, los dos tercios de los miembros del Comité, salvo las excepciones establecidas en este Reglamento. La votación será secreta cuando lo solicite algún miembro del Comité y, en todo caso, cuando se trate de la elección de cargos o bien de la permanencia en los mismos o en el Comité.

El Pleno podrá acordar la constitución, en su seno, de ponencias o grupos de trabajo para el estudio o preparación de los asuntos sobre los que deba pronunciarse formados, tanto por miembros del Comité, como por miembros externos. Estos grupos estarán coordinados por un miembro del Comité.

Además, el Pleno, a propuesta del ponente o del grupo de trabajo, podrá recabar el informe o la colaboración de expertos ajenos al Comité. Los expertos externos deberán comprometerse a guardar la confidencialidad de los asuntos tratados.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 78 de la Ley de Investigación Biomédica, los documentos elaborados por el Comité adoptarán la forma de informes, propuestas, recomendaciones y dictámenes con implicaciones éticas relevantes y podrán redactarse principios generales para la elaboración de códigos de buenas prácticas de investigación científica.

El procedimiento a seguir consiste en la presentación del documento por parte del ponente o presidente del grupo, con la apertura de un plazo de quince días para la presentación de enmiendas escritas por parte de los miembros del pleno, discusión y decisión sobre las enmiendas presentadas, deliberación por el pleno del Comité. En esta fase, los miembros del pleno podrán presentar enmiendas "in voce" que serán aceptadas o rechazas por los mismos y en su caso discutidas en trámite único, quedando pendientes de aprobación por el pleno del Comité, si lo considera oportuno, y presentando votos particulares si los hubiere.

Las propuestas de actividades, estudios, relaciones de cooperación y representación del Comité en foros nacionales o internacionales, así como la propuesta de celebración de reuniones científicas o de debate de

carácter público con la participación de expertos, serán objeto de deliberación y estudio por el pleno que decidirá por mayoría simple.

Se harán públicos los documentos aprobados por el Comité no antes de que éstos sean aprobados, ni podrán emitir información, parcial o total, de los temas tratados por el Comité antes de que éste los haga públicos.

El Comité dispondrá de su propio presupuesto, siendo el Pleno del Comité quien aprobará anualmente una propuesta en función de las actividades programadas para el respectivo período.

Las propuestas de cualquier modificación del Reglamento Interno deberá ser presentada por escrito al Comité, con el fin de que sea analizada en sesión ordinaria, no planteándose modificación alguna del Reglamento que vaya en contra de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, o de cualquier otro precepto de la legislación vigente. Y requerirá la mayoría absoluta de los miembros del Comité.

IV.3.CONSEJO ASESOR DE ÉTICA ASISTENCIAL EN LA REGIÓN DE MURCIA.

Los avances técnicos en Medicina han posibilitado intervenir médicamente en los momentos críticos, entre la vida y la muerte. Por otra parte, las aplicaciones de la tecnología y la investigación médica, además de su objetivo fundamental de cuidar la salud y el bienestar de las personas en todas sus facetas, pueden comportar riesgos para el paciente y afectar a la dignidad humana, por lo que la Ética y la Medicina se encuentran íntimamente interconectadas.

En consecuencia, la asistencia sanitaria actual combina necesariamente la puesta en práctica constantemente de nuevas tecnologías, junto con la soledad del profesional, a veces, de afrontar algunas decisiones difíciles.

La necesidad de prevenir la conflictividad de dar prioridad a recursos escasos o evitar actitudes puramente defensivas son, en definitiva, algunos de los retos a los que se enfrenta el sistema sanitario.

Solucionar, en el ámbito de la competencia profesional los diversos dilemas de carácter ético condujo a la creación, en numerosos hospitales, de los denominados Comités de Ética Asistencial que ejercen una labor de asesoramiento de los profesionales sobre los aspectos éticos de la asistencia sanitaria. Respecto de estos Comités la única norma de referencia es la Circular 3/1995 del Instituto Nacional de la Salud, que los reguló bajo la denominación de Comités Asistenciales de Ética.

El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997, ratificado por España el 23 de julio de 1999, establece en su artículo 2 que el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o la ciencia.

Por su parte, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 10.1 establece que todos tienen derecho al respeto de su personalidad, a la dignidad humana y a la intimidad, sin que puedan ser discriminados.

La promulgación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones

en Materia de Documentación e Información Clínica y de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud han supuesto un reforzamiento de la posición del individuo en el sistema sanitario y la potenciación de sus derechos, ante la práctica clínica.

El Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia aprobado por Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, atribuye a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en su artículo 11 apartado uno, las competencias de desarrollo legislativo y ejecución de las materias de Sanidad e Higiene, en todas sus vertientes.

Por otro lado, por Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, se traspasaron a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia las funciones y los servicios del Instituto Nacional de Salud, competencias que fueron aceptadas por Decreto 93/2001, de 28 de diciembre y atribuidas a la Consejería de Sanidad, a través de la Entidad de Derecho Público, Servicio Murciano de Salud.

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, en su artículo 3, reconoce a los usuarios de los servicios de salud los

mismos derechos reconocidos por la Constitución española y los artículos 10 y 11 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Todo ello hizo preciso asumir el impulso y la responsabilidad en el funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial y, con tal fin, el Decreto nº 26/2005 tiene por objeto la creación del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial, conforme a la Ley 9/1985, de 10 de diciembre de los órganos consultivos de la Administración Regional y la regulación y acreditación de los Comités de Ética Asistencial, existentes o que se creen en la Región de Murcia, tanto en el ámbito público como privado.

Se crea el Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial «Dr. D. Juan Gómez Rubí» como órgano consultivo de participación y de asesoramiento de la Administración Regional en materia de Ética Asistencial y se adscribe a la Consejería de Sanidad con el objetivo de ser órgano de referencia, en materia de Ética Asistencial, para los Comités de Ética Asistencial que se constituyan en el ámbito del Servicio Murciano de Salud.

Para funcionar como un órgano consultivo interdisciplinar informando sobre cuestiones de ética asistencial:

Informando sobre proyectos normativos de la Región de Murcia relacionados con la Ética asistencial, en los términos previstos en el artículo 8.3 de este Decreto.

Formulando iniciativas o elevar propuestas a los órganos competentes de la Consejería de Sanidad sobre formación continuada de los profesionales sanitarios en materia de ética asistencial.

Colaborando en la elaboración y armonización de protocolos y orientaciones de actuación referidos a cuestiones éticas en la asistencia sanitaria.

Estableciendo relaciones de colaboración con órganos de funciones análogas dependientes de otras Administraciones Públicas.

Elaborando una memoria anual de actividades que se enviada al titular de la Consejería de Sanidad y al Director Gerente del Servicio Murciano de Salud y, en su caso, a aquellos organismos o instituciones que se considere conveniente.

Elaborando estudios, trabajos e informes en materia de ética asistencial, que le sean encomendados por la Consejería de Sanidad y formulado ésta las propuestas que estime convenientes para la mejora del sistema sanitario regional.

Prestando la colaboración que le solicite el titular de la Consejería de Sanidad, en la preparación y la ejecución de actuaciones de la Consejería relacionadas con la ética asistencial.

Potenciando, a través de su labor, la responsabilidad de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones que impliquen cuestiones éticas ejerciendo sus funciones sin perjuicio de las competencias que corresponden a los Comités Éticos de Investigación Clínica, conforme a la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento y Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos en medicamentos.

De igual forma, queda reflejado que estará integrado por un presidente: el titular de la Consejería de Sanidad o persona en quien delegue, un vicepresidente: el Secretario Autonómico de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias o persona en

quien delegue, vocales: se nombrarán tantos miembros suplentes como titulares, cinco expertos, nombrados por el titular de la Consejería de Sanidad a propuesta de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, oídos los Colegios Profesionales respectivos, entre Licenciados en Medicina, Biología, Psicología, Farmacia, Bioquímica o Ciencias de la Salud o Diplomados en Enfermería u otros Diplomados Sanitarios, o Técnicos Especialistas con conocimientos y experiencia acreditada en Bioética.

En ningún caso, estos expertos actuarán en representación de la Administración Regional y deberán pertenecer al Cuerpo Superior Facultativo, opción Inspección Médica o Inspección Farmacéutica, dos Licenciados en Derecho, con conocimientos y experiencia en derecho sanitario y bioética, nombrados por el titular de la Consejería de Sanidad a propuesta de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, dos profesores de las Universidades públicas de Murcia, de reconocido prestigio por sus conocimientos en Humanidades o Ciencias Sociales, Ética Biomédica, Deontología y/o Derecho Sanitario, nombrados por el titular de la Consejería de Sanidad a propuesta de la Universidad respectiva, una persona ajena a las profesiones sanitarias, nombrada por el titular de la

Consejería de Sanidad a propuesta de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, secretario: un Licenciado en Derecho, de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, designado por la misma, que actuará con voz pero sin voto.

Los Vocales serán nombrados por un periodo de tres años prorrogable por otros tres.

El Consejo podrá ser asistido por los expertos externos que se estime necesario y pueden solicitar la presencia de representantes de entidades sin ánimo de lucro en función de la naturaleza de los asuntos a tratar. En ambos casos los expertos y representantes intervendrán con voz pero sin voto.

Pueden constituir en su seno Comisiones de Trabajo para el examen o estudio de temas específicos y concretos y para la elaboración de trabajos que se sometan a la consideración del mismo. El acuerdo de constitución de dichas Comisiones determinará su composición, su vigencia, el objeto y el ponente o coordinador del estudio o trabajo a desarrollar.

Los miembros del Consejo y cualquier persona que asista a las deliberaciones, sesiones o reuniones deberán guardar confidencialidad de todos los asuntos tratados e información a la que tengan acceso.

Corresponde al Presidente las siguientes funciones: ostentar la representación del Consejo, acordar la convocatoria de las sesiones ordinarias y extraordinarias, así como la fijación del orden del día, presidir las sesiones y moderar el desarrollo de los debates, dirimir las votaciones en caso de empate, visar las actas y certificaciones de los acuerdos tomados, asegurar el cumplimiento de las funciones y acuerdos del Consejo, resolver cuantas cuestiones se susciten en el seno del Consejo.

En el caso del Vicepresidente sustituirá al Presidente en los casos de vacante, enfermedad, ausencia y otras causas de imposibilidad ejerciendo las funciones atribuidas a éste, ejercer las funciones que el Presidente le delegue.

De igual forma, corresponde a los Vocales asistir a las reuniones y participar en los debates, ejercer el derecho al voto y formular su voto particular. No podrán abstenerse en las votaciones los representantes de la Administración Regional, proponer al Presidente, por medio de los

cauces reglamentarios, las cuestiones que considere oportunas para su conocimiento o debate por los miembros del Consejo, en las sesiones ordinarias y, formular ruegos y preguntas, efectuar propuestas de inclusión en el orden del día presentadas por, al menos, la tercera parte de los miembros del Consejo.

En este sentido, el Secretario se encargará de la gestión de los asuntos del Consejo y la asistencia al mismo, por orden de su Presidente, convocar a los miembros del Consejo mediante citación que contendrá el orden del día de las sesiones. Dicha citación, será recibida por cada uno de los miembros en un plazo nunca inferior al de cuarenta y ocho horas, previo a la sesión correspondiente, participar en las sesiones del Consejo, con voz pero sin voto, redactará y firmará, con el visto bueno del Presidente, las actas de las reuniones realizadas, custodiar las actas y cuantos documentos el Consejo considere de interés, facilitará a los miembros del Consejo la información y asistencia técnica necesarias para el mejor ejercicio de las funciones que les han asignado, velando para que actúen de acuerdo a los principios de economía, celeridad y eficacia.

La Secretaría es la destinataria única de los actos de comunicación de los miembros del Consejo con este organismo.

El Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial «Dr. D. Juan Gómez Rubí» emitirá informe sobre cuestiones relacionadas con la bioética, de oficio o a solicitud de los siguientes órganos o instituciones, el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, cualquier Consejería, a través de su titular, los órganos centrales y periféricos del Servicio Murciano de Salud, a través del Director Gerente del mismo, los Comités de Ética Asistencial, dependientes de Centros sanitarios públicos o privados existentes en la Región de Murcia a través de su Presidente, los Comités de Investigación Clínica acreditados, a través de su Presidente, los Colegios Profesionales, a través de su Presidente, cualquier entidad pública, de carácter territorial o institucional, existente en la Región de Murcia, a través del órgano competente.

Los informes del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial «Dr. D. Juan Gómez Rubí» tendrán carácter facultativo y no vinculante serán motivados y se realizarán siempre por escrito.

En el supuesto de elaboración de proyectos normativos regionales relacionados con la ética asistencial la emisión del informe será preceptiva y no vinculante.

Este informe no tendrá, en ningún caso, carácter jurídico.

Debe elaborar y aprobar su propio Reglamento de Régimen Interno.

Para la válida constitución del Consejo, a efectos de celebración de sesiones y deliberaciones se requerirá, en primera convocatoria la presencia del Presidente y del Secretario o de quienes les sustituyan y de, al menos, la mitad de sus miembros. En segunda convocatoria, bastará la presencia de la tercera parte de sus miembros, además del Presidente y del Secretario o quienes les sustituyan.

Las Comisiones de Trabajo se reunirán a iniciativa del ponente o coordinador designado o, en su caso, de la mayoría de los comisionados.

Para la validez de los acuerdos se requerirá el voto favorable de la mayoría de sus miembros. Los miembros que discrepen del acuerdo mayoritario podrán formular voto particular por escrito, que se incorporará al texto aprobado. Los miembros, que voten en contra o se abstengan quedarán exentos de toda responsabilidad que, en su caso, pueda derivarse de los acuerdos.

Las deliberaciones del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial «Dr. D. Juan Gómez Rubí» serán secretas. En consecuencia,

se garantizará la confidencialidad absoluta de toda la información a la que se tenga acceso, así como, el respeto a la legislación sobre protección de datos de carácter personal.

En todo lo no previsto en el presente Decreto se estará a lo dispuesto en la Ley 9/1985, de 10 de diciembre, de Órganos Consultivos de la Administración Regional y en el Capítulo II del Título II la Ley 30/ 1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Hay que señalar, que recibirá de la Consejería de Sanidad la asistencia necesaria para el desarrollo de sus funciones.

El Consejo Asesor Regional denomina Comité de Ética Asistencial a aquel órgano al servicio de profesionales y usuarios en el ámbito sanitario creado en centros hospitalarios públicos o privados para el análisis y asesoramiento de las cuestiones de carácter Ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial, teniendo como objetivo final, la mejora de la dimensión ética de la práctica clínica y la calidad de la asistencia sanitaria.

Los Comités de Ética Asistencial existentes o que se constituyan en el ámbito del Servicio Murciano de Salud, tendrán el carácter de

órgano colegiado de carácter interno de la Comunidad Autónoma, sin que les sean de aplicación las prescripciones señaladas en la Ley 9/1985, de 10 de diciembre, de los Órganos Consultivos de la Administración Regional.

En el ámbito del Servicio Murciano de Salud será obligatoria la existencia de, al menos, un Comité de Ética Asistencial por Área de Salud, de manera que todos los hospitales y centros de salud existentes en cada Área tengan un Comité de referencia, al que poder someter, voluntariamente, los posibles conflictos éticos ocurridos en el ámbito de su actuación y circunscribirán su actividad a un ámbito de actuación, que podrá abarcar uno o varios centros o instituciones sanitarias o el conjunto de un Área de Salud, de conformidad con la correspondiente resolución de acreditación.

Por otro lado, en el ámbito privado, la existencia de los Comités de Ética Asistencial tendrá carácter voluntario debiendo adoptarse, en su caso, el acuerdo de creación por el órgano de gobierno de cada institución. Tendrán el ámbito de actuación que se establezca en la correspondiente resolución de acreditación que podrá limitarse a un centro hospitalario o a varios, siempre que pertenezcan a la misma

entidad u organización sanitaria y desarrollen su actividad en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Los Hospitales e instituciones sanitarias privadas, que no cuenten con un Comité de Ética Asistencial, podrán solicitar asesoramiento a cualquiera de los Comités existentes en la correspondiente Área de Salud.

En los supuestos de Centros privados concertados, el asesoramiento sobre aquellas cuestiones incluidas en el ámbito del concierto, se someterá al Comité de Ética Asistencial de la Gerencia de Atención Primaria o Especializada, en la actualidad Gerencia única de Área, con la que tengan suscrito el correspondiente Concierto o, en su defecto podrán solicitar asesoramiento a cualquiera de los Comités existentes en la correspondiente Área de Salud.

Los Comités de Ética Asistencial deberán acreditarse obligatoriamente por la Consejería de Sanidad cumpliendo los siguientes requisitos, previa solicitud y a propuesta de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, una vez comprobada su adecuación a los requisitos y condiciones exigidos en el presente Decreto, la solicitud de

acreditación se dirigirá a la Consejería de Sanidad, firmada por el Gerente o máximo responsable del centro sanitario y acompañado de los siguientes documentos, copia autentificada del Acuerdo de creación del Comité o certificación referida al momento en que empezó a funcionar, relación de miembros del Comité, con expresión de titulación académica y puesto de trabajo que desempeña, currículum vitae, con especial referencia a sus conocimientos y/o experiencia en materia de ética asistencial, memoria de actividades, que incluirá una relación de los medios materiales y recursos humanos con que cuenta el Comité, copia del Reglamento de Régimen Interno del Comité.

La Consejería de Sanidad dará traslado de las solicitudes de acreditación presentadas a la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

Comprobado el cumplimiento de los requisitos por la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, y a propuesta de ésta, el titular de la Consejería de Sanidad resolverá la acreditación. El plazo para resolver será de 6 meses a contar desde la fecha de recepción de la solicitud. Transcurrido dicho plazo, sin haber dictado resolución, se entenderá estimada la solicitud de acreditación.

La acreditación tendrá validez durante cuatro años y será renovable por periodos de igual duración.

La solicitud de renovación deberá solicitarse con seis meses de antelación a la finalización del correspondiente periodo en el caso de que no se solicite tal renovación la acreditación se entenderá caducada.

Cualquier modificación de las condiciones tenidas en cuenta en la concesión de la acreditación deberá ser comunicada a la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. En el caso de que la modificación afecte al ámbito de actuación será necesaria nueva acreditación.

A este respecto, la Consejería de Sanidad podrá revocar la acreditación, mediante expediente contradictorio con audiencia al interesado, a propuesta motivada de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias, por el incumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto y sus normas de desarrollo.

En cuanto a las funciones de los Comités de Ética Asistencial deben asesorar a los profesionales del ámbito sanitario y a los pacientes y usuarios en la toma de decisiones que planteen conflictos éticos, sin

que ello suponga dejación de la responsabilidad de decisión clínica de los profesionales sanitarios, ni la emisión de juicios acerca de eventuales responsabilidades de éstos, asesorar a los centros e instituciones sanitarias privadas que no cuenten con Comité de Ética Asistencial propio, proponer a la Gerencia o Dirección del centro protocolos de actuación para aquellas situaciones que generen mayores conflictos éticos, formular propuestas al Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial en materia de formación continuada de los profesionales sanitarios en materia de Ética asistencial y colaborar en la formación de los mismos, velar por el respeto a la dignidad y a los derechos de las personas que intervienen en la relación asistencial, promoviendo un entorno asistencial lo más humano posible, elaborar una memoria anual de actividades, de la que se dará traslado a la Gerencia o Dirección del centro y al Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial, realizar estudios en materia de ética asistencial dentro de su ámbito de actuación, que en, ningún caso, implicarán análisis de asuntos sociales y/ o económicos directa o indirectamente relacionados con la asistencia sanitaria.

En este sentido, ejercerán sus funciones, sin perjuicio de las competencias que conforme a la normativa vigente corresponden a los Comités Éticos de Investigación Clínica.

La composición de los Comités de Ética Asistencial será de, como mínimo, 7 miembros entre los que deberán figurar, licenciados en Medicina, Biología, Psicología, Farmacia, Bioquímica o Ciencias de la Salud o Diplomados en Enfermería u otros Diplomados Sanitarios, o Técnicos Especialistas con conocimientos en materia de ética asistencial, un Licenciado en Derecho, con conocimientos en legislación sanitaria y bioética, una persona perteneciente al Servicio o Unidad que tenga atribuidas las funciones de atención e información al paciente, el Comité podrá requerir el asesoramiento de expertos externos, que intervendrán con voz pero sin voto.

Los miembros del Comité y cualquier persona que asista a las deliberaciones, sesiones o reuniones deberán guardar confidencialidad de todos los asuntos tratados e información a la que tengan acceso siendo designados por el Gerente de Atención Primaria o Especializada o por el máximo responsable del centro sanitario, de quien dependerán

orgánicamente, pero gozarán de autonomía en el ejercicio de sus funciones.

Los Comités deberán aprobar su Reglamento de Régimen Interno en el que se especificará el régimen de convocatorias, el quórum necesario para su constitución, celebración de sesiones y adopción de acuerdos, nombramiento y renovación de miembros y demás normas de funcionamiento, reuniéndose en sesión ordinaria, como mínimo cuatro veces al año.

Deberán designar un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario siendo el Presidente quien actuará de interlocutor y representante cuando el ámbito de actuación del Comité se extienda a varios centros sanitarios.

Para la validez de los acuerdos, se requerirá el voto favorable de la mayoría de sus miembros en los casos de empate dirimirá el voto de calidad del Presidente, por un lado, los miembros que discrepen del acuerdo mayoritario podrán formular voto particular por escrito, que se incorporara al texto aprobado, por otro lado, los miembros que voten en contra o se abstengan quedarán exentos de toda responsabilidad que, en su caso, pueda derivarse de los acuerdos.

Las deliberaciones de los Comités serán secretas. En consecuencia, se garantizará la confidencialidad absoluta de toda la información a la que se tenga acceso y el respeto a la legislación sobre protección de datos de carácter personal.

Como se ha dicho, serán los Gerentes o responsables de los centros quienes facilitarán la disponibilidad de tiempo y medios materiales necesarios para la celebración de las reuniones y actividades del Comité, de forma que el desempeño de esta función se compatibilice con la actividad propia de su puesto de trabajo.

A los Comités existentes o que se creen en el ámbito del Servicio Murciano de Salud les serán de aplicación las normas sobre Órganos Colegiados que se establecen en el Capítulo II del Título II de la Ley 30/ 1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Podrán solicitar informes a los Comités de Ética Asistencial cualquier profesional sanitario o no sanitario perteneciente a la Gerencia o Centro, a través de la Secretaría del Comité, cualquier usuario o paciente, sus familiares o representantes acreditados, a través del Servicio o Unidad que tenga atribuidas las funciones de atención e

información al paciente, cualesquiera entidades sin ánimo de lucro, legalmente constituidas, que tengan entre sus fines la defensa de usuarios o pacientes, a través de su Presidente, cualquier entidad pública, de carácter territorial o institucional, existente en la Región de Murcia, a través del órgano competente, cualquier institución sanitaria privada, existente en el ámbito del Área de salud, que no cuente con Comité de Ética Asistencial propio, a través de su Director o máximo responsable.

Los informes de los Comités tendrán carácter facultativo y no vinculante y se emitirán siempre por escrito.

CAPÍTULO V

FORMACIÓN BIOÉTICA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN ESPAÑA.

Históricamente las profesiones se han distinguido de los oficios en que sus responsabilidades han sido definidas más en términos morales que jurídicos. Así la responsabilidad moral está por encima de la responsabilidad jurídica.

En este sentido los Códigos Deontológicos, Comités Deontológicos profesionales, Reuniones y Declaraciones sobre ética, han formado parte de la vida profesional de la Medicina y la Enfermería más que ninguna otra profesión.

Es por eso que, en los últimos años se ha producido una pérdida de la identidad moral profesional debido a que las sociedades modernas han ido modificando la tendencia histórica de la responsabilidad profesional en términos morales permitiendo gozar de cierta impunidad jurídica relegando la dimensión moral al pasado.

Afortunadamente, en las profesiones sanitarias se ha ido desarrollando una disciplina la Bioética que permite afrontar los problemas éticos que aparecen en el día a día.

V.1. FORMACIÓN BIOÉTICA PARA LOS MIEMBROS DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL.

El grado de formación, en materia de Ética y Bioética, de los miembros de un Comité de Ética Asistencial es una cuestión importante en la actividad y desarrollo de los mismos.

A nivel internacional la legislación, en materia de formación, para los Comités de Ética Asistencial la regula en Europa la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos[227]. Uno de los objetivos de la presente Declaración es proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la Bioética y en su artículo 19 trata específicamente de los Comités de Ética, dice así:

Artículo 19 – Comités de Ética:

> *Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:*

[227]Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2005.

> *los problemas Éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos;*
>
> *Prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos;*
>
> *Evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración;*
>
> *Fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la Bioética, así como su participación al respecto.*

Además, estipula cómo deben los Estados europeos adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo, como administrativo y poner en práctica los principios conforme al derecho internacional, relativo a los derechos humanos. Esas medidas deberían ser secundadas por otras en los terrenos de educación, de formación y de información pública.

En relación a la educación, a la formación y a la información en materia de Bioética pretende entender mejor los problemas planteados en el plano de la É tica por los adelantos de la ciencia y de la tecnología, en

particular para los jóvenes, de forma que, los Estados deberían esforzarse no sólo por fomentar la educación y la formación relativas a la Bioética en todos los planos, sino también, por estimular los programas de información y de difusión de conocimientos sobre la Bioética, alentando, a las Organizaciones Intergubernamentales, Internacionales y Regionales, así como, a las Organizaciones no Gubernamentales Internacionales, Regionales y Nacionales para que participen en esta tarea. [228]

En nuestro país, desde principios de los noventa, se ha producido un movimiento de formación y de desarrollo de la Ética Asistencial en el medio sanitario, de forma que, muchos profesionales han ido formando y promoviendo grupos de trabajo sobre aspectos éticos de la atención sanitaria.

En España la formación relacionada con la Bioética quedó regulada por la Circular del INSALUD, de 30 de marzo de 1995, de la Dirección General del Instituto Nacional de Salud de acreditación de Comités de Ética Asistencial que lo reflejaba dentro de las funciones del Comité.

[228] Artículo 23, Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2005.

En todas las normativas de las Comunidades Autónomas se hace referencia dentro de las funciones de los Comités de Ética a la formación de los profesionales sanitarios, tanto que, algunos reglamentos hacen especial hincapié en los miembros del propio Comité de Ética, otros incluso, en el Área de Salud según especificación para cada Comunidad Autónoma.

La particularidad de la enseñanza está en que no se trata sólo de adquirir a lo largo del aprendizaje habilidades que permitan la apropiación de principios fundamentales de Bioética, sino su aplicación en casos concretos a lo largo de la vida, en las circunstancias personales, en la familia y finalmente en el ejercicio de una profesión[229].

El perfil del bioeticista se logra además de con el estudio, con las habilidades y con las actitudes haciendo un esfuerzo por ejercitarse y adquirir las virtudes morales (prudencia, justicia, fortaleza y templanza), de manera que tengan la fuerza suficiente para actuar de acuerdo a estas virtudes.

[229] Mazzanti Di Ruggiero MA. (2006). Formar Mentes Bioéticas. Persona y Bioética. 2006; 27 (2) (27): 46-81.

En la misma línea que venimos comentando en los párrafos anteriores, Francesc Abel[230] se refiere a los Comités de Ética Asistencial en los siguientes términos*:*

> *Las instancias o estructuras de diálogo y decisión Bioética que asumen la responsabilidad de intentar clarificar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores, que se presentan en la investigación o en la práctica clínica y además tiene un propósito muy claro: ir de la historia clínica a la reflexión Ética*.

La autora Inés Barrio considera que los CEA, tienen tres funciones principales, llamadas la "Tríada fundamental" y son las siguientes[231]:

> Función educativa o docente; es la función básica por la que comienza el comité provisional, comisión gestora o promotora. Resulta primordial detectar dónde y cuáles son los dilemas éticos que con más frecuencia se producen y los que más dificultad de resolución ofrece a los profesionales.

[230] Abel, F. "Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento". En Couceiro, A., (ed.) *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela. 1999.

[231] Barrio Cantalejo I.M. Afrontamiento interdisciplinar de los conflictos éticos en las instituciones sociosanitarias: los comités asistenciales de ética. Enfermería Clínica. 1998: 8-210.

Es conveniente, comenzar con la formación en Bioética de los propios miembros del Comité y la formación del personal del Hospital; no conllevando necesariamente el impartir docencia por los miembros del Comité, sino, el organizar un plan de formación, motivando al personal a asistir habitualmente y llevarlo a cabo.

Esta función docente puede terminar realizándose a tres niveles: interno, dirigido a los miembros del Comité; externo, dirigido al resto de los profesionales del Centro y a la sociedad, cuando una determinada resolución del Comité trasciende fuera del ámbito hospitalario, produciendo un eco social.

Función de asesoramiento o consultiva. Es la función característica para la que se crea el CEA en un Hospital. Consiste en el estudio, la resolución y el asesoramiento sobre los dilemas éticos que se plantean en el ámbito clínico.

Función normativa o de protocolizar. Los protocolos, pueden ir orientados a la toma de decisiones o a algún tipo de actuación concreta que, habitualmente, se presente en un Servicio del Hospital, se debe hacer de forma amplia permitiendo la toma

de decisión definitiva, por parte del responsable último, que habitualmente será el médico responsable.

En la documentación relacionada con la formación de los miembros de los Comités de Ética Asistencial que ha sido analizada durante la investigación se hace referencia a la formación como la función más importante, la más dura y la menos valorada de los miembros del CEA, definiéndolas como personas bien intencionadas y con buena voluntad, competentes profesionalmente, con capacidad para trabajar en grupo, abiertas al diálogo, con perfiles clínicos y más allá de la clínica, trabajando en un plano de igualdad entre sus miembros y favoreciendo la cohesión interna.

En este sentido, hay una relación de aspectos que se repiten continuamente y que indican los requisitos imprescindibles exigidos para los miembros de los Comités de Ética, entre ellos encontramos: haber realizado como mínimo un curso de formación, la formación en el periodo inicial, la formación mantenida en el tiempo de existencia del comité, al menos uno de los miembros sea experto en ética (Máster, conocimientos en Bioética), tener fondo bibliográfico, mantener relación con otros CEA para actualizar conocimientos, realizar proceso de formación y actualización permanente, iniciar el proceso de

autoformación (con revisión retrospectiva de casos, estableciendo normas generales), nivel adecuado de formación para la actividad consultiva, realizar cursos de formación para los miembros que deseen trabajar en los Comités, considerar la importancia de que haya miembros del Comité con y sin experiencia (los nuevos miembros aprenden de la experiencia de los que llevan más tiempo, pero también pueden corregir los vicios que se encuentran arraigados en el CEA), estudio de casos, conferencias externas, recoger información sobre artículos y boletines, presentar informes cuando se asista a conferencias para contribuir a la formación interna del CEA, tarea de capacitación mutua, sesiones de introducción a la Bioética, revisión del trabajo realizado con anterioridad, que no sea sólo Comité de expertos, contar con un buen Centro de Bioética de referencia.

Entre otras funciones, la formación tiene como objetivo la capacitación de los diferentes profesionales para la participación activa en dichos Comités mediante el uso de mecanismos participativos e interactivos, que relacionen, el análisis teórico de conflictos éticos, con el aprendizaje práctico en el debate y en la toma de decisiones. En el caso de los Comités sus miembros necesitan aprendizajes específicos, orientados a resolver necesidades específicas y un entrenamiento

particular orientado a saber analizar y resolver correctamente los aspectos éticos de la investigación o del trato a los pacientes.

La formación en temas relacionados con la Bioética es primordial para las personas que deciden participar activamente de un CEA pero no sólo con formación inicial, sino, también de forma continuada.[232]

La modalidad para la formación debería ser continuada y con un plan previsto para facilitar que todos los miembros tengan igual grado de conocimientos, al menos en una formación básica, teniendo en cuenta que algún miembro puede profundizar más sobre algún aspecto, ya que pretender abarcar todos los temas de una disciplina tan amplia como es la Bioética y puede resultar mucho más dificultoso para quien no tenga una dedicación exclusiva, como suele ser el caso de los miembros de un CEA.[233]

En cuanto al tema del experto en Bioética su existencia entre los miembros del Comité será de gran ayuda de cara a la formación de los demás, sin caer en el error de que por existir un experto los demás no se

[232] Gallart F. et al. Comités de ética asistencial. Un instrumento de ayuda para ejercer nuestra profesión de forma más responsable y humanizada. Enfermería Clínica. 2001; 11 (6): páginas 276-83. Disponible en: http://www.elsevier.es. Consultado en: 18/01/2012

[233] Mazzanti Di Ruggiero MA. Formar Mentes Bioéticas. Persona y Bioética. 2006; 27 (2) (27): 46-81.

preocupen en adquirir conocimientos en temas éticos, ya que, al ritmo que avanza la tecnología, entre otros factores, aparecen de su mano nuevos dilemas éticos con repercusión en la actividad asistencial.

También, la persona con titulación en Bioética deberá continuar profundizando y ampliando su conocimiento, como lo haría cualquier profesional de otra materia.

De igual modo, será de gran ayuda contar con un fondo bibliográfico amplio y actualizado en la biblioteca del Hospital o centro de trabajo y con facilidad de acceso al mismo, contando siempre que sea posible, con un Centro de Bioética de referencia tanto para la formación y el asesoramiento como para la actualización en nuevos conocimientos.[234]

Otro factor a tener en cuenta, es la evaluación entendida como proceso que procura determinar, de la manera más sistemática y objetiva posible, la pertinencia, la eficacia, la eficiencia y el impacto de las actividades formativas a la luz de los objetivos específicos. Constituye

[234] Gallart F. et al. Comités de ética asistencial. Un instrumento de ayuda para ejercer nuestra profesión de forma más responsable y humanizada. Enfermería Clínica. 2001; 11 (6): páginas 276-83. Disponible en: http://www.elsevier.es. Consultado en: 18/01/2012

una herramienta administrativa de aprendizaje y un proceso organizativo orientado a la acción para mejorar tanto las actividades en marcha, como la planificación, la programación y la toma de decisiones futuras.

La evaluación nos ayuda a medir los conocimientos adquiridos y, nos proporciona, información de los avances de los mismos con la finalidad de conocer, si se cumplen o no los objetivos propuestos sirviendo además como fuente de propuestas de mejora.

CAPÍTULO VI

PROCEDIMIENTO DE DELIBERACIÓN COMO MÉTODO DE TRABAJO: *LA DELIBERACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES.*

Según el diccionario de la Real Academia Española, deliberar es:

> *Considerar atenta y determinante el pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sinrazón de los votos antes de emitirlos.*

Esta definición trata sobre las cosas en las que hay opiniones distintas si todas las opiniones coincidieran y no hubiera desacuerdo, no tendría razón de ser la deliberación. Se delibera sobre lo opinable es decir, aquello que tiene a su favor unas razones, pero también tiene otras en contra.

Aristóteles entendió la deliberación como el procedimiento fundamental en Ética, dice, a propósito de la deliberación[235]:

> *Es susceptible de deliberación aquello sobre lo cual deliberaría un hombre dotado de inteligencia, no un necio o un loco. Nadie delibera sobre lo eterno, por ejemplo sobre el cosmos. Tampoco sobre lo que está en movimiento, por ejemplo los solsticios. Ni sobre lo que unas veces sucede de una manera y otras de otra, por ejemplo las lluvias y las sequías. Ni sobre lo que depende del azar, por ejemplo encontrar un tesoro. Porque ninguna de estas cosas podría ocurrir por nuestra intervención.*

[235] Calvo Martínez, JL. Ética a Nicómaco. Aristóteles. Alianza editorial.2011.

En cambio, deliberamos acerca de las cosas que dependen de nosotros y son realizables.

La deliberación se da en aquellas cosas que suceden de cierta manera, pero que es incierto como van a resultar o el resultado es indefinido y nos hacemos aconsejar de otros porque desconfiamos de nosotros mismos.

La deliberación, según Diego Gracia[236]es en sí un método un procedimiento[237] es un proceso racional de análisis de razones, a favor y en contra, de problemas que son objeto de opiniones encontradas. La razón práctica es deliberativa. Cada individuo delibera, consigo mismo, cuando toma una decisión personal y deliberamos con los demás para decidir sobre lo que nos afecta, por tanto, deliberar es el procedimiento principal para discutir y tomar decisiones interpersonales.

Siguiendo la terminología aristotélica, Aristóteles[238] distinguió dos tipos de saberes, por un lado épisteme (ciencia): razonamiento teórico, es un conocimiento universal y necesario, siendo el procedimiento que utiliza, el de la demostración, donde los juicios de este tipo de

[236] Gracia, D. "Teoría y práctica de los comités de ética", en J.L. Martínez (ed.), Comités de Bioética. Ed. Desclée De Brouwer; 2003

[237] Gracia, D., La deliberación moral: el método de la ética clínica. Medicina clínica. Barcelona, 2001;18-23.

[238] Calvo Martínez, JL. Ética a Nicómaco. Aristóteles. Alianza editorial.2011.

razonamiento son verdaderos o falsos (es el razonamiento típico de las matemáticas) y por otro lado doxa (opinión): razonamiento práctico, que es el conocimiento probable, frente al carácter absoluto y necesario de la episteme, para ello el procedimiento que utiliza es el de la deliberación, siendo sus juicios probables o prudentes.

La deliberación se realiza, por tanto, aportando argumentos para poder tomar una decisión, que no podrá ser nunca completamente cierta pero sí prudente. La prudencia es esto, la toma de decisiones racionales en condiciones de incertidumbre en un procedimiento del razonamiento práctico, por ello, los juicios que se emiten tras un procedimiento de deliberación, no tienen carácter de certeza absoluta, sino que pretenden ser el mejor tipo de juicio (el juicio óptimo), sin que en ningún caso puedan ser la única verdad, con carácter absoluto.

Las conclusiones de un procedimiento de deliberación pueden estar sometidas a la crítica racional y, en algún caso, pueden proponer alguna otra solución que sustituya a la primera, siendo los resultados, provisionales y sometidos a la evaluación continua.

En Bioética procedimiento o método es el camino para llegar a la decisión más aceptable éticamente. La ponderación entre todas las

situaciones y las consecuencias derivadas de cada acción, son los elementos que no pueden estar ausentes en un método de toma de decisiones y para poder analizarlo precisamos de un criterio, un patrón de medida, que permita ejecutar esas acciones.

Desde los inicios de la Bioética los diversos Comités que han tratado estos problemas, de modo mayoritario, han utilizado este procedimiento. Su objetivo es encontrar la mejor de las soluciones posibles a la que se denomina el "curso óptimo de acción", aunque teniendo en cuenta que, siempre se ha de entender que tiene un carácter provisional o probable sometido a la posibilidad de la crítica de otros, que con argumentos racionales puedan aportar otras perspectivas e incluso otro curso óptimo que mejore al primero.

Por tanto, la deliberación como procedimiento que nos sirve para tomar decisiones en condiciones de incertidumbre es el método de la Bioética.

Como señala J. J. Ferrer[239]:

El camino que parece más garantizado filosóficamente, es el que marcan los comités: el acuerdo intersubjetivo

[239] Ferrer JJ. Historia y Fundamentos de los Comités de Ética. En: Martínez JL, editor. Comités de Bioética. Madrid: Desclée De Brouwer; 2003.p 40.

> *argumentado, razonado y razonable, que procura alcanzar acuerdos y decisiones prudentes en situaciones complejas, marcadas por la incertidumbre.*

En la asistencia sanitaria la completa adecuación sobre las realidades de las situaciones de la práctica clínica diaria, son imposibles y, en mayor o menor grado, reina siempre la incertidumbre, de ahí que no deba, ni pueda, pretenderse que las decisiones que se tomen sean "exactas", aunque sí han de ser "decisiones razonables"; esta razonabilidad, consiste siempre en la ponderación cuidadosa de los principales factores que intervienen en cada situación, a fin de disminuir en lo posible la incertidumbre y aumentar la probabilidad de acierto de la decisión.

El proceso de ponderación razonable, que puede ser individual o colectivo, se llama deliberación y, la decisión razonable tomada tras deliberar se dice que es una "decisión prudente"[240]. La deliberación y la prudencia se dan continuamente cuando los profesionales toman decisiones técnicas, como lo son las decisiones clínicas, pero cuando se

[240] *El haber deliberado bien es cosa de los hombres prudentes y la "buena deliberación" sería "la rectitud relativa a lo que conviene con vistas a un fin, cuya verdadera concepción es la Prudencia. Calvo Martínez, JL. Ética a Nicómaco. Aristóteles. Alianza editorial.2011.*

presentan situaciones de conflicto de valores, entonces, a menudo los responsables de tomar decisiones no saben cómo hacerlo, y se sienten incapaces de controlar la angustia que genera en ellos la incertidumbre.

En este sentido, el camino adecuado para elegir los medios que permitirán a los CEA alcanzar los fines que les son propios, es el de la deliberación.

Como dijo Aristóteles, en su Ética a Nicómaco, deliberamos para elegir los medios necesarios para alcanzar los fines a los que tendemos:

> *La elección se refiere a los medios que conducen al fin. Así, deseamos estar sanos, pero elegimos los medios por los cuales podemos alcanzar la salud (...) Ni el médico delibera sobre si curará, sino que, puesto el fin, considera cómo y por qué medios puede alcanzarlo*. La elección va acompañada de razón y reflexión.

El razonamiento deliberativo consiste en procurar la búsqueda de la verdad, valorando todos los factores que intervienen en un hecho, mediante un proceso de diálogo establecido entre varias personas que procuran persuadirse mutuamente, empleando argumentos y dando cuenta de los principios en los que se fundan las ideas vertidas en sus opiniones, sin buscar anular por completo las razones del otro, sino encontrar, entre todos, la mejor elección.

Es decir, el diálogo deliberativo busca el entendimiento y no es un modo de razonar apodíctico, de certeza, sino que lo es de opinión, que permite la existencia de opiniones diversas paradojas que, siendo distintas entre sí, sin embargo no se anulan. Como dice Diego Gracia[241], *deliberar es un arte basado en el respeto mutuo, cierto grado de humildad o modestia intelectual y el deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos, escuchando atentamente, e intercambiando opiniones y argumentos con los otros implicados en el proceso*. La deliberación es la capacidad de relativizar la propia perspectiva acerca de los fenómenos teniendo en cuenta las perspectivas de los demás discutiendo racionalmente sus puntos de vista y modificando progresivamente la propia visión del proceso.

Es la verdadera teoría Ética. Pero no es lícito tratar de imponer a los otros por la fuerza ni una cosa ni la otra, sino que, lo cuerdo es mantener abierta la discusión y buscar juntos deliberativamente la teoría Ética correcta y la moral más válida. La deliberación a la que nos referimos aquí es un proceso de investigación semejante al que se lleva a cabo en las ciencias naturales. Esa deliberación es un medio para avanzar

[241] Gracia, D. "La deliberación moral: el papel de las metodologías en Ética clínica", en Sarabia, J. y de los Reyes, M. (eds.), Comités de ética asistencial, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000

juntos hacia una verdad que, como el horizonte, parece alejarse a medida que avanzamos.

Los Comités de Ética Asistencial (CEA) existen para ayudar a encontrar el camino de la deliberación[242] a que se tomen decisiones prudentes ante las situaciones de conflicto valor de que se dan continuamente en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Conviene aclarar, que la deliberación Bioética no trata de resolver conflictos mediante una votación sin diálogo, tampoco consiste en evaluar los problemas desde las posiciones subjetivas de los interesados e involucrados, o los miembros de los Comités de Ética Asistencial, lo que se intenta es desentrañar los principios y los valores de la Ética social y evaluar el tema concreto.

Los beneficios de contar con una vía lógica es que ayuda a dilucidar nuestras creencias, cuestionándolas y encontrando nuevas. Lo que significa, que un método con estas características, permite el crecimiento moral de quienes lo llevan a cabo ampliando su horizonte ético.

[242] Couceiro A., editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999.

En este sentido, Gracia[243], explica que, para deliberar se deben desarrollar ciertas habilidades y capacidades como: expresar claramente los argumentos que sustentan la propia posición, tener voluntad de acercamiento con quienes piensan diferente, capacidad de escuchar y entender los puntos de vista de los demás, habilidad para negociar.

Es por ello que existen diversos modelos de análisis basados en diferentes fundamentaciones, entre ellos destacamos:

Enfoque principialista (Beauchamp y Childress[244]). A partir del Informe Belmont, publican un libro llamado Principles of Biomedical Ethics en 1979[245], enumeran cuatro Principios Éticos universales, Autonomía, Beneficencia, Justicia y no Maleficencia, que guían la actuación del médico.

[243] Gracia, D. "La deliberación moral: el papel de las metodologías en Ética clínica", en Sarabia, J. y de los Reyes, M. (eds.), Comités de ética asistencial, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000

[244] Dos filósofos americanos Tom BEUCHAMP y James CHILDRESS, quienes en 1979, publicaron el libro "Principios de Ética Biomédica", en el cual establecieron el sistema de los cuatro principios, alrededor de los cuales se puede ordenar todas las cuestiones de valor. Estos principios se los conoce como "Prima facie" (a primera vista) para estos autores los cuatro principios se encuentran en el mismo nivel. Lolas, F. Bioética y Antropología Médica. Editorial Mediterráneo. 2000.

[245] Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999.

En este sentido Diego Gracia, postula que se debe distinguir dos niveles en los principios de la Bioética[246].

Primer nivel o Ética de mínimos, donde se incorporan los principios de "No maleficencia" y "Justicia". El primero surge de la aplicación de la ley general de que todos somos iguales y merecemos igual consideración y respeto, en relación a la vida biológica y el de justicia concierne al de la vida social. Cuando se discrimina a los hombres socialmente, sin tratarlos con igual consideración y respeto, se comete una injusticia y cuando el daño se hace en el orden de la vida biológica, se vulnera el principio de "no maleficencia". Ambos son expresión del principio general de que todos los hombres son iguales y merecedores de la misma consideración y respeto, y la sociedad puede obligar a cumplirlos de una manera positiva consagrada en el derecho penal (no maleficencia) y en el derecho civil y político (justicia). Por lo tanto, estos dos principios obligan con independencia la voluntad de las personas.

[246] Gracia, D. "El que y el porqué de la Bioética. Cuadernos de Programa Regional de Bioética (1).OPS. Primera Edición; 1995.

Segundo nivel o Ética de máximos, aquí se deben ubicar los principios de ”Autonomía” y “Beneficencia”; por autonomía se entiende, la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción, perteneciendo al ámbito de la conducta personal, la misma, que está supeditada al bien común. Lo mismo se puede decir del principio de beneficencia, que está orientado al bienestar de la persona, en esta situación concreta, y depende del propio sistema de valores, y por eso es subjetivo a diferencia de los de nivel 1 que son objetivos y obligatorios, y por ende pertenecen a la “Ética del Deber”, en tanto que, los de nivel 2 pertenecen a la “Ética de la Virtud” o de la felicidad.

En el enfoque de la Ética de la virtud (Mc Intyre, Pellegrino, Thomas y Drane), se busca el modo de acción más adecuado preocupándose menos de principios absolutos y más por la persona responsable de tomar decisiones, priorizando las cualidades y el buen carácter del profesional. Así como el principialismo se centra en los actos y se dirige más a los casos conflictivos, la Ética de la virtud propone fijarse en el profesional que actúa, y atender a sus hábitos y actitudes en el quehacer diario.

En lugar de analizar casos puntuales, plantea el "método narrativo" como instrumento docente, a través (entre otros medios) del comportamiento reflejado en los protagonistas de relatos. Se puede afirmar que la Bioética norteamericana, busca el modo de acción más adecuado, sin preocuparse tanto por fundamentar los principios que propone, si bien otorga gran importancia, a la persona responsable de tomar las decisiones. La teoría de la virtud según la concepción aristotélica, de una teoría de lo recto y lo bueno, hay que concordar, que no da pautas claras para la actuación y es subjetiva en relación a definiciones personales de la virtud o de la persona virtuosa[247].

En el procedimiento casuístico (Jonsen y Toulmin)[248]se sigue un método [249] con dos variantes; en la versión débil, analiza casos individuales en circunstancias concretas, en la versión

[247] García Banderas A, Estévez E. Introducción a la bioética: fundamentación y principios. Disponible en: *BuenasTareas.com*. Recuperado 11, 2010, de http://www.buenastareas.com; 2002.

[248] Lópes de la Vieja. M.T. (ed.). BIOÉTICA: entre la medicina y la ética. Editorial Universidad Salamanca; 2005

[249] Jonsen, A.R., Toulmin, S.E. The Abuse of Casuistry. A History of moral Reasoning. Universidad de California Press; 1988.

fuerte, se resuelven los casos a partir de las circunstancias sin referirlos a norma alguna.

Y para finalizar el Método deliberativo: es el método preconizado en España por Diego Gracia. Consiste en la ponderación y análisis reflexivo de todos los factores que intervienen en una situación, con el fin de buscar una decisión óptima a través de la deliberación.

En consecuencia, la puesta en marcha de los Comités de Ética Asistencial en hospitales, centros de salud, empresas, universidades y otras instituciones sociales, con una composición interdisciplinar y con unas reglas de funcionamiento razonables, es una muestra, de que es posible crear foros plurales en los que se practique el diálogo abierto con un horizonte de búsqueda de la verdad. En la medida en que este tipo de Comités no se desvirtúen, están llamados a desempeñar una importante labor de apoyo a ese proceso de deliberación pública, que se precisa en las sociedades contemporáneas, para dar una respuesta inteligente a los problemas a los que nos enfrentamos.

Conviene aclarar, qué es la deliberación pública; deliberar[250]es un verbo que está emparentado con el término latino libra que alude a la balanza de dos platillos con la que se pesaban antiguamente los objetos. De modo que "deliberación pública" viene a ser el proceso de pensar juntos, en voz alta, sobre los pros y los contras de las soluciones propuestas a los problemas reales con que nos encontramos en las sociedades modernas; también sobre los problemas de convivencia que nos plantea la rivalidad de cosmovisiones contrapuestas.

Es un proceso en el que se presupone que los seres humanos podemos llegar a entendernos si nos respetamos y a respetarnos si nos entendemos. Para ello, se precisa que quienes participan en el proceso deliberativo adopten de principio la convicción, de que es posible que mi grupo no tenga toda la razón y por tanto estar dispuestos a aprender. Por esa razón, quienes participan en un proceso deliberativo presuponen que a lo largo del proceso es posible cambiar el punto de vista inicial que tenía cada cual, por un nuevo punto de vista, que se ha mostrado más razonable a la luz de la propia deliberación.

[250] según el Diccionario, significa "considerar atenta y detenidamente el pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sinrazón de los votos antes de emitirlos".

No siempre ocurre tal cosa, pero, es preferible de todos modos llevar adelante una buena deliberación, que obstinarse desde el principio en los propios puntos de vista como si uno estuviese en posesión de la verdad completa y total. Lo que está en juego, nada más y nada menos, que la convivencia en paz y desarrollo en una sociedad abierta, pluralista y dinámica. Una sociedad no exenta de tensiones, pero capaz de gestionarlas de modo civilizado.

Como señala Camps[251], *el pluralismo propio del proceso deliberativo compensa la insuficiencia de los saberes de los expertos y es superior al monólogo del sabio quien, por otra parte, no existe; que no es un proceso que está sin más, sino que en esencia, es la única forma que existe de poder profundizar en lo que es la democracia en sí*. Además, es el medio más adecuado para fomentar la responsabilidad y profundizar en actitudes solidarias.

Un buen ejemplo del método de deliberación en Bioética, desde una aproximación a los dilemas clínicos, lo tenemos en la obra de Diego

[251] Camps, V. "Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética", Barcelona. Ares y Mares; 2001.

Gracia y Javier Júdez[252], *Ética en la práctica clínica*, en el que hay una recopilación de casos clínicos que devienen problemáticos desde la perspectiva Bioética, y una aplicación del método deliberativo a cada uno de ellos para mostrar y desarrollar el procedimiento en las distintas fases.

Para Diego Gracia, la deliberación es *un método de reflexión y análisis colectivo orientado a tomar decisiones racionales y probables en condiciones de incertidumbre*; método de investigación moral o análisis racional de problemas morales, es por un lado, un método de reflexión y análisis colectivo, orientado a tomar decisiones racionales en condiciones de incertidumbre, y por otro lado, un proceso inacabado e inagotable que está abierto a la participación argumentativa de todos los interesados en un problema o dilema moral.

En este sentido, entre las características más significativas del método deliberativo, encontramos, que mantiene la evaluación moral vinculada con los hechos para evitar falsas generalizaciones y mantener el apego a las situaciones de la vida real, se contrapone a los métodos basados en la teoría de la decisión racional que presumen que todo tiene

[252] Gracia D. y Júdez J. "Ética en la práctica clínica". Madrid. Editorial Triacastela; 2004.

una solución y que hay un único procedimiento para decidir lo correcto entre dos opciones.

Así mismo, la deliberación es un método problemático que pone énfasis no en la decisión, sino, en el proceso que conduce a ella (deliberación), en el análisis de los antecedentes y en la discusión racional y colaborativa.

Los dilemas éticos son conflictos de valor, como indica Gracia[253], y los valores se sustentan en los hechos por lo que su análisis debe partir de un estudio minucioso de los hechos, ya que, cuanto más claros estén con mayor precisión se identificarán los problemas de valor.

El objetivo de la Ética, según Diego Gracia, es que los valores se mantengan como tales no unos en deterioro de otros:

> *Toda pérdida de valor es irreparable, razón por la que hemos de intentar por todos los medios salvar todos los valores en conflicto o, al menos, lesionarlos lo menos posible. Es un error grave pensar que cumplimos con nuestras obligaciones optando por el valor más importante, con lesión del otro. No es así. Sólo podremos justificar eso, si la realidad nos demuestra que no hay ningún curso de acción que permita salvar los valores en conflicto*

[253] Gracia D. y Júdez J. "Ética en la práctica clínica". Madrid. Editorial Triacastela; 2004.

> *o lesionarlos lo menos posible. Optar por uno de ellos en detrimento total del otro es siempre una tragedia, porque perdemos irremisiblemente un valor, sea el que fuere.*[254]

Como se ha dicho, está más cercana a la *doxa*que que a la *episteme*, pues no se delibera sobre lo absolutamente cierto, sino sobre lo que puede ser de varias maneras, en lo cual, el resultado siempre tiene una dosis de imprecisión, de oscuridad o de perplejidad.

En la deliberación moral, la incertidumbre nunca se agota por completo, sólo se adoptan decisiones probables o decisiones racionales en condiciones de incertidumbre y culmina, en una decisión prudente, o un juicio prudencial.

Sus presupuestos básico, corresponden a los de la argumentación racional ético-discursiva, donde deben tener cabida todos los intereses, apoyándose en un buen manejo y desarrollo de la discusión grupal, manteniendo una actitud no impositiva, por parte de cada interlocutor, donde todos tienen derecho a la igualdad de oportunidades, de participación, y ser considerados seres capaces de comunicación lingüística e interlocutores válidos.

---

254 Gracia D., Ética profesional y ética institucional, en La ética de las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial, Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona, 2012

Teniendo en cuenta, que la deliberación es un método se pueden establecer unas fases o pasos que hay que seguir, permitiendo la discusión grupal si queremos que el proceso deliberativo sea correcto y siguiendo estos autores (Gracia y Júdez), quedarían definidos así:

Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión.

Discusión de los aspectos clínicos de la historia.

Identificación de los problemas morales que presenta.

Elección por la persona responsable del caso del problema moral que a él le preocupa y quiere que se analice.

Identificación de los valores en conflicto.

Identificación de los cursos extremos de acción.

Búsqueda de los cursos intermedios.

Análisis del curso de acción óptimo.

Decisión final.

Comprobación de la consistencia de la decisión tomada.[255]

[255] Sometiendo la decisión tomada, a la prueba de la legalidad, si es legal o no, a la prueba de la publicidad, si se defendería públicamente, y a la prueba de consistencia, si mantendrías esta decisión pasadas horas o días.

Como señalan estos autores, el procedimiento puede resolver muchos conflictos morales o al menos clarificar situaciones aun cuando no desaparezcan los problemas.

CAPÍTULO VII

UN ESTUDIO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN LA REGIÓN DE MURCIA.

Siendo conocedores de la evolución del Pensamiento Ético Occidental, así como, del nacimiento de la Bioética, consideramos que, un mayor comprensión de las funciones y de la esencia de los Comités de Ética Asistencial, ayudarán a que los profesionales sanitarios consideremos que son una importante herramienta, o una ayuda, en la toma de decisiones y en el cuidado de las personas de una forma más humanizada y responsable, y no, un instrumentos de control ni como una válvula de escape que diluya responsabilidades.

Para ello, procedemos a exponer cual es la estructura y la distribución de los CEAs, dentro de las Áreas de Salud de la Región de Murcia, así como, la legislación que la avala.

La Ordenación Sanitaria del Territorio Región de Murcia establece la delimitación de 6 Áreas de Salud, con especificación de las zonas de salud y la población comprendida, así como del hospital de Área de referencia, mediante Decreto 62/1986, de 18 de julio,[256] y el Decreto 27/1987, de 7 de mayo.[257] La Ley 2/1990, de 5 de abril,[258] de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, atribuye a la Consejería de

[256] BORM núm. 199, de 10 de agosto.

[257] BORM núm. 126 de 3 de junio.

[258] BORM núm. 96, de 27 de abril.

Sanidad, la competencia para fijar las demarcaciones territoriales, sanitarias y zonas de salud, derogada por Ley 4/1994, de 26 de julio,[259] donde se establece que el Mapa Sanitario se ordena en Demarcaciones Territoriales denominadas Áreas y Zonas Básicas de Salud, atribuyendo asimismo a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, su aprobación y revisión del mismo.

Por Orden de 13 de octubre de 1999,[260] de la Consejería de Sanidad y Consumo, se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia, derogada por Orden de 12 de mayo de 2005,[261] que aprueba el Mapa Sanitario, que ha estado funcionando hasta que es derogada por la Orden de 24 de abril de 2009,[262] de la Consejería de Sanidad y Consumo, que introduce una nueva organización territorial con el aumento del número de áreas de salud a 9 Áreas de Salud.

Con esta actuación se persigue la adaptación de las estructuras existentes, a los nuevos retos en la gestión de los servicios de salud para mejorar la eficiencia y aumentar la coordinación asistencial, mediante la

[259] BORM núm. 76, de 4 de agosto.

[260] BORM núm. 251 de 29 de octubre.

[261] BORN núm. 130 de 8 de junio.

[262] BORM núm. 103 de 7 de mayo.

puesta en marcha de la gestión integrada del Área de Salud. Su delimitación, coincide con el ámbito de referencia de su hospital existente en la actualidad, garantizando que cada una de ellas tiene un solo hospital de referencia integrado conjuntamente la Atención Primaria y la Atención Especializada.

La ordenación territorial de los Servicios de Salud se realiza a través del Mapa Sanitario, cuya estructura básica es el Área de Salud. La Ley General de Sanidad establece que cada Área de Salud dispondrá, al menos, de un hospital, que dará cobertura a toda su zona de influencia. Cada Área de Salud, se divide, a su vez, en Zonas Básicas de Salud, demarcaciones geográficas y poblacionales que delimitan a una población, siendo accesibles desde todos los puntos, y capaces de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente.

La población por Áreas de Salud, según el mapa sanitario 2009, y según padrón de habitantes, en la Región de Murcia 2005-2011, asciende a un total de 1.470.069 habitantes[263].

[263] Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Política Social. Elaboración propia a partir de datos del CREM y el INE. Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de cada año.

Gerencias de Áreas de Salud:

I (Murcia/Oeste)

II (Cartagena)

III (Lorca)

IV (Noroeste)

V (Altiplano)

VI (Vega Media del Segura)

VII (Murcia/Este)

VIII (Mar Menor)

IX (Vega Alta del Segura)

En primer lugar, el Área de Salud I (Murcia) se divide en las siguientes:

Área	**Denominación**	**Hospital de referencia**
I	Murcia/Oeste	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
VI	Vega del Segura	Hospital General Universitario Morales Meseguer
VII	Murcia/Este	Hospital General Universitario Reina Sofía

Por su parte, el Área de Salud II (Cartagena) se bifurca en las siguientes:

Área	**Denominación**	**Hospital de referencia**
II	Cartagena	Hospital General Universitario Santa María del Rosell Hospital General Universitario Santa Lucía
VIII	Mar Menor	Hospital "Los Arcos"

Finalmente, el Área de Salud VI (Vega del Segura) se reparte entre las siguientes:

Área	**Denominación**	**Hospital de referencia**
VI	Vega Media del Segura	Hospital Universitario "Morales Meseguer"
IX	Vega Alta del Segura	Hospital "Vega del Río Segura"

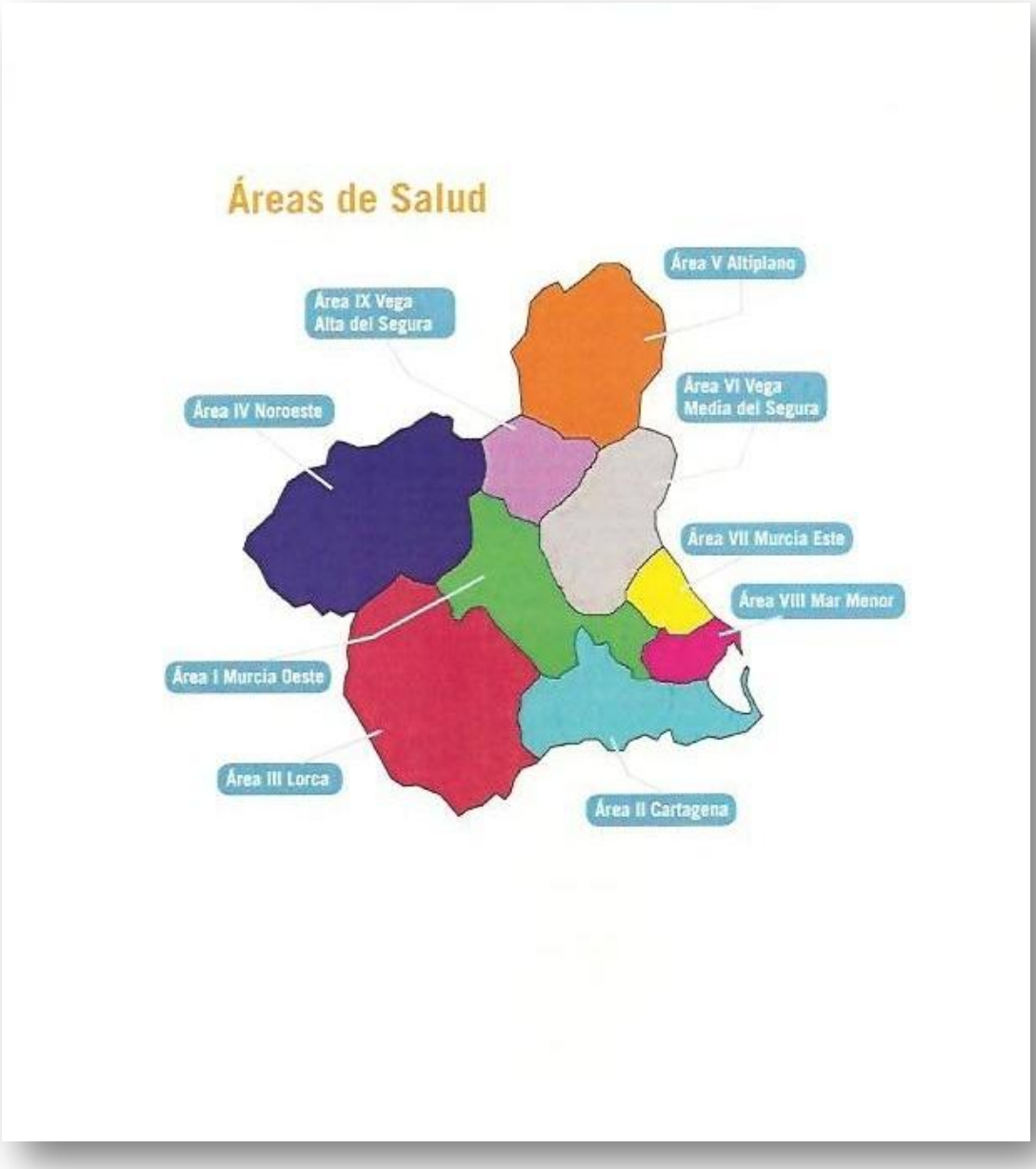
Por el contrario, no han experimentado cambio alguno las áreas de salud III (Lorca), IV (Noroeste) y V (Altiplano).

Área	**Denominación**	**Hospital de referencia**
III	Lorca	Hospital Rafael Méndez

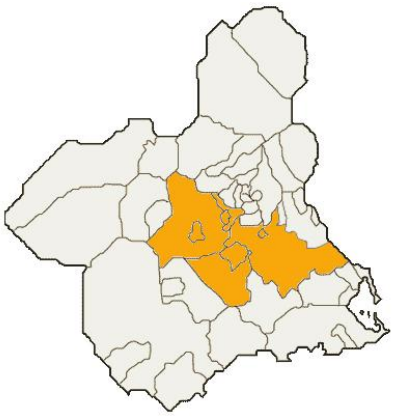
Área	**Denominación**	**Hospital de referencia**
IV	Noroeste. Caravaca	Hospital Comarcal del Noroeste

Área	**Denominación**	**Hospital de referencia**
V	Altiplano. Yecla	Hospital Virgen del Castillo de Yecla

MAPA ÁREAS DE SALUD REGIÓN DE MURCIA



AREA I



El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, constituye el centro de referencia del Área de Salud I, fue inaugurado en el año 1975, el hospital perteneciente al Servicio Murciano de Salud, que presta asistencia sanitaria especializada, siendo el centro de referencia de la población del Área II de la Comunidad Autónoma de Murcia

A lo largo de estos años, el hospital, ha vivido un amplio proceso de remodelación interno y externo, que ha permitido disponer de una oferta de servicios pioneros en nuestra región.

Cuenta, además, con un excelente conjunto de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que incluyen la alta tecnología sanitaria.

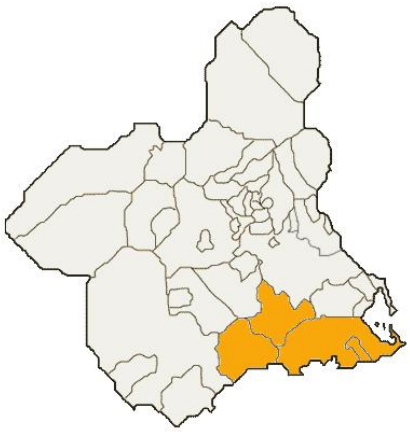
Entre los recursos humanos, cuenta con: personal directivo 16, personal facultativo 621, personal sanitario no facultativo 2.455, personal no sanitario 1033 y una plantilla total de 4.125 trabajadores.

En el Área de Salud cuentan con 257.672 tarjetas sanitarias individuales[264].

Fue una comisión promotora, la que trabajó en el proyecto de creación del CEA, realizando su labor asistencial de forma ininterrumpida, desde 1995 hasta 1998, fue aprobado por la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, logrando su acreditación en diciembre de 1998.

[264] Base de datos TIS, con el censo del 1 de Enero de 2011.

AREA II



El Área de Salud II de Murcia, es una entidad pública cuya finalidad es contribuir a mejorar los resultados de salud mediante la provisión de servicios sanitarios adecuados a las necesidades de la población de su ámbito territorial.

El Complejo Hospitalario Santa Lucía y Santa María del Rosell, son dos hospitales de Área perteneciente desde el 1 de enero de 2002 al Servicio Murciano de Salud, que presta asistencia sanitaria especializada, siendo los centros de referencia de la población del Área II de la Comunidad Autónoma de Murcia.

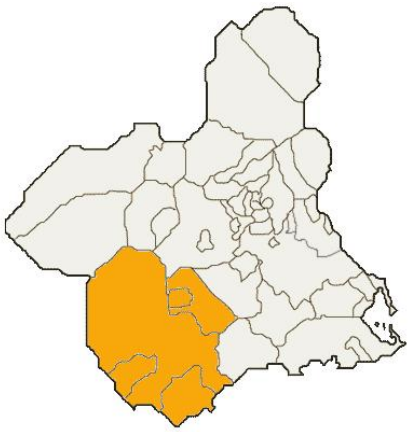
Dicha Área de Salud, tiene en la actualidad con 287.980 tarjetas sanitarias individuales y un gran número de residentes estacionales, un colectivo numeroso de inmigrantes (cuyo número es difícil de concretar pero que podría sobrepasar las 30000-40000 personas) y un elevado

número de visitantes, al ser el Área II una comarca de gran atracción turística.

Entre sus recursos humanos, cuenta con: personal directivo 12, personal facultativo 609, personal sanitario no facultativo 1.369, personal no sanitario 617 y una plantilla total de 2.607 trabajadores.

El Comité de Ética Asistencial del Área de Salud II, fue uno de los Comités creados después de la regulación de los C.E.A. de 2005, realiza su labor asistencial de forma ininterrumpida, desde que se creó en Septiembre de 2006 y consiguieron su acreditación en Junio de 2007.

AREA III



El Hospital Rafael Méndez de Lorca, es un hospital público perteneciente a la red de hospitales del Servicio Murciano de Salud. Es el hospital de referencia del Área de Salud III, fue inaugurado en 1990, contando en la actualidad con 283 camas funcionantes.

Está ubicado en las afueras de la ciudad a unos 4 kilómetros del centro urbano, en la denominada diputación de la Torrecilla, con acceso directo desde la autovía del mediterráneo.

Proporciona asistencia sanitaria especializada a los habitantes del Área III de Salud de Murcia, contando en la actualidad con 173.203 tarjetas sanitarias individuales.

Entre sus recursos humanos, cuenta con: personal directivo 9, facultativ8 174, sanitario no facultativo 513, no sanitario 291, y una plantilla total de 987 trabajadores.

El Comité de Ética Asistencial del Área de Salud III, fue uno de los Comités creados después de la regulación de los C.E.A. de 2005, realiza su labor asistencial de forma ininterrumpida, desde que se creó en Junio de 2009 y consiguieron su acreditación en Septiembre de 2010.

AREA IV

El centro de referencia de la población del Área IV, que pertenece al Servicio Murciano de Salud, y presta asistencia sanitaria especializada de la Comunidad Autónoma de Murcia, es el Hospital Comarcal del Noroeste, fue construido en 1986.

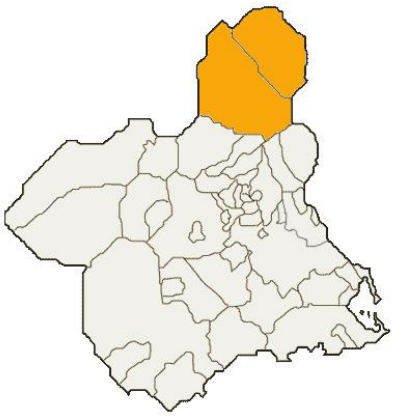
En el Área de Salud cuentan con 74.152 tarjetas sanitarias individuales.

Entre sus recursos humanos, cuenta con: personal directivo 7, facultativo 169, sanitario no facultativo 370, no sanitario 213, y una plantilla total de 759 trabajadores.

El Comité de Ética Asistencial del Área de Salud IV, fue uno de los Comités creados después de la regulación de los C.E.A. de 2005,

realiza su labor asistencial de forma ininterrumpida, desde que se creó en 2007 y consiguieron su acreditación en 2008.

AREA V



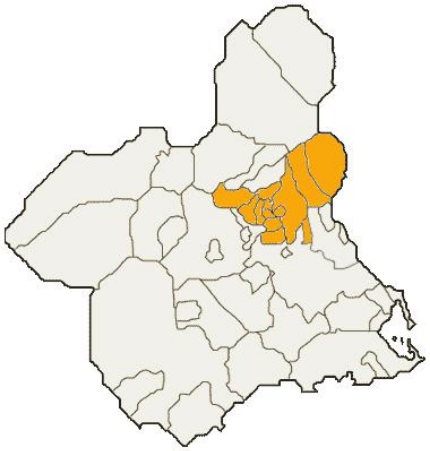
El Hospital Virgen del Castillo de Yecla es el hospital que pertenece al Servicio Murciano de Salud y presta asistencia sanitaria especializada, siendo el centro de referencia de la población del Área V de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Entre sus recursos humanos, cuenta con: personal directivo 7, facultativo 156, sanitario no facultativo 324, no sanitario 180, y una plantilla total de 667 trabajadores.

En el Área de Salud cuentan con 60.739 tarjetas sanitarias individuales.

El Comité de Ética Asistencial del Área de Salud V, fue uno de los Comités creados después de la regulación de los C.E.A. de 2005, realiza su labor asistencial de forma ininterrumpida, desde que fueron acreditados en Diciembre de 2006.

AREA VI



El Hospital General Universitario Morales Meseguer, es el hospital que pertenece al Servicio Murciano de Salud y presta asistencia sanitaria especializada, siendo el centro de referencia de la población del Área VI de la Comunidad Autónoma de Murcia.

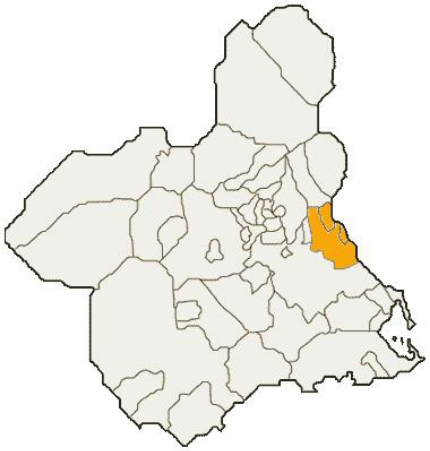
Entre sus recursos humanos, cuenta con: personal directivo 9, personal facultativo 304, personal sanitario no facultativo 1119, personal no sanitario 391, y una plantilla total de 1823 trabajadores.

En el Área de Salud cuentan con 258.245 tarjetas sanitarias individuales.

El Comité de Ética Asistencial del Área de Salud VI, fue uno de los Comités previos a la regulación de los C.E.A. de 2005.

Realiza su labor asistencial de forma ininterrumpida desde Junio de 1999 bajo la normativa del INSALUD.

AREAVII



El Hospital General Universitario Reina Sofía, es el hospital que pertenece al Servicio Murciano de Salud y presta asistencia sanitaria especializada, siendo el centro de referencia de la población del Área VII de la Comunidad Autónoma de Murcia.

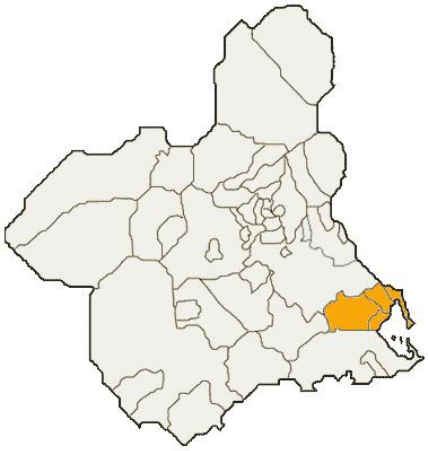
En el Área de Salud cuentan con 200.175 tarjetas sanitarias individuales.

Entre sus recursos humanos, cuenta con: personal directivo 13, personal facultativo 442, personal sanitario no facultativo 925, personal no sanitario 408, y una plantilla total de 1788 trabajadores.

El CEA del H Universitario Reina Sofía, viene realizando su labor de forma ininterrumpida a través de una comisión promotora, que trabajó

en el proyecto de creación del CEA desde Febrero de 1998, logrando su acreditación en Enero de 2006.

AREA VIII



El Hospital Los Arcos del Mar Menor, es el hospital que pertenece al Servicio Murciano de Salud y presta asistencia sanitaria especializada, siendo el centro de referencia de la población del Área VIII de la Comunidad Autónoma de Murcia.

En el Área de Salud cuentan con 103.003 tarjetas sanitarias individuales.

El Comité de Ética Asistencial del Área de Salud VIII, fue uno de los Comités creados después de la regulación de los C.E.A. de 2005, realiza su labor asistencial de forma ininterrumpida, desde que fue creado en Abril de 2010 y consiguieron su acreditación en Septiembre de 2010.

AREA IX

El Hospital Vega del Rio Segura, es el hospital que pertenece al Servicio Murciano de Salud y presta asistencia sanitaria especializada, siendo el centro de referencia de la población del Área IX de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Con la denominación de Fundación Hospital de Cieza, el 4 de febrero de 1997, se creó una organización de naturaleza fundacional, constituida sin ánimo de lucro, cuyo patrimonio está afectado, de forma duradera, a la realización de los fines de interés general, propios de la Institución.

La Fundación Hospital de Cieza, tiene por objeto la gestión, sin ánimo de lucro, de la prestación de todo tipo de servicios de asistencia sanitaria y social, dentro del ámbito de su actuación.

Entre sus recursos humanos, cuenta con: personal directivo 7, personal facultativo 73, personal sanitario no facultativo 245, personal no sanitario 74 y una plantilla total de 469 trabajadores.

En el Área de Salud cuentan con 54.900 tarjetas sanitarias individuales.

El Comité de Ética Asistencial del Área de Salud IX, fue uno de los Comités creados después de la regulación de los C.E.A. de 2005, realiza su labor asistencial de forma ininterrumpida, desde que se creó en Octubre de 2009 y consiguieron su acreditación en Diciembre de 2009.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

A continuación, expondremos cuales han sido los resultados obtenidos, tras su estudio estadístico, en relación a las variables más significativas y registradas en la documentación de cada Comité.

Presentaremos los resultados y los gráficos, organizados por años completos en 2007, 2008, 2009, 2010 y desde el 1 de Enero hasta 30 Junio de 2011.

A lo largo de estos años, se han ido creando todos los Comités de Ética Asistencial de la Región de Murcia, de forma que en el estudio hemos ido incorporando los Comités en su año correspondiente según cuando fueron creados.

Así, podemos contar para el año 2007 con seis Comités, el año 2008 con seis Comités, el año 2009 con siete Comités, el año 2010 con nueve Comités y el año 2011 con nueve Comités, que son los que forman el mapa de Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

La relación de variables que se han estudiado estadísticamente han sido desde el origen del Comités hasta la fecha establecida como final del período de estudio:

Nº de reuniones realizadas al año, reuniones ordinarias y extraordinarias.

Nº de personas ajenas, usuarios, que son miembros del Comité.

Representación de un Licenciado en Derecho.

Formación en Bioética de los miembros pertenecientes a cada Comité, formación Máster.

Nº de casos que se estudian.

Clasificación de los casos por especialidades. Ante la diversidad de especialidades y de posibles temas por los que se pueden realizar interconsultas, hemos establecido tres grupos que engloban todas las alternativas:

Temas relacionados con principios Bioéticos, tratamientos experimentales, limitación esfuerzo terapéutico, sedación, equidad, discriminación, confidencialidad, Testigos de Jehová, respeto de la autonomía, consentimiento informado, información, cualificación profesional.

Temas relacionados con la Dirección Médica y Jurídica y Servicio de Atención al Paciente (S.A.P.), trabajador social,

coordinación calidad, docencia y formación continuada, profesionales del equipo volante.

Temas relacionados con las Unidades de hospitalización, cirugía, neonatología, hematología, pediatría, trasplante órganos, ginecología, alergia, anestesia, geriatría, medicina interna, cirugía infantil, U.C.I. pediátrica, oncología, nefrología, neuropediatría, psiquiatría, neonatología, hemodinámica, cardiología, urgencias.

Procedencia de los casos, considerando donde se generan las consultas, por un lado las Unidades de hospitalización y por otro lado la Dirección y SAP.

Procedimiento de presentación de los casos, hoja de interconsulta, carta, vía telefónica, verbalmente.

Actividades formativas promovidas desde el Comité, desde la organización de cursos de formación, seminarios, presentación de comunicaciones a eventos científicos y el estudio de casos, relacionados con temas Bioéticos.

RESULTADOS EN EL AÑO 2007.

A lo largo del año 2007, respecto al número de reuniones realizadas por año, 1 comité (16,7%) celebró 2 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 3 reuniones, 2 comités (33,·%) celebraron 7 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 8 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 9 reuniones.

Nº Reuniones	Nº Comités	Porcentaje
2	1	16.7%
3	1	16,7%
7	2	33,3%
8	1	16,7%
9	1	16,7%

Tabla 1. Nº reuniones 2007

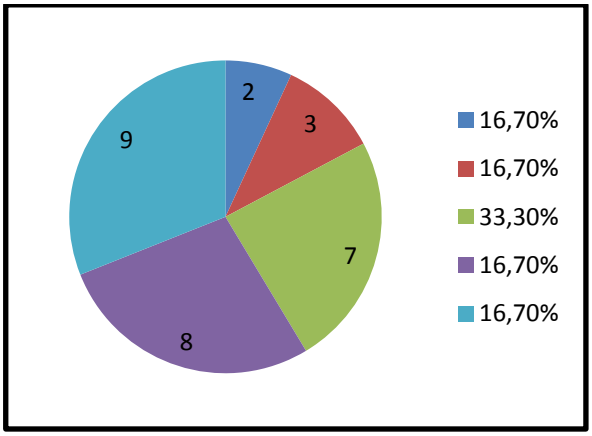


Gráfico 1. Nº reuniones 2007

Respecto al nº de representantes de los usuarios en 2007, 2 comités (33,3%) tienen 1 representante de los usuarios, 1 comité (16,7%) tiene 3 representantes de los usuarios y 3 de los comités (50%) no tienen ningún representante de los usuarios.

Representante usuarios	Nº comités	Porcentajes
0	3	50%
1	2	33,3%
3	1	16,7%

Tabla 2. Representante usuarios

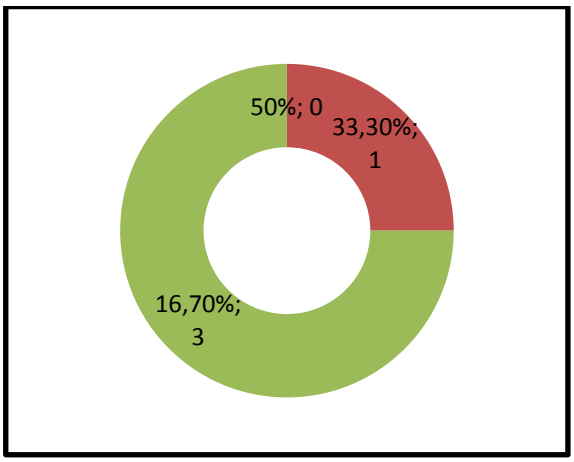


Gráfico 2. Representante usuarios

En cuanto a la participación de abogados a lo largo del año, los 6 comités (100%) tienen un abogado entre sus miembros.

De los miembros con formación Máster, dentro de los comités hay 1 comité (16,7%) con 9 miembros con formación Máster, 1 comité (16,7%) con 4 miembros con formación Máster, 1 comité (16,7%) con 5 miembros con formación Máster, 1 comité (16,7%) con 1 miembro con formación Máster y 2 comités (33,3%) que no cuentan con miembros que tengan formación Máster.

Nº Máster	Nº comités	Porcentaje
0	2	33,3%
1	1	16,7%
4	1	16,7%
5	1	16,7%
9	1	16,7%

Tabla 3. Máster

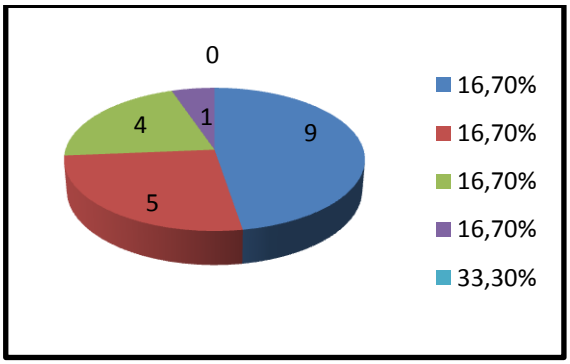


Gráfico 3. Máster

El nº de consultas realizadas, encontramos que 1 comité (16,7%) recibió 4 consultas, 1 comité (16,7%) recibió 3 consultas, 3 comités (50%) recibieron 1 consulta y 1 comité (16,7%) no recibió ninguna consulta.

Nº consultas	Nº comités	Porcentaje
0	1	16,7%
1	3	50%
3	1	16,7%
4	1	16,7%

Tabla 4. Nº consultas

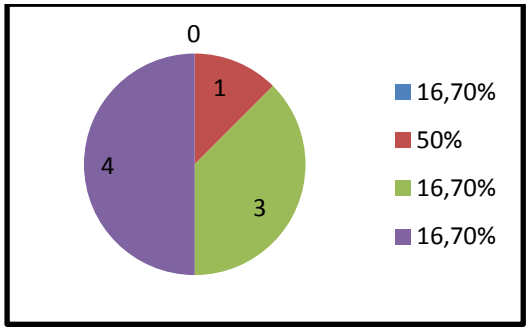


Gráfico 4. Nº consultas recibidas

El tema de las consultas realizadas a los comités ha sido sobre temas de hospitalización, temas relacionados con la Dirección y el Servicio de Atención al Paciente (SAP) y sobre temas relacionados con los principios Bioéticos. De los cuales 5 consultas (50%) son sobre temas de hospitalización, 5 consultas son sobre temas relacionados con

los principios Bioéticos y no ha habido consultas sobre temas de Dirección/SAP.

Consultas sobre temas hospitalización	Nº comités	Porcentajes
0	2	33.3%
1	3	50%
2	1	16.7%

Tabla 5. Consultas sobre temas hospitalización

Consultas sobre principios Bioéticos	Nº comités	Porcentajes
0	3	50%
1	2	33.3%
3	1	16.7%

Tabla 6. Consultas sobre principios Bioéticos

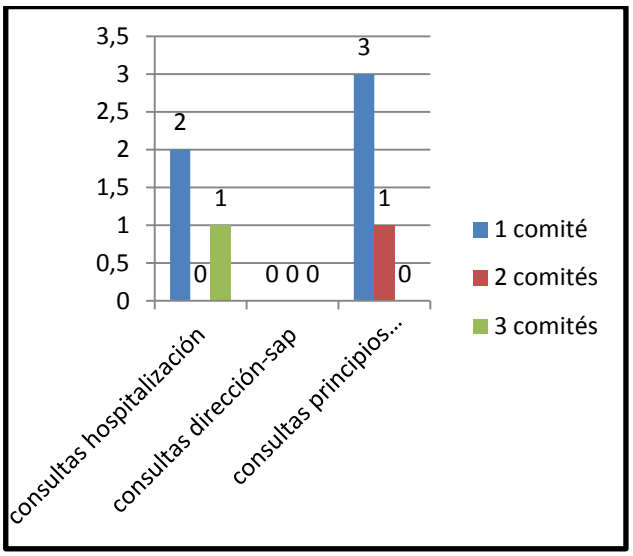


Gráfico 5. Tema de consulta

El origen de las consultas realizadas a los comités ha sido procedente de hospitalización en 6 casos (60%), de los cuales 3 comités recibieron 1 consulta (16.7%), 1 comité recibió 3 consultas (50%) , siendo 2 los comités que no reciben ninguna consulta (33.3%) y de la Dirección y el Servicio de Atención al Paciente en 4 casos (40%), de los cuales 1 comité recibió 1 consulta (16.7%), 1 comité recibió 3 consultas (16.7%), siendo 4 comités los que no han recibido ninguna consulta (66.7%).

Consultas originadas hospitalización	Nº comités	Porcentajes
0	1	16.6%
1	2	33.3%
3	2	33.3%
5	1	16.7%

Tabla 7. Consulta originada en hospitalización

Consulta origen Dirección- Sap	Nº comités	Porcentajes
0	4	66.7%
2	1	16.7%
4	1	16.7%

Tabla 8. Consulta originada en Dirección-Sap

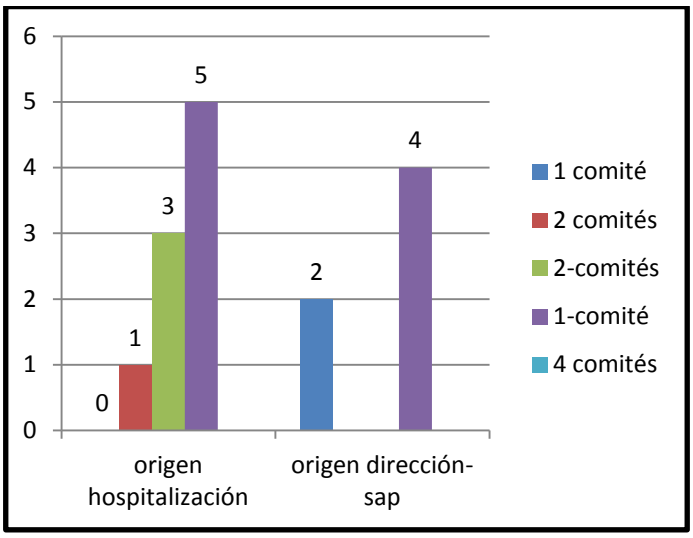


Gráfico 6. Origen de las consultas

La vía de acceso a la consulta se realiza a través de la hoja de interconsulta en 9 casos (90%), de los cuales 3 comités lo utilizaron en una ocasión (50%), 1 comité lo utilizó en 2 casos (16.7%), 1 comité lo utilizó en 4 casos (16.7%), y hubo 1 comité que utilizó otra vía de acceso para consultar al comité (16.7%).

Vía acceso Comité: Hoja Interconsulta	Nº Comités	Porcentaje
0	1	16.7%
1	3	50%
2	1	16.7%
4	1	16.7%

Tabla 9. Vía acceso al Comité: Hoja Interconsulta

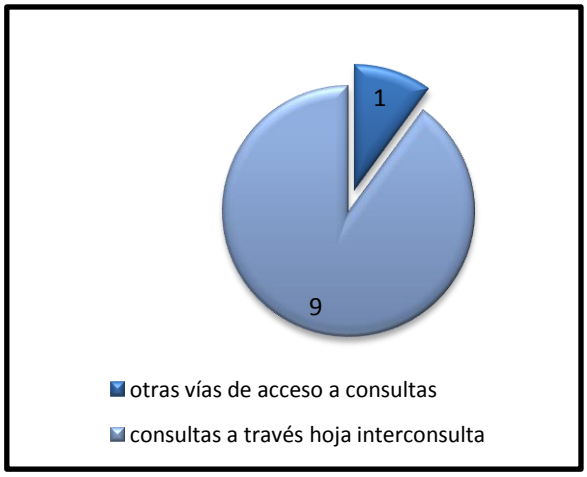


Gráfico 7. Vía acceso al Comité

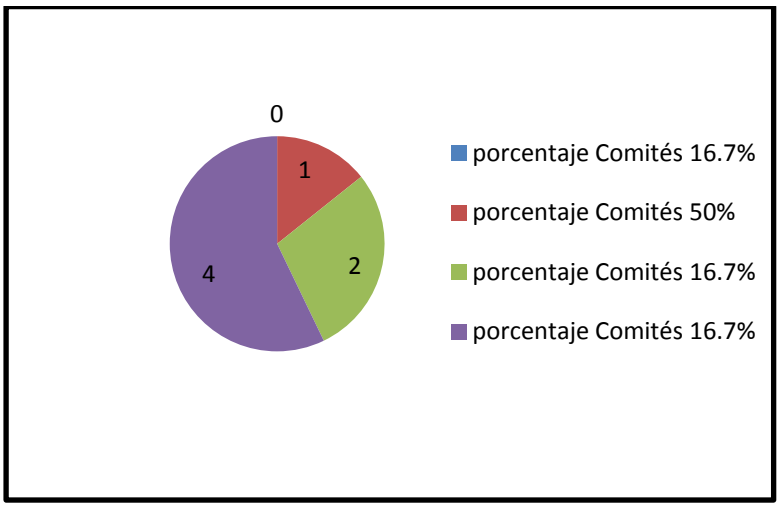


Gráfico 8. Número de veces que cada Comité utiliza la hoja de interconsulta.

En el año 2007, respecto a la organización de cursos de formación continuada, 2 comités (33.3%) organizaron 1 curso, 1 comité (16.7%) organizó 2 cursos y 3 de los comités (50%) no llegó a realizar ningún curso.

Cursos formación	Nº comités	Porcentaje
0	3	50%
1	2	33.3%
2	1	16.7%

Tabla 10. Cursos formación continuada

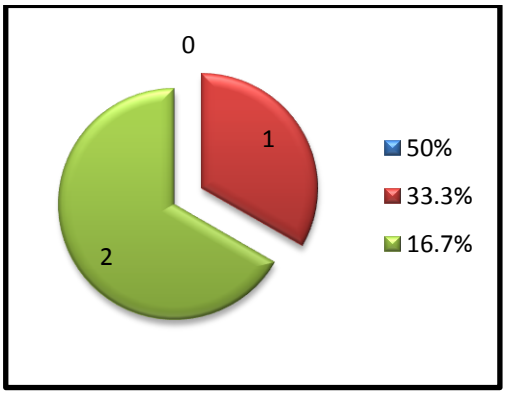


Gráfico 9. Cursos formación continuada.

En cuanto a los seminarios, 2 comités (33.3%) realizaron 5 seminarios, y 4 comités (66.7%) no llegaron a realizar ningún seminario.

Seminarios	Nº comités	Porcentajes
0	4	66.7%
5	2	33.3%

Tabla 11. Seminarios

Fueron 3 comités los que presentaron comunicaciones, de los cuales 2 comités (33.3%) presentaron 1 comunicación, y 1 comité

(16.7%) presentó 5 comunicaciones, los otros 3 comités (50%) no presentaron ninguna comunicación.

Comunicaciones	Nº Comités	Porcentajes
0	3	50%
1	2	33.3%
5	1	16.7%

Tabla 12. Comunicaciones

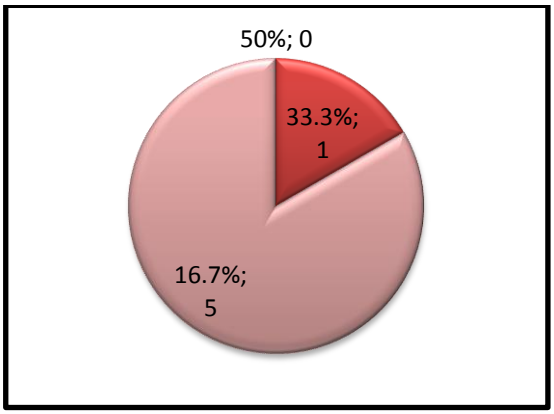


Gráfico 10. Comunicaciones

Dentro de la formación continuada de los comités, 2 comités (33.3%) realizaron estudio de casos, y 4 comités (66.7%) no realizaron ningún estudio de casos.

Estudio de casos	Nº comités	Porcentajes
0	4	66.7%
1	2	33.3%

Tabla 13. Estudio casos

RESULTADOS EN EL AÑO 2008.

A lo largo del año 2008, respecto al número de reuniones realizadas por año, 2 comités (33,3%) celebraron 3 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 5 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 6 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 9 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 10 reuniones.

Nº Reuniones	Nº Comités	Porcentaje
3	2	33,3%
5	1	16,7%
6	1	16,7%
9	1	16,7%
10	1	16,7%

Tabla 14. Nº reuniones 2008

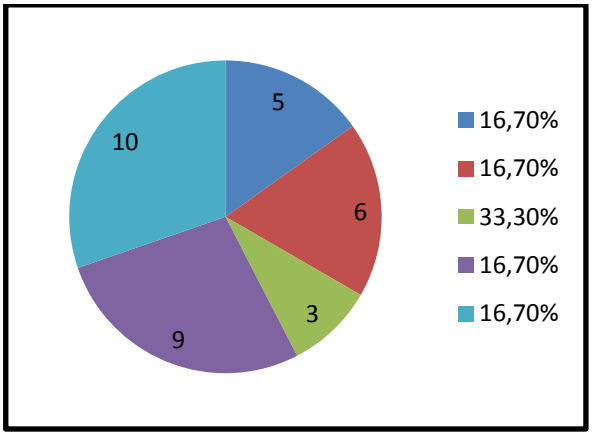


Gráfico 11. Nº reuniones 2008

Respecto al nº de representantes de los usuarios en 2008, 4 comités (66,7%) tienen 1 representante de los usuarios, 1 comité (16,7%) tiene 3 representantes de los usuarios y 1 de los comités (16,7%) no tienen ningún representante de los usuarios.

Representante usuarios	Nº comités	Porcentajes
0	1	16,7%
1	4	66,7%
3	1	16,7%

Tabla 15. Representante usuarios

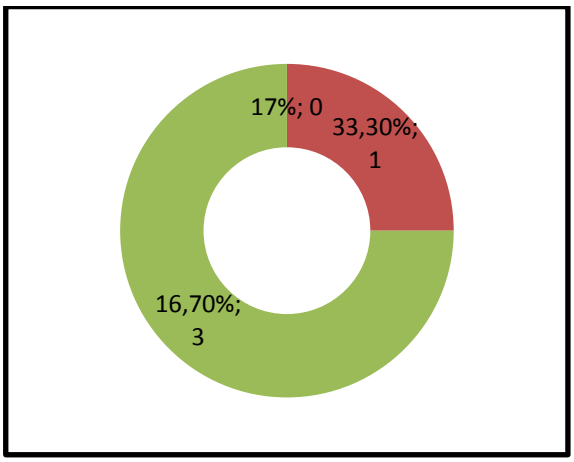


Gráfico 12. Representante usuarios

En cuanto a la participación de abogados a lo largo del año, los 6 comités (100%) tienen un abogado entre sus miembros.

De los miembros con formación Máster dentro de los comités hay 1 comité (16,7%) con 9 miembros con formación Máster, 1 comité (16,7%) con 5 miembros con formación Máster, 1 comité (16,7%) con 1 miembro con formación Máster, 2 comités (33,3%) con 4miembro con formación Máster y 1 comité (16,7%) que no cuenta con miembros que tengan formación Máster.

Nº Máster	Nº comités	Porcentaje
0	1	16,7%
1	1	16,7%
4	2	33,3%
5	1	16,7%
9	1	16,7%

Tabla 16. Máster

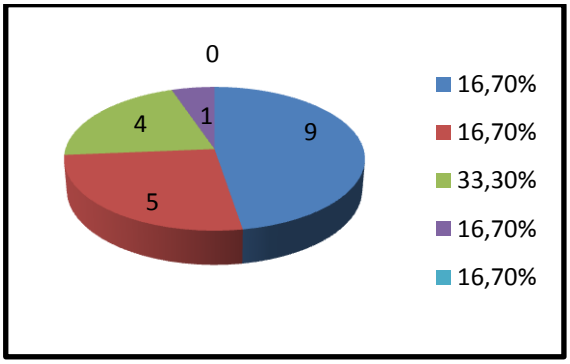


Gráfico 13. Máster

El nº de consultas realizadas, encontramos que 1 comité (16,7%) recibió 3 consultas, 1 comité (16,7%) recibió 5 consultas, 1 comité (16,7%) recibió 9 consultas, 2 comités (33,3%) recibieron 1 consulta y 1 comité (16,7%) no recibió ninguna consulta.

Nº consultas	Nº comités	Porcentaje
0	1	16,7%
1	2	33,3%
3	1	16,7%
5	1	16,7%
9	1	16,7%

Tabla 17. Nº consultas

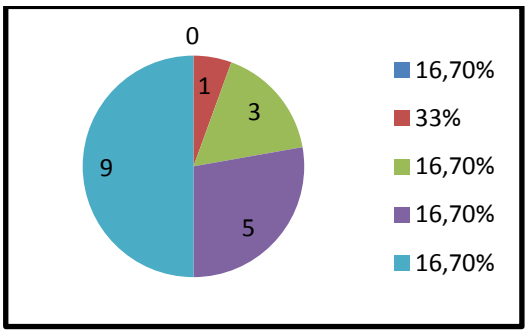


Gráfico 14. Nº consultas recibidas

En cuanto al tema de las consultas realizadas a los comités ha sido sobre temas de hospitalización, temas relacionados con la Dirección y el Servicio de Atención al Paciente (SAP) y sobre temas relacionados con los principios Bioéticos. De los cuales 4 consultas (21%) son sobre temas de hospitalización, 15 consultas (79%) son sobre temas

relacionados con los principios Bioéticos y no ha habido consultas sobre temas de Dirección/SAP.

Consultas sobre temas hospitalización	Nº comités	Porcentajes
0	3	50%
1	2	33.3%
2	1	16.7%

Tabla 18. Consultas sobre temas hospitalización

Consultas sobre principios Bioéticos	Nº comités	Porcentajes
0	1	16.7%
1	2	33.3%
2	1	16.7%
3	1	16.7%
8	1	16.7%

Tabla 19. Consultas sobre principios Bioéticos

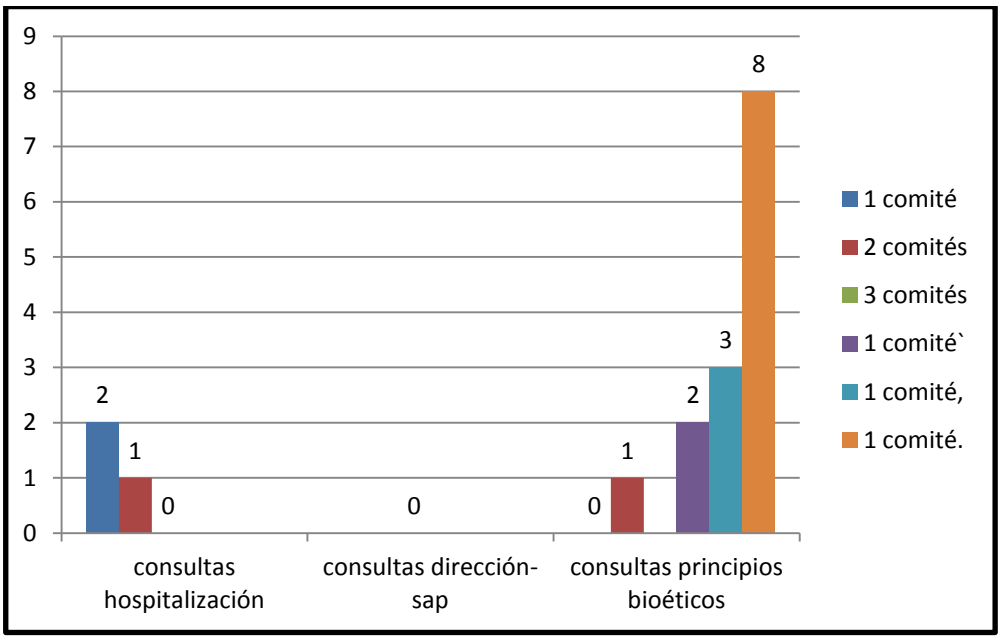


Gráfico 15. Tema de consulta

El origen de las consultas realizadas a los comités ha sido procedente de hospitalización en 6 casos (60%), de los cuales 3 comités recibieron 1 consulta (16.7%), 1 comité recibió 3 consultas (50%) , siendo 2 los comités que no reciben ninguna consulta (33.3%) y de la Dirección y el Servicio de Atención al Paciente en 4 casos (40%), de los cuales 1 comité recibió 1 consulta (16.7%), 1 comité recibió 3 consultas (16.7%), siendo 4 comités los que no han recibido ninguna consulta (66.7%).

Consultas originadas hospitalización	Nº comités	Porcentaje
0	2	33.3%
1	3	50%
3	1	16.7%

Tabla 20. Consulta originada en hospitalización

Consulta origen Dirección- Sap	Nº comités	Porcentajes
0	4	66.7%
1	1	16.7%
3	1	16.7%

Tabla 21. Consulta originada en Dirección-Sap

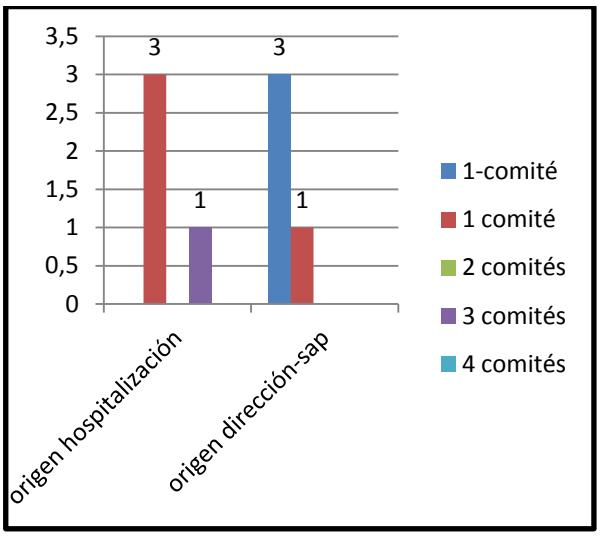


Gráfico 16. Origen de las consultas

La vía de acceso a la consulta se realiza a través de la hoja de interconsulta en 9 casos (90%), de los cuales 3 comités lo utilizaron en una ocasión (50%), 1 comité lo utilizó en 2 casos (16.7%), 1 comité lo utilizó en 4 casos (16.7%), y hubo 1 comité que utilizó otra vía de acceso para consultar al comité (16.7%).

Vía acceso Comité: Hoja Interconsulta	Nº Comités	Porcentaje
0	2	33.3%
1	1	16.7%
3	1	16.7%
5	1	16.7%
8	1	16.7%

Tabla 22. Vía acceso al Comité: Hoja Interconsulta

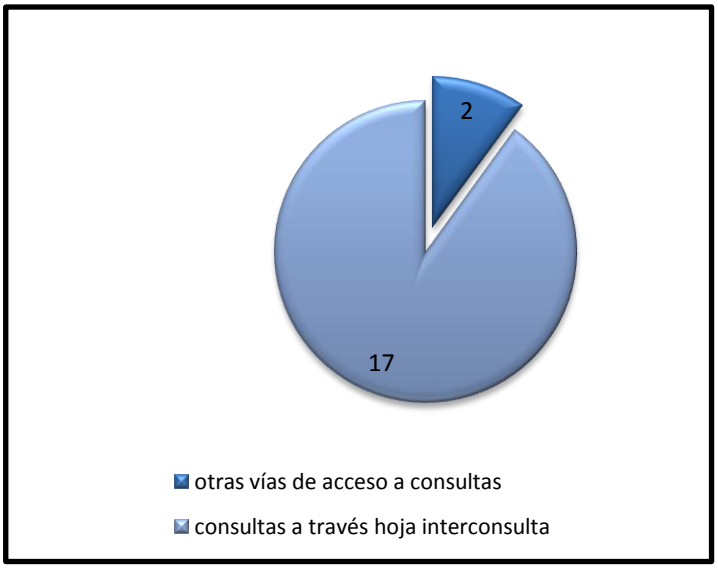


Gráfico 17. Vía acceso al Comité

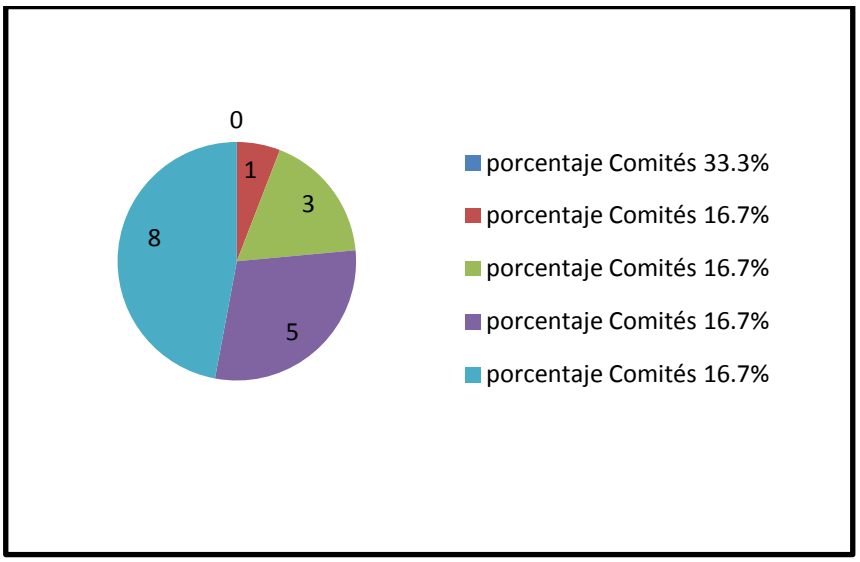


Gráfico 18. Número de veces que cada Comité utiliza la hoja de interconsulta.

En el año 2008, respecto a la organización de cursos de formación continuada, 2 comités (33.3%) organizaron 1 curso, 2 comités (33.3%) realizaron 2 cursos, 1 comité (16.7%) organizó 3 cursos y 1comité (16.7%) no llegó a realizar ningún curso.

Cursos formación	Nº comités	Porcentaje
0	1	16.7%
1	2	33.3%
2	2	33.3%
3	1	16.7%

Tabla 23. Cursos formación continuada

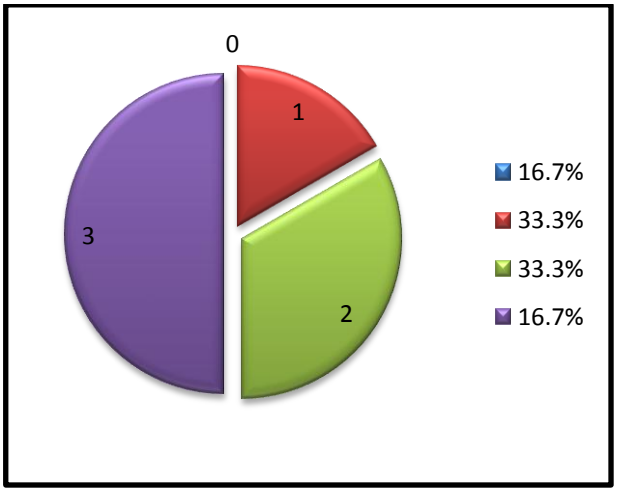


Gráfico 19. Cursos formación continuada

En cuanto a los seminarios, 1 comités (16.7%) realizó1 seminario, y 5 comités (83.3%) no llegaron a realizar ningún seminario.

Seminarios	Nº comités	Porcentajes
0	5	83.3%
1	1	16.7%

Tabla 24. Seminarios

Fueron 3 comités los que presentaron comunicaciones, de los cuales 2 comités (33.3%) presentaron 1 comunicación, y 1 comité (16.7%) presentó 3 comunicaciones, 1 comité (16.7%) presentó 4 comunicaciones, 1 comité (16.7%) presentó 16 comunicaciones y 1 comité (16.7%) no presentaron ninguna comunicación.

Comunicaciones	Nº Comités	Porcentaje
0	1	16.7%
1	2	33.3%
3	1	16.7%
4	1	16.7%
16	1	16.7%

Tabla 25. Comunicaciones

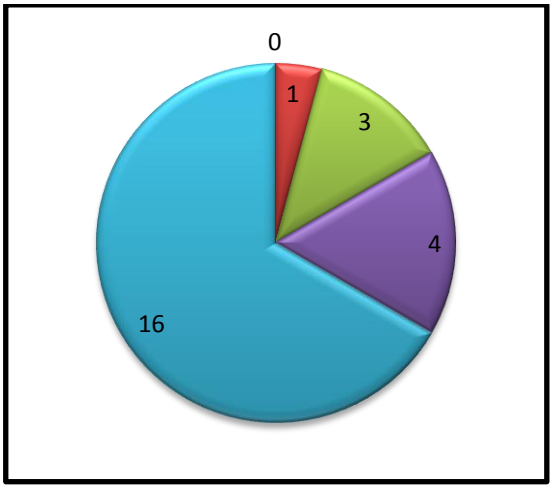


Gráfico 20. Comunicaciones

Dentro de la formación continuada de los comités, 1 comité (16.7%) realizó estudio de casos, y 5 comités (83.3%) no realizaron ningún estudio de casos.

Estudio de casos	Nº comités	Porcentajes
0	5	83.3%
3	1	16.7%

Tabla 26. Estudio casos

RESULTADOS EN EL AÑO 2009.

A lo largo del año 2009, se incorporó un Comité más a los existentes, de forma que hay 7 Comités en total.

Respecto al número de reuniones realizadas por año, 2 comités (33,3%) celebraron 3 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 5 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 6 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 9 reuniones, 1 comité (16,7%) celebró 10 reuniones.

Nº Reuniones	Nº Comités	Porcentaje
3	3	42,9%
2	1	14,3%
5	1	14,3%
6	1	14,3%
8	1	14,3%

Tabla 27. Nº reuniones 2009

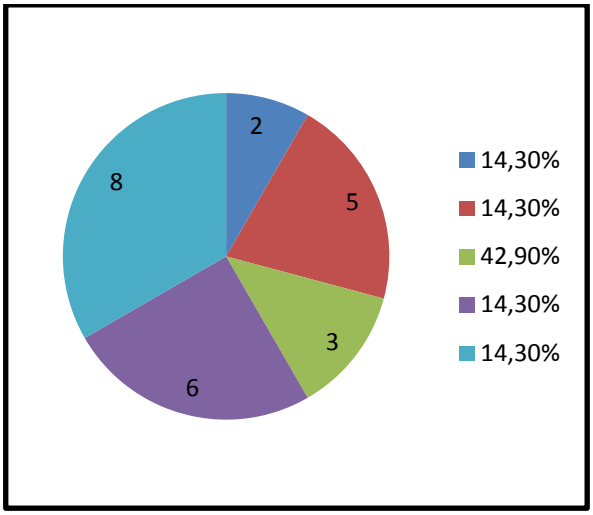


Gráfico 21. Nº reuniones 2009

Respecto al nº de representantes de los usuarios en 2009, 4 comités (57,1%) tienen 1 representante de los usuarios, 1 comité (14,3%) tiene 3 representantes de los usuarios y 2 de los comités (28,6%) no tienen ningún representante de los usuarios.

Representante usuarios	Nº comités	Porcentajes
0	2	28,6%
1	4	57,1%
3	1	14,3%

Tabla 28. Representante usuarios

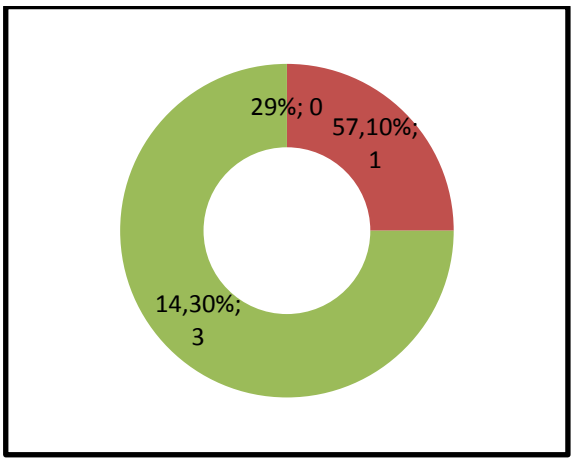


Gráfico 22. Representante usuarios

En cuanto a la participación de abogados a lo largo del año, los 7 comités (100%) tienen un abogado entre sus miembros.

De los miembros con formación Máster dentro de los comités hay 1 comité (14,3%) con 9 miembros con formación Máster, 1 comité (14,3%) con 2 miembros con formación Máster, 1 comité (14,3%) con 1 miembro con formación Máster, 3 comités (42,9%) con 4 miembros con formación Máster y 1 comité (14,3%) que no cuenta con miembros que tengan formación Máster.

Nº Máster	Nº comités	Porcentaje
0	1	14,3%
1	1	14,3%
2	1	42,9%
4	3	14,3%
9	1	14,3%

Tabla 29. Máster

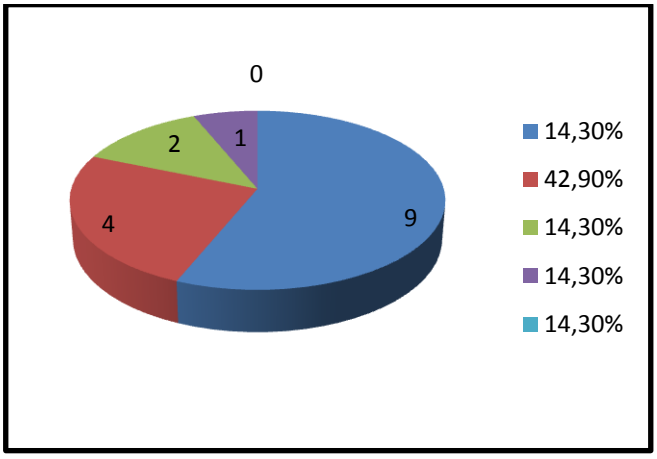


Gráfico 23. Máster

El nº de consultas realizadas, encontramos que 1 comité (14,3%) recibió 4 consultas, 2 comités (28,6%) recibieron 2 consultas, 4 comités (57,1%) no recibieron ninguna consulta.

Nº consultas	Nº comités	Porcentaje
0	4	57,1%
2	2	28,6%
4	1	14,3%

Tabla 30. Nº consultas

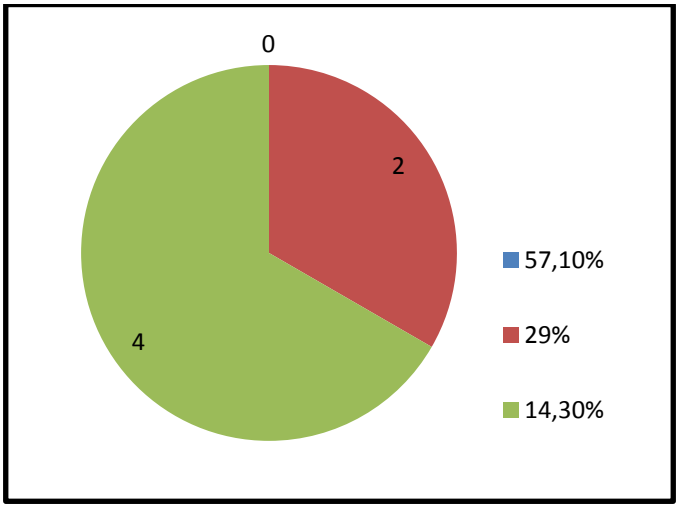


Gráfico 24. Nº consultas recibidas

En cuanto al tema de las consultas realizadas a los comités ha sido sobre temas de hospitalización, temas relacionados con la Dirección y el Servicio de Atención al Paciente (SAP) y sobre temas relacionados con los principios Bioéticos. De los cuales 5 consultas (62.5%) son sobre temas de hospitalización, 3 consultas (37.5%), son sobre temas

relacionados con los principios Bioéticos y no han habido consultas sobre temas de Dirección/SAP.

Consultas sobre temas hospitalización	Nº comités	Porcentajes
0	4	57.1%
1	1	14.3%
2	2	28.6%

Tabla 31. Consultas sobre temas hospitalización

Consultas sobre principios Bioéticos	Nº comités	Porcentajes
0	5	71.4%
1	1	14.3%
2	1	14.3%

Tabla 32. Consultas sobre principios Bioéticos

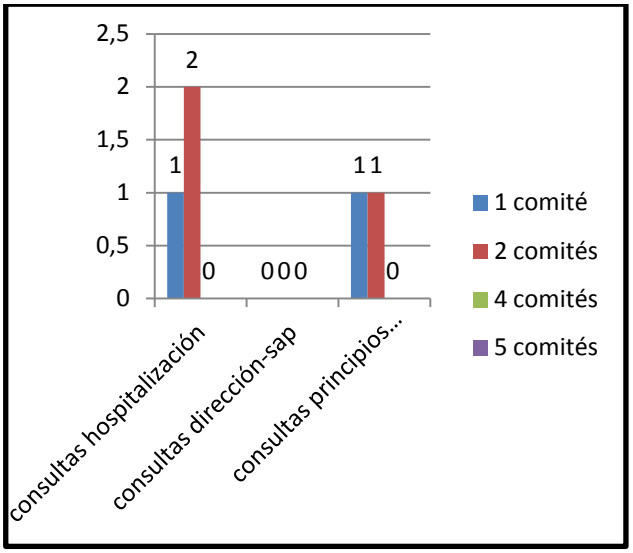


Gráfico 25. Tema de consulta

El origen de las consultas realizadas a los comités ha sido procedente de hospitalización en 5 casos (62.5%), de los cuales 2comités recibieron 1 consulta (28.6%), 1 comité recibió 3 consultas (14.3%) , siendo 4 los comités que no reciben ninguna consulta (57.1%) y de la Dirección y el Servicio de Atención al Paciente en 3 casos (37.5%), de los cuales 3 comités recibieron 1 consulta (42.9%), siendo 4 comités los que no han recibido ninguna consulta (57.1%).

Consultas originadas hospitalización	Nº comités	Porcentaje
0	4	57.1%
1	2	28.6%
3	1	14.3%

Tabla 33. Consulta originada en hospitalización

Consulta origen Dirección- Sap	Nº comités	Porcentajes
0	4	57.1%
1	3	42.9%

Tabla 34. Consulta originada en Dirección-Sap

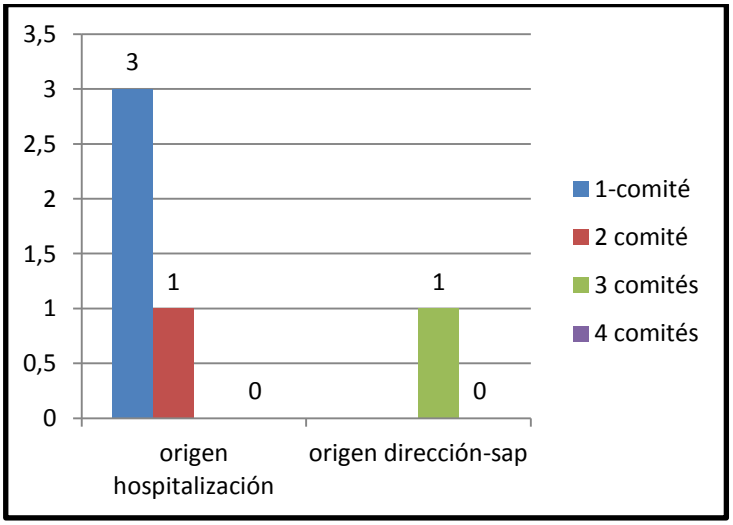


Gráfico 26. Origen de las consultas

La vía de acceso a la consulta se realiza a través de la hoja de interconsulta en 7 casos (87.5%), de los cuales 3 comités lo utilizaron en una ocasión (12.5%), 1 comité lo utilizó en 3 casos (14.3%), 2 comités lo utilizaron en 2 casos (28.6%), hubo 1 comité que recibió la consulta por otra vía de acceso y hubo 4 comités que no recibieron consultas.

Vía acceso Comité: Hoja Interconsulta	Nº Comités	Porcentaje
0	4	57.1%
2	2	28.6%
3	1	14.3%

Tabla 35. Vía acceso al Comité: Hoja Interconsulta

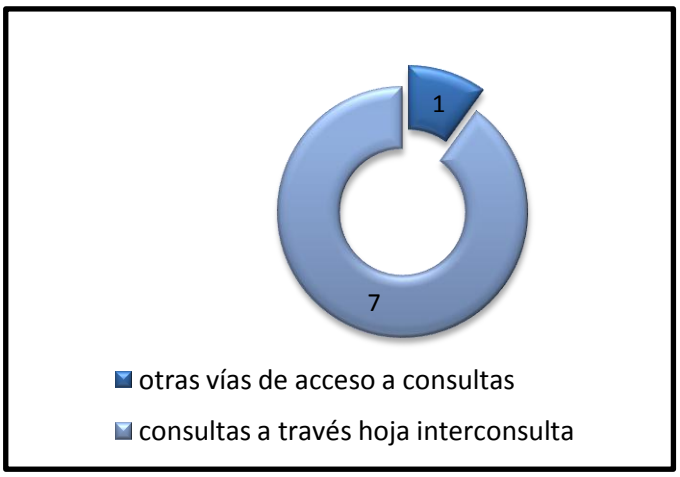


Gráfico 27. Vía acceso al Comité

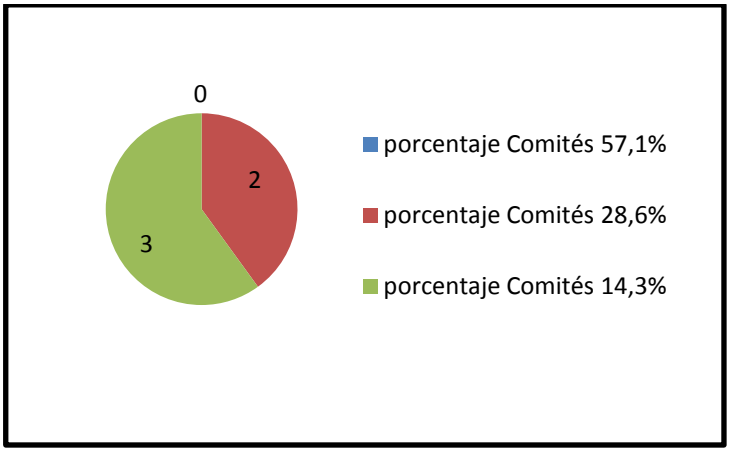


Gráfico 28. Número de veces que cada Comité utiliza la hoja de interconsulta.

En el año 2009, respecto a la organización de cursos de formación continuada, 1 comité (14.3%) organizaron 1 curso, 1 comité (14.3%) realizaron 2 cursos, 1 comité (14.3%) organizó 11 cursos y 4 comités (57.1%) no llegó a realizar ningún curso.

Cursos formación	Nº comités	Porcentaje
0	4	57.1%
1	1	14.3%
2	1	14.3%
11	1	14.3%

Tabla 36. Cursos formación continuada

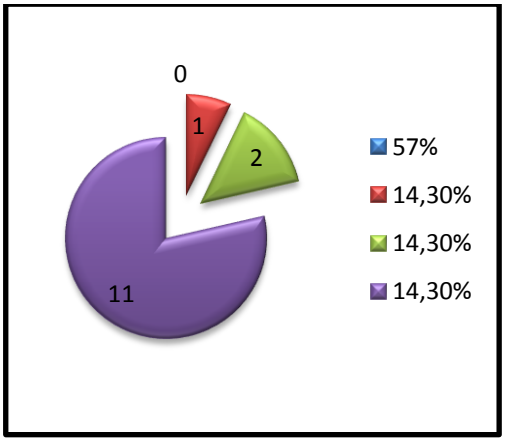


Gráfico 29. Cursos formación continuada

En cuanto a los seminarios, 1 comités (14.3%) realizó1 seminario, y 6 comités (85.7%) no llegaron a realizar ningún seminario.

Seminarios	Nº comités	Porcentajes
0	6	85.7%
1	1	14.3%

Tabla 37. Seminarios

Fueron 5 comités los que presentaron comunicaciones, de los cuales 2 comités (28.6%) presentaron 1 comunicación, y 1 comité (14.3%) presentó 3 comunicaciones, 1 comité (14.3%) presentó 4 comunicaciones, 1 comité (14.3%) presentó 8 comunicaciones y 2 comités (28.6 %) no presentaron ninguna comunicación.

Comunicaciones	Nº Comités	Porcentaje
0	2	28.6%
1	2	28.6%
3	1	14.3%
4	1	14.3%
8	1	14.3%

Tabla 38. Comunicaciones

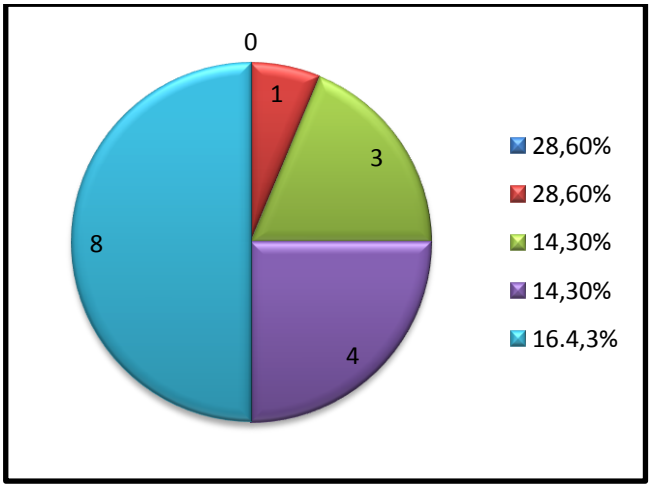


Gráfico 30. Comunicaciones

Dentro de la formación continuada de los comités, 1 comité (14.3%) realizó 2 estudios de casos, y 6 comités (85.7%) no realizaron ningún estudio de casos.

Estudio de casos	Nº comités	Porcentajes
0	6	85.7%
2	1	14.3%

Tabla 39. Estudio casos

RESULTADOS DEL AÑO 2010.

Durante este año se incorporaron dos Comités más a los existentes, de forma que hay 9 Comités en total, que son los que corresponden con las nueve Áreas de Salud de la Región de Murcia.

Respecto al número de reuniones realizadas por año, 3 comités (33,3%) celebraron 3 reuniones, 4 comités (44.4%) celebró 4 reuniones, 1 comité (11.1%) celebró 6 reuniones, 1 comité (11.1%) celebró 10 reuniones.

Nº Reuniones	Nº Comités	Porcentaje
3	3	33.3%
4	4	44.4%
6	1	11.1%
10	1	11.1%

Tabla 40. Nº reuniones 2010

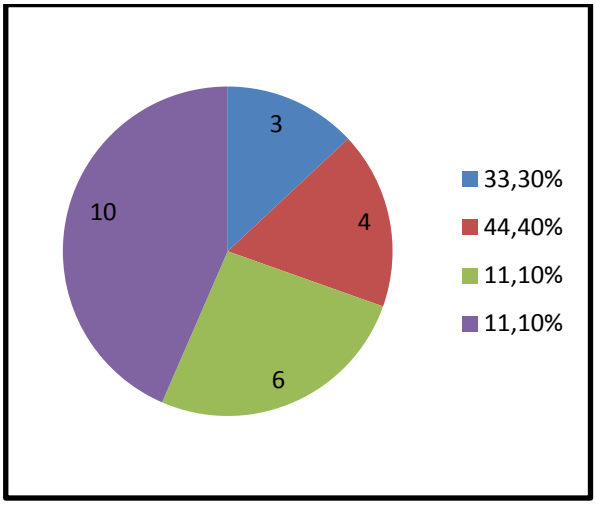


Gráfico 31. Nº reuniones 2010

Respecto al nº de representantes de los usuarios en 2010, 4 comités (44.4%) tienen 1 representante de los usuarios, 1 comité (11.1%) tiene 3 representantes de los usuarios y 4 de los comités (44.4%) no tienen ningún representante de los usuarios.

Representante usuarios	Nº comités	Porcentajes
0	4	44.4%
1	4	44.4%
3	1	11.1%

Tabla 41. Representante usuarios

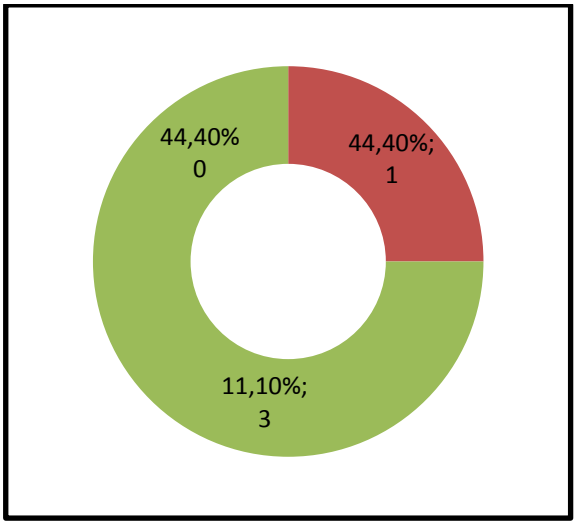


Gráfico 32. Representante usuarios

En cuanto a la participación de abogados a lo largo del año, los 9 comités (100%) tienen un abogado entre sus miembros.

De los miembros con formación Máster dentro de los comités hay 1 comité (11.1%) con 1 miembro con formación Máster, 1 comité (11.1%) con 2 miembros con formación Máster, 2 comités (22.2%) con 4 miembros con formación Máster, 1 comité (11.1%) con 6 miembros con formación Máster, 1 comité (11.1%) con 9 miembros con formación Máster y 3 comités (33,3%) que no cuenta con miembros que tengan formación Máster.

Nº Máster	Nº comités	Porcentaje
0	3	33,3%
1	1	11.1%
2	1	11.1%
4	2	22.2%
6	1	11.1%
9	1	11.1%

Tabla 42. Máster

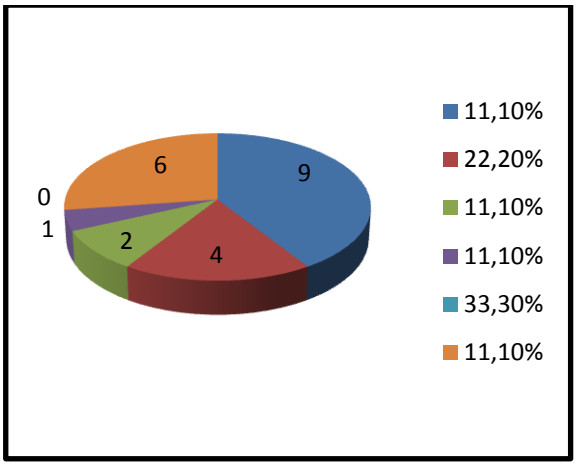


Gráfico 33. Máster

El nº de consultas realizadas, encontramos que 1 comité (11.1%) recibió 1 consultas, 3 comités (33.3%) recibieron 2 consultas, 1 comité (11.1%) recibió 5 consultas y 4 comités (44.4%) no recibieron ninguna consulta.

Nº consultas	Nº comités	Porcentaje
0	4	44.4%
1	1	11.1%
2	3	33.3%
5	1	11.1%

Tabla 43. Nº consultas

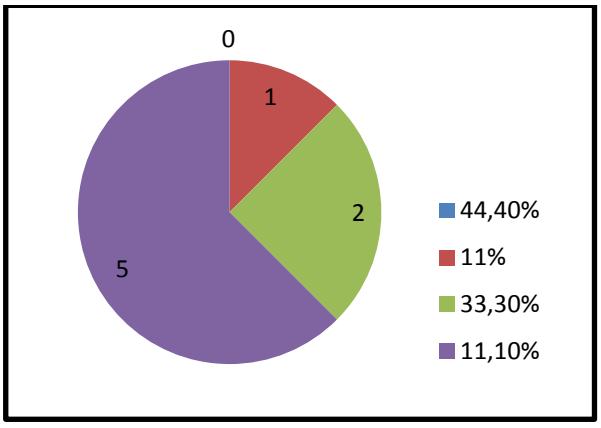


Gráfico 34. Nº consultas recibidas

En cuanto al tema de las consultas realizadas a los comités ha sido sobre temas de hospitalización, temas relacionados con la Dirección y el Servicio de Atención al Paciente (SAP) y sobre temas relacionados con

los principios bioéticos. De los cuales 8 consultas (66.6%) son sobre temas de hospitalización, 3 consultas (25%) son sobre temas relacionados con los principios Bioéticos, 1 consulta (8.3%) son sobre temas de Dirección/SAP.

Consultas sobre temas hospitalización	Nº comités	Porcentajes
0	5	55.6%
1	2	22.2%
2	1	11.1%
4	1	11.1%

Tabla 44. Consultas sobre temas hospitalización

Consultas sobre principios Bioéticos	Nº comités	Porcentajes
0	7	77.8%
1	1	11.1%
2	1	11.1%

Tabla 45. Consultas sobre principios Bioéticos

Consultas sobre temas de Dirección/SAP	Nº comités	Porcentajes
0	8	88.9%
1	1	11.1%

Tabla 46. Consultas sobre temas de Dirección/SAP

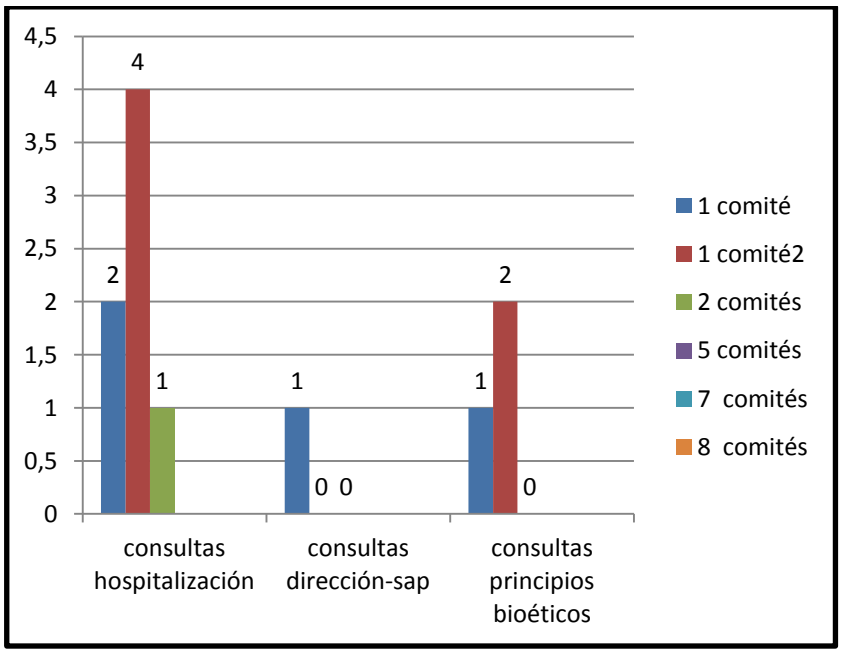


Gráfico 35. Tema de consulta

El origen de las consultas realizadas a los comités ha sido procedente de hospitalización en 7 casos (58.3%), de los cuales 2 comités recibieron 1 consulta (22.2%), 1 comité recibió 5 consultas

(11.1%) , siendo 6 los comités que no reciben ninguna consulta (66.7%), procedente de hospitalización; y de la Dirección y el Servicio de Atención al Paciente en 5 casos (41.6%), de los cuales 1 comité recibió 1 consulta (11.1%), 2 comités (22.2%) recibieron 2 consultas, siendo 6 comités los que no han recibido ninguna consulta (57.1%), procedente de Dirección/SAP.

Consultas originadas hospitalización	Nº comités	Porcentaje
0	6	66.7%
1	2	22.2%
5	1	11.1%

Tabla 47. Consulta originada en hospitalización

Consulta origen Dirección/SAP	Nº comités	Porcentajes
0	4	66.7%
1	3	11.1%
2	2	22.2%

Tabla 48. Consulta originada en Dirección/SAP

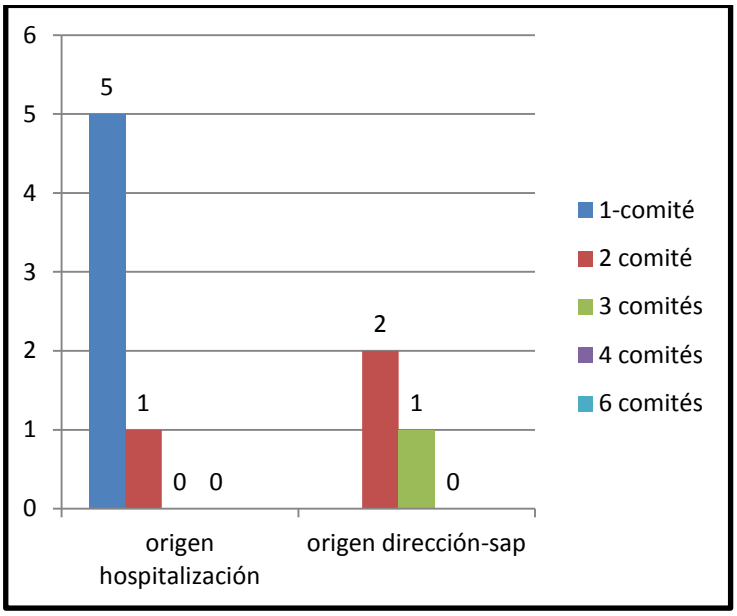


Gráfico 36. Origen de las consultas

La vía de acceso a la consulta se realiza a través de la hoja de interconsulta en 12 casos (100%) de los comités, de los cuales 1 comité lo utilizó en una ocasión (11.1%), 3 comités lo utilizaron en 2 casos (33.3%), 1 comité lo utilizó en 5 casos (11.1%), y hubo 4 comités que no realizaron consultas al comité (44.4%).

Vía acceso Comité: Hoja Interconsulta	Nº Comités	Porcentaje
0	4	44.4%
1	1	11.1%
2	3	33.3%
5	1	11.1%

Tabla 49. Vía acceso al Comité: Hoja Interconsulta

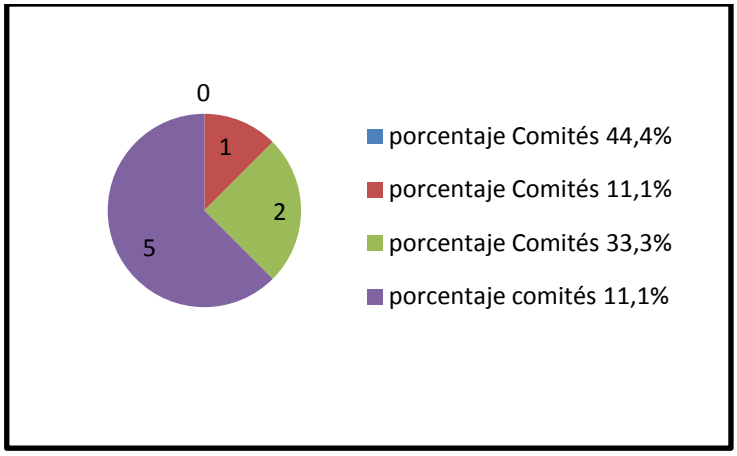


Gráfico 37. Número de veces que cada Comité utiliza la hoja de interconsulta.

En el año 2010, respecto a la organización de cursos de formación continuada, 4 comités (44.4%) organizaron 1 curso, 1 comité (11.1%) realizó 2 cursos, 1 comité (11.1%) organizó 11 cursos y 3 comités (33.3%) no llegaron a realizar ningún curso.

Cursos formación	Nº comités	Porcentaje
0	3	33.3%
1	4	44.4%
2	1	11.1%
11	1	11.1%

Tabla 50. Cursos formación continuada

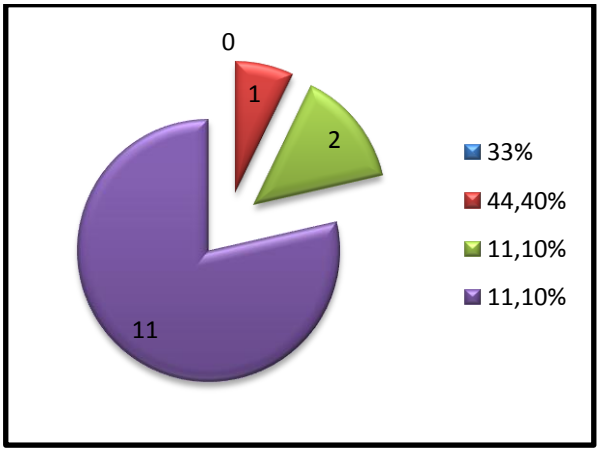


Gráfico 38. Cursos formación continuada

En cuanto a los seminarios, 1 comité (11.1%) realizó 1 seminario, 1 comité (11.1%) realizó 8 seminarios y 7 comités (77.8%) no llegaron a realizar ningún seminario.

Seminarios	Nº comités	Porcentajes
0	7	77.8%
1	1	11.1%
8	1	11.1%

Tabla 51. Seminarios

Fueron 5 comités los que presentaron comunicaciones, de los cuales 1 comité (11.1%) presentó 2 comunicaciones, y 1 comité (11.1%) presentó 3 comunicaciones, 1 comité (11.1%) presentó 5 comunicaciones, 1 comité (11.1%) presentó 6 comunicaciones, 1 comité (11.1%) presentó 7 comunicaciones y 4 comités (44.4 %) no presentaron ninguna comunicación.

Comunicaciones	Nº Comités	Porcentaje
0	4	44.4%
2	1	11.1%
3	1	11.1%
5	1	11.1%
6	1	11.1%
7	1	11.1%

Tabla 52. Comunicaciones

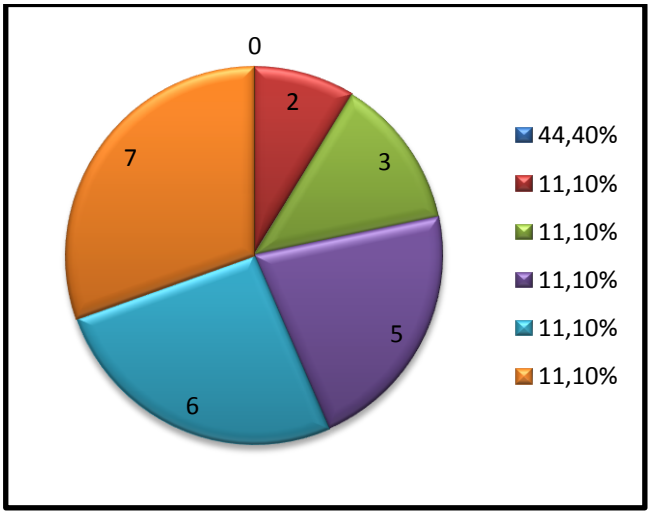


Gráfico 39. Comunicaciones

Dentro de la formación continuada de los comités, 1 comité (11.1%) realizó 2 estudios de casos, y 8 comités (88.9%) no realizaron ningún estudio de casos.

Estudio de casos	Nº comités	Porcentajes
0	8	88.9%
2	1	11.1%

Tabla 53. Estudio casos

RESULTADOS DEL AÑO 2011.

Durante este año hay que tener en cuenta que este estudio se realiza desde el 1 de Enero hasta el 30 de junio de este mismo año, que es el equivalente a 6 meses.

A lo largo del año 2011, respecto al número de reuniones realizadas por año, 4 comités (44.4%) celebraron 2 reuniones, 3 comités (33.3%) celebró 4 reuniones, 1 comité (11.1%) celebró 6 reuniones, 1 comité (11.1%) celebró 3 reuniones.

Nº Reuniones	Nº Comités	Porcentaje
2	4	44.4%
3	1	11.1%
4	3	33.3%
6	1	11.1%

Tabla 54. Nº reuniones 2011

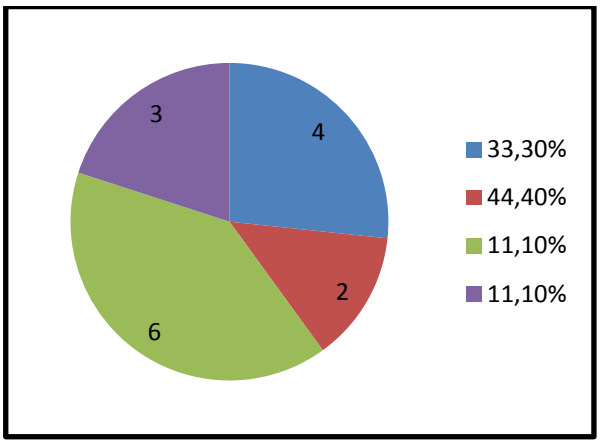


Gráfico 40. Nº reuniones 2011

Respecto al nº de representantes de los usuarios en 2011, 4 comités (44.4%) tienen 1 representante de los usuarios, 1 comité (11.1%) tiene 3 representantes de los usuarios y 4 de los comités (44.4%) no tienen ningún representante de los usuarios.

Representante usuarios	Nº comités	Porcentajes
0	4	44.4%
1	4	44.4%
3	1	11.1%

Tabla 55. Representante usuarios

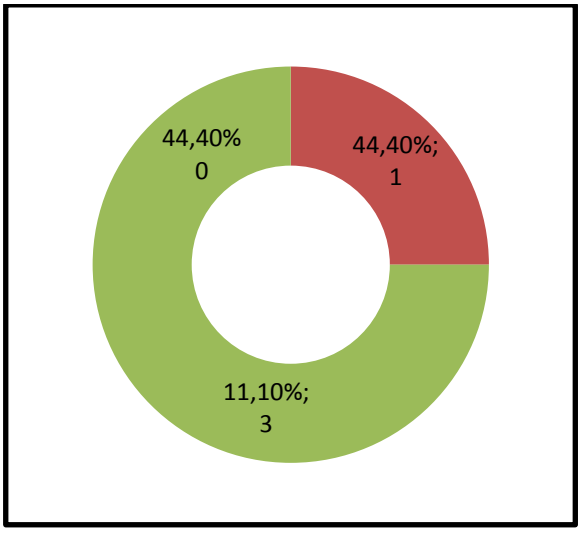


Gráfico 41. Representante usuarios

En cuanto a la participación de abogados a lo largo del año, los 9 comités (100%) tienen un abogado entre sus miembros.

De los miembros con formación Máster dentro de los comités hay 1 comité (11.1%) con 1 miembro con formación Máster, 1 comité (11.1%) con 2 miembros con formación Máster, 2 comités (22.2%) con 4 miembros con formación Máster, 1 comité (11.1%) con 5 miembros con formación Máster, 1 comité (11.1%) con 9 miembros con formación Máster y 3 comités (33,3%) que no cuenta con miembros que tengan formación Máster.

Nº Máster	Nº comités	Porcentaje
0	3	33,3%
1	1	11.1%
2	1	11.1%
4	2	22.2%
5	1	11.1%
9	1	11.1%

Tabla 56. Máster

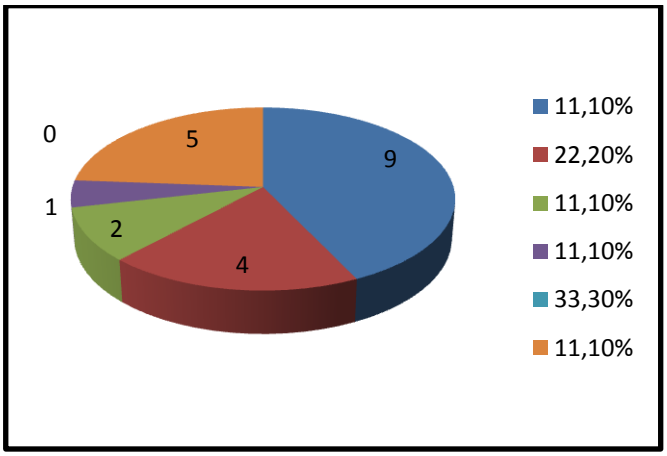


Gráfico 42. Máster

El nº de consultas realizadas, encontramos que 2 comités (22.2%) recibieron 1 consultas, 1 comités (11.1%) recibió 4 consultas, 1 comité (11.1%) recibió 7 consultas y 5 comités (55.6%) no recibieron ninguna consulta.

Nº consultas	Nº comités	Porcentaje
0	5	55.6%
1	2	22.2%
4	1	11.1%
7	1	11.1%

Tabla 57. Nº consultas

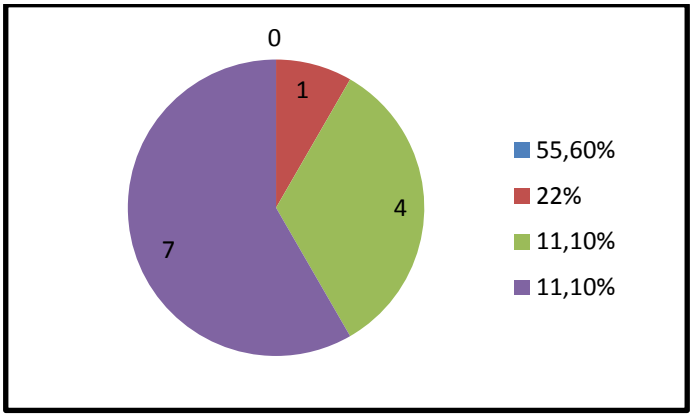


Gráfico 43. Nº consultas recibidas

En cuanto al tema de las consultas realizadas a los comités ha sido sobre temas de hospitalización, y sobre temas relacionados con los principios Bioéticos. De los cuales 11 consultas (84.6%) son sobre temas de hospitalización, 2 consultas (15.4%) son sobre temas relacionados con los principios Bioéticos.

Consultas sobre temas hospitalización	Nº comités	Porcentajes
0	5	55.6%
1	2	22.2%
4	1	11.1%
5	1	11.1%

Tabla 58. Consultas sobre temas hospitalización

Consultas sobre principios Bioéticos	Nº comités	Porcentajes
0	8	88.9%
2	1	11.1%

Tabla 59. Consultas sobre principios Bioéticos

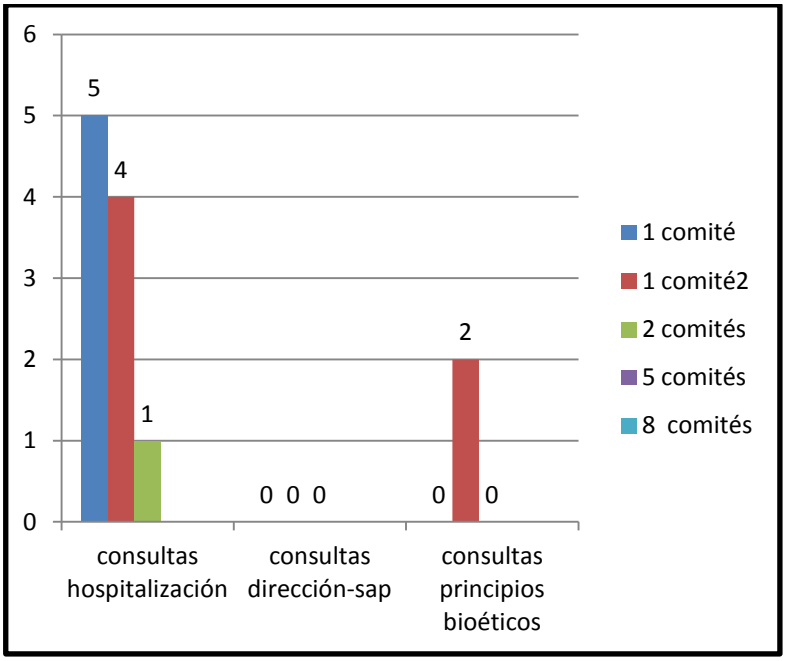


Gráfico 44. Tema de consulta

El origen de las consultas realizadas a los comités ha sido procedente de hospitalización en 5 casos (38.4%), de los cuales 2 comités recibieron 1 consulta (22.2%), 1 comité recibió 5 consultas (11.1%) , siendo 8 los comités que no reciben ninguna consulta (88.9%), procedente de hospitalización; y de la Dirección y el Servicio de Atención al Paciente en 8 casos (61.5%), de los cuales 2 comités recibieron 1 consulta (11.1%), 1 comité (22.2%) recibió 2 consultas, 1 comité (11.1%) recibió 4 consultas, siendo 5 comités los que no han recibido ninguna consulta (55.6%), procedente de Dirección/SAP.

Consultas originadas hospitalización	Nº comités	Porcentaje
0	8	88.9%
5	1	11.1%

Tabla 60. Consulta originada en hospitalización

Consulta origen Dirección/SAP	Nº comités	Porcentaje
0	5	55.6%
1	2	22.2%
2	1	11.1%
4	1	11.1%

Tabla 61. Consulta originada en Dirección/SAP

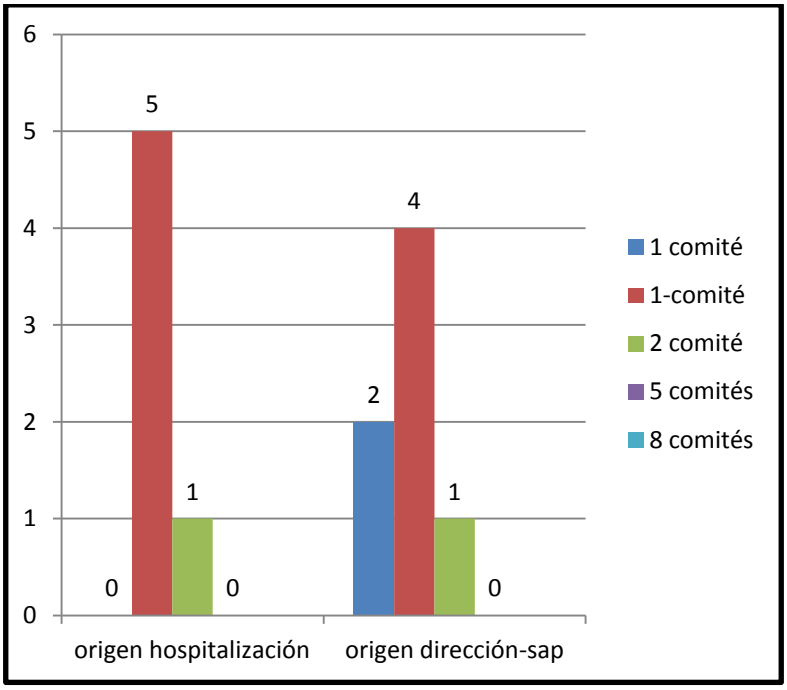


Gráfico 45. Origen de las consultas

La vía de acceso a la consulta se realiza a través de la hoja de interconsulta en 13 casos (100%) de los comités, de los cuales 1 comité lo utilizó en 4 casos (11.1%), 2 comités lo utilizaron en 1 caso (22.2%), 1 comité lo utilizó en 7 casos (11.1%), y hubo 5 comités que no realizaron consultas al comité (55.6%).

Vía acceso Comité: Hoja Interconsulta	Nº Comités	Porcentaje
0	5	55.6%
1	2	22.2%
4	1	11.1%
7	1	11.1%

Tabla 62. Vía acceso al Comité: Hoja Interconsulta

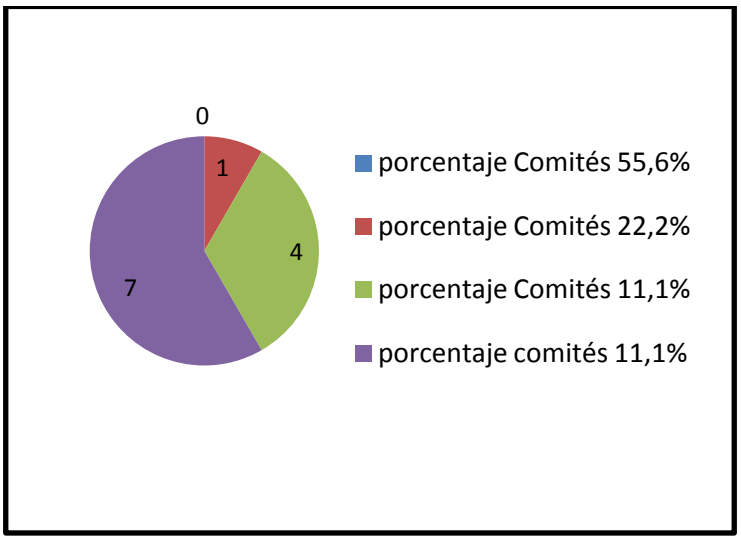


Gráfico 46. Número de veces que cada Comité utiliza la hoja de interconsulta.

En el año 2011, respecto a la organización de cursos de formación continuada, 2 comités (22.2%) organizaron 1 curso y 7 comités (77.8%) no llegaron a realizar ningún curso.

Cursos formación	Nº comités	Porcentaje
0	7	77.8%
1	2	22.2%

Tabla 63. Cursos formación continuada

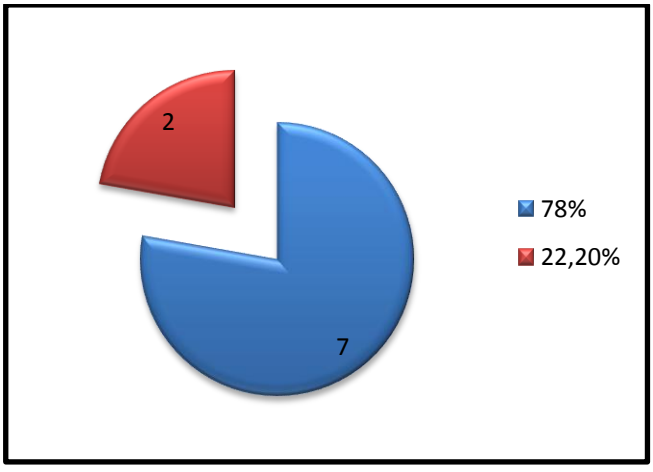


Gráfico 47. Cursos formación continuada

En cuanto a los seminarios 9 comités (100%) no llegaron a realizar ningún seminario.

No hubo ningún comité que presentara comunicaciones.

Dentro de la formación continuada de los comités, 1 comité (11.1%) realizó 1 estudio de casos, y 8 comités (88.9%) no realizaron ningún estudio de casos.

Estudio de casos	Nº comités	Porcentajes
0	8	88.9%
1	1	11.1%

Tabla 64. Estudio casos

De un total de 62 consultas, 33 de ellas (53,2%) son sobre temas de hospitalización, 27 consultas (43,5%) son sobre temas relacionados con los principios Bioéticos y 1 consulta (16,7%) sobre temas relacionados con SAP.

Las consultas que han sido originadas desde las Unidades de hospitalización son 35 (56.45%), siendo el resto 27 (43.5%) las consultas originadas desde la Dirección/SAP.

La vía de acceso a los comités ha sido en 58 consultas (93.5%) a través de la hoja de interconsulta y en 4 consultas (6.5%) por otra vía, bien sea carta, teléfono o verbalmente.

En cuanto a la formación continuada, se ha realizado 29 cursos, 20 seminarios, 74 comunicaciones y se han estudiado 10 casos.

En las distintas evoluciones, que se han analizado mediante el análisis de varianza de medidas repetidas, complementado con contrastes de igualdad de pares de medias, se obtienen los siguientes datos significativos, teniendo en cuenta que en todos los contrastes se ha considerado como significación estadística una $P^{265} < 0,05$.

[265] En estadística, un resultado se denomina estadísticamente significativo cuando no es probable que haya sido debido al azar. Una "diferencia estadísticamente significativa" solamente significa que hay evidencias estadísticas

En la variable nº de consultas recibidas por los comités encontramos una $p < 0.043$. En los años 2008 y 2010 hubo un aumento en el número de consultas recibidas en los comités.

En la variable comunicaciones realizadas por los comités encontramos una $P < 0.033$. En el año 2008 hubo un aumento de comunicaciones realizadas por los comités.

En la variable hoja de interconsulta como vía de acceso al comité encontramos una $P < 0.043$. En los años 2008 y 2010 hubo un aumento en el uso de la hoja de interconsulta como vía de acceso de las consultas a los comités.

Para el resto de variables utilizadas no hemos encontrado valores de $P < 0.05$, por lo que los datos no son significativos, las diferencias que podemos encontrar entre los diferentes comités y años en los que se realiza el estudio son aparentes.

de que hay una diferencia; no significa que la diferencia sea grande, importante, o significativa en el sentido estricto de la palabra.

DISCUSIÓN

Ante esta sociedad en rápida y constante evolución, se nos plantea a las personas, los profesionales y las instituciones sanitarias, conflictos éticos, para los cuales se necesita una entidad, algún lugar u organismo, que aconseje sobre la mejor forma de afrontar y resolver estas situaciones.

En este sentido, el impacto de cada nuevo desarrollo técnico determina la solución de un problema, pero se generan muchos otros. Los dilemas éticos aparecen al mismo ritmo que avanzan las tecnologías y los descubrimientos, por lo que los miembros del CEA deben estar en condiciones para poder afrontarlos.

La aparición de los Comités de Ética Asistencial, se produce no como un instrumento de control, para encontrar soluciones o imponer normas, sino como una herramienta en la toma de decisiones, creando un espacio de discusión donde decidir aquello que es mejor para las personas, para que su cuidado sea más humanizado y responsable.

Por consiguiente, las decisiones no pueden tomarse hoy como los médicos hipocráticos las tomaban, solos frente a sus enfermos, sus códigos, su conciencia; el profesional sanitario de hoy no es un ser autónomo está condicionado por los límites que la sociedad impone.

Teniendo en cuenta que, en la práctica clínica asistencial surgen situaciones que plantean dudas sobre la actitud o la respuesta más adecuada desde el punto de vista ético, la existencia de un CEA, ofrece la posibilidad de consultar o compartir esas dudas con profesionales que en base a su experiencia y a su formación, pueden analizar esas situaciones desde un marco ético diferente al del profesional al que se le plantea el problema.

No hay que olvidar que, cada caso es particular, con su historia clínica y sus cursos de acción posibles; de igual forma, en derecho existen respuestas adecuadas, jurídicamente válidas y moralmente correctas, para una misma acción[266].

Actualmente, se traduce en una adaptación a las necesidades o características de cada momento, adecuándose a la evolución de la sociedad, especialmente evidente en materia de derechos humanos o de derechos fundamentales, con la aparición progresiva de leyes de derechos de los pacientes.

[266] Couceiro, A., Beca, J.P., Los Comités de Ética Asistencial y las repercusiones jurídicas de sus informes. Revista médica de Chile; 2006.

Considerar, los informes de los Comités de Ética como elementos fundamentales para lograr un desarrollo jurisprudencial, contribuiría a evitar la progresiva judicialización de la Medicina.

La actividad de un CEA y su trayectoria, hace que en esas consultas o deliberaciones, se demuestre la necesidad de formación adecuada y específica en diferentes parcelas del campo de la Ética y la Bioética.

Los Comités de Bioética sirven, por tanto, como foros para la reflexión y el debate Bioético ante la posibilidad de que los avances científico-técnicos puedan afectar a los derechos fundamentales de los seres humanos, sobre todo en el ámbito de la sanidad.

Se consideran, el órgano competente para la consulta de todos aquellos aspectos con implicaciones éticas en el ámbito de la Medicina y la Biología, que supongan, en definitiva, una posible afectación de la salud y los valores morales de las personas.

Por otro lado, una revisión de los planes de estudio a nivel nacional podría aportar la trayectoria de la importancia de la formación en Bioética en las diferentes disciplinas.

Al mismo tiempo, el conocimiento de la composición y el estado de la formación de los CEA a nivel de la CCAA de la Región de Murcia nos da información sobre las prioridades y necesidades en materia de formación para una mejora de la calidad asistencial en la Ética del Cuidado en la asistencia sanitaria.

Esta necesidad de formación en Bioética es tan obvia que no necesitaría su justificación. Sin embargo, en la sociedad actual impregnada de pragmatismo, utilitarismo y elevación del progreso técnico a la categoría de valor fundamental, es recomendable documentar su necesidad.

El análisis de las dimensiones éticas de las actuaciones médicas, de los posibles dilemas que pueden presentarse al ejercitarlas y el proponer respuestas correctas, adecuadas, proporcionadas y razonadas, requiere la formación y el conocimiento de la Bioética[267].

El objetivo que debe guiar la formación en Bioética, es el de despertar la sensibilidad ética de los discentes, favoreciendo la habilidad de identificar los problemas éticos de la práctica médica diaria, fomentando actitudes de respeto a la persona y a los derechos humanos y

[267] Viñas Salas J. Formación en Bioética. Cuadernos de Bioética 1999; vol X nº 37 (1ª):30-34.

proporcionando herramientas metodológicas para el análisis y la resolución de los dilemas[268].

El avance de la disciplina enfermera, ha ido en paralelo con el de los conocimientos científicos en general y biosanitarios en particular. Hace más de un cuarto de siglo, que la enfermería adquirió rango de carrera universitaria, Por tanto, al ser mayor la capacidad de los profesionales de enfermería para tomar decisiones que tienen que ver con la Bioética, se hace cada vez más urgente que su formación en este terreno sea también mayor. De hecho, las experiencias personales dan fe del interés y la especial sensibilidad que los profesionales de enfermería tienen hacia la Bioética ya que se sienten concernidos por esta necesidad de formación[269].

Así mismo, la Ética del Cuidado, puede facilitar la construcción de nuevas teorías éticas que contemplen la compasión, las emociones morales y las experiencias de las mujeres. Según Beauchamp y

[268] Abel F. El futuro de la docencia de bioética en España. Cuadernos de Bioética 1999; vol X nº 37(1ª):11-16.

[269] Gallart F. et al. Comités de ética asistencial. Un instrumento de ayuda para ejercer nuestra profesión de forma más responsable y humanizada. Enfermería Clínica. 2001; 11 (6): páginas 144-147. Disponible en: http://www.elsevier.es. Consultado en: 18/01/2012

Chidress[270], una moral basada en el cuidado y la preocupación puede ser potencialmente útil para la Ética de la asistencia sanitaria. La Ética del Cuidado puede servir, para recuperar los compromisos básicos del cuidado y ayudar a los profesionales sanitarios a luchar contra aquellos conceptos que limitan sus responsabilidades profesionales.

Algunos de los parámetros establecidos, en cuanto al cumplimiento de la normativa que se aplica en la Región de Murcia, establecida por la Consejería de Sanidad, con el Decreto[271] que regula el Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial y los Comités de Ética Asistencial, en relación al número de reuniones que realiza cada Comité, entre el 66,6% y el 50% de los Comités cumplen con el número mínimo de reuniones establecido en 4 por año.

Por otra lado, se cumple en un 100% de los Comités la participación de al menos un abogado entre sus miembros.

El 66,4% de los Comités tiene entre sus miembros profesionales con formación Máster en Bioética.

---

[270]Beauchamp, TL & Childress, JF. (1999) *Principios de Ética Médica*. Barcelona: Masson. p. 89

[271] Decreto nº 26/2005, de cuatro de marzo DE 2005.

En cuanto al número de consultas recibidas, entre el 43% y el 83,3% de los Comités han recibido consultas, encontrando que entre el 33% y el 50% de los Comités reciben de 3 a 9 consultas.

A la vista del trabajo realizado se suscitan otras posibilidades de seguimiento en la evolución de la actividad realizada por los Comités de Ética Asistencial, así como un sistema de registro unificado que facilite su estudio posterior y que permita su análisis.

La recogida de las variables, resulta difícil al no estar protocolarizado su registro, debiendo recurrir a veces a los presidentes de los Comités para recabar algunos de estos datos.

Es evidente, que se pueden incluir medidas de mejora en la actividad realizada por los comités.

Hay una diferencia clara en formación y experiencia entre los distintos cCmités, tan por los años de antigüedad como por la formación entre sus miembros.

Pero de igual forma, hay que tener en cuenta, que esta actividad se realiza en paralelo a la actividad asistencial, lo que dificulta la dedicación que precisa el buen desarrollo de estos Comités, tanto para el

análisis de las consultas, como para mejorar la formación de los miembros de los Comités.

Hay un apoyo aparente, como establece la ley, para trabajar en estos Comités, pero la dedicación real, en tiempo y en recursos, es insuficiente para poder atender las demandas de la población y de los profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

1.- La categorización de la disciplina Bioética emana de los postulados éticos aristotélicos, neoplatónicos, neoaristotélicos, reformistas y contrarreformistas y, por ende, de los axiomas del pensamiento occidental forjados a lo largo de la Historia.

2.-La Bioética emerge en el siglo XX, como una manifestación de la democratización, a través de los Comités de Ética Asistencial (CEA), de los conflictos clínicos, relacionados con los Valores Humanos. Del mismo modo, esta actividad ha generado doctrina jurídica, epistemología y saber histórico-pedagógico.

3.-Desde esta investigación y hasta donde hemos indagado concluimos que habría que estudiar el porqué de la ausencia de la Materia Bioética en la troncalidad de los Grados de Medicina, de Derecho y de Educación, entre otros. Se ha podido constatar que es sólo en los estudios de Enfermería donde la materia ha estado siempre presente, como Moral Profesional, que deviene de la formación contrarreformista y de su legado formativo en las Órdenes Religiosas con voto de hospitalidad. Ya que advertimos que la Bioética se constituye al amparo de los problemas clínicos médicos. Por lo que entendemos que el hecho de que la materia de Ética exista en la

troncalidad de los estudios de Enfermería no obedece a cuestionamientos ´propios desde los cuidados enfermeros.

4.- Según el estudio de campo, que presentamos en esta investigación, cada Comité de Ética Asistencial (CEA) establece sus propios criterios a la hora de elaborar un Programa de Formación, que auxilie, a su vez, a los componentes del mismo. De este modo, los requisitos necesarios para formar parte de los CEA, quedan siempre sujetos a los Reglamentos de Régimen Interno, Normativas Autonómicas y Nacionales. Es por ello, que hemos hallado una clara heterogeneidad en cuanto a los criterios de formación y composición de los mismos.

5.- A través de los resultados obtenidos en el estudio de campo podemos concluir que hay una ausencia de *registro formalizado* en la documentación y en las actividades de los CEA, así como una omisión de *sistemas de evaluación* que garanticen, a su vez, la pertinencia de estos Comités. Por lo que entendemos que la esencia de la doctrina Bioética asume dificultades a la hora de implicarse en las actividades de los CEA. Dificultades, que, a su vez, pueden generar, a nuestro juicio y según lo estudiado, acciones "arbitrarias" de los CEA sobre los valores de los propios individuos.

BIBLIOGRAFÍA

A Definition of Irreversible Coma. JAMA. 1968; 205(6): 337-340.

Abel F. Comités de Ética Asistencial. An Sist. Sanit. Navar. 2006; 29; (Suppl 3): 75-83.

Abel F. Los Comités de Ética y su función pedagógica. Quadern Caps. 1993; (19): 19-26.

Abel, F. Bioética: un nuevo concepto y una nueva responsabilidad. LH. 1985; (196): 1-7.

Abel, F. Cañón, C. La mediación de la filosofía en la construcción de la Bioética. Madrid. Federación Internacional de Universidades Católicas; 1993.

Abel, F. Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. Labor Hospitalaria; (229): 136-149.

Abel, F. Comités de ética asistencial. Care ethics committees. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Suppl. 3): 75-83.

Abel, F. Comités de ética: necesidad, estructura y funcionamiento. En: Couceiro A. Coordinador, Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999.

Abel F. El futuro de la docencia de bioética en España. Cuadernos de Bioética 1999; vol X nº 37(1ª):11-16.

Abel, F. Historia y funciones de los CEAS. Labor Hospitalaria. 1997; 244: 110-118.

Abel, F. y Chaverri, C. La calidad y el Comité de Ética. Madrid: Secretariado Permanente Interprovincial, Hermanos de San Juan de Dios

D.L.; 1991.

Abel, F. Los comités de ética en el diálogo interdisciplinar. Labor Hospitalaria. 1988: 229; 136-219.

Abril-García, A., Albert, M., Santos, J.A., LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DEL GRADO DE MEDICINA EN LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS. *Cuadernos Bioética XXII, 2011/2ª*

A History of Greek Philosophy, vol. I, The Earlier Presocratics and the Pythagoreans, Cambridge, Cambridge University Press; 1962. 399-400.

Alegre S, Quirós M, Huarte MM. Comités Asistenciales y formación en bioética. Opinión de los neonatólogos españoles. Revista Bioética y ciencia de la salud. 1998; 3(2): 19-24.

Allison AM. Ethics Committee Plans Hearing. American Libraries. 1993; 22 (3): 218. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/25632157. Consultado en: 10/05/2012

Alloza JL. La función de los Comités de Ética y de Investigación en los hospitales. Medicina clínica. Barcelona. 1983; 81: 258-260.

Alonso Rubio S. De la necesidad de Comités de Ética en las instituciones. Medicina Intensiva. 2001; 25 (5): 197-199. Disponible en: http://www.elsevier.es Consultado en: 10/05/2012

Altisent Trota R, Martín Espíldora, MN. Comités de ética en atención primaria. Atención Primaria (Revista electrónica). 2001; 28 (8): 550-553.

Alva, I. (2003). Reseña de "Estados Unidos en 1898 República o Imperio" de Luis J. Torres Oliver. *Anuario de Historia de la Iglesia*, 516-517. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35512116. Consultado en: 10/09/2012

Álvarez, JC. Comités de Ética Asistencial: reflexión sobre sus funciones y funcionamiento, en JJ. Ferrer y JL Martínez (eds.), *Bioética: un diálogo plural*, Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas: 2002; 367-384.

Álvarez JC. 2004. Comités de ética asistencial. Madrid. Portal Mayores: Informes Portal Mayores. Madrid. 2004; (18): 1-18. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/alvarez-comites.01.pdf. Consultado en: 10/05/2012

Álvarez Pérez JC. Comités de ética asistencial. Reflexión sobre sus funciones y funcionamiento. En: Bioética; un diálogo plural: Homenaje a Javier Gafo Fernández. -- Madrid: Universidad Pontificia de Comillas. 2002: 367-384

Aranguren JL. Ética. Madrid: Alianza Editorial; 1993.

Arroyo MP, Serrano A. Ética y legislación en Enfermería. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill; 1987.

Arthur R. Whither Ethics Committee Networks?. The Hastings Center Report.1997; 27 (3): 47. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/3528672. Consultado en: 20/02/2012

Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. La educación en Bioética de los profesionales sanitarios en España: una propuesta de organización. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2001.

Astray San-Martín A. Seminario en Bioética. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. Madrid; Exlibris Ediciones; 2006: 293-294.

Ataz J. Los derechos del enfermo. Murcia. Grafimur ; 1987.

Aubet, M. J. Ética. Ediciones del Serbal. Barcelona; 1999.

Ayllón JR. En torno al hombre. Madrid: Rialp; 1992.

Ayllón JR. Ética razonada. Madrid: Palabra libros; 1998.

Baker, R. A Theory of International Bioethics: The Negotiable and the Non-Negotiable. Kennedy Institute of Ethics Journal 8, nº3: 1998; 249-250

Barrio Cantalejo I.M. Afrontamiento interdisciplinar de los conflictos éticos en las instituciones sociosanitarias: los comités asistenciales de ética. Enfermería Clínica. 1998: 8-210.

Barrio Maestre JM. La bioética, entre la resolución de conflictos y la relación de ayuda. Una interpretación crítica del principialismo. Cuadernos de Bioética. 2000; XI (43): 291-300.

Barroso Asenjo P, Calvache Pérez, L. Investigación Comités de Ética Asistencial (CEA) en España y en Europa. Publicado en la Revista Bioética y Ciencias de la Salud. 1999; 5 (2): 1-19

Barroso Asenjo P, Caro R. Papel, funciones, implantación y efectividad de los Comités de Ética Asistencial en España. Cuadernos de bioética. 1998; (35): 577-589.

Barroso P, García Izaguirre C. Situación actual de los Comités de Ética Asistencial en los hospitales públicos y privados de Comunidades Autónomas de España. Revista de Bioética y Ciencias de la Salud. 1999; 4 (1): 1-22

Barroso P. Comités de Ética de los Hospitales del INSALUD. Bioética y Ciencias de la Salud. 1999; 3: 74-83.

Bascuñán Valdés A. Introducción al estudio de las ciencias jurídicas y sociales: notas para el curso. Colección de apuntes de Clase nº 8. 2ª ed. Santiago (Chile): Jurídica de Chile. 1960; 40. 294-295.

Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999.

Bellver Capella V. Por una bioética razonable: medios de comunicación, comités de ética y derecho. Granada: Comares; 2006.

Belver Capella, V. (2006). Por una bioética razonable. Medios de comunicación, comités de ética y derecho. Granada: Comares. Bioética. En: Tomás G. Coordinador. Manual de Bioética. Barcelona: Ariel; 2001.

Bioética en los Comités Asistenciales de Ética: una experiencia personal. Bioética y Ciencias de la Salud. 1998; 3(1): 144-7. Disponible en: Blog Oficial Ciencia Política UNFV 2011. http://epcpunfv.blogspot.com.es/2011/11/el-estudio-cientifico-de-la-politica.html. Consultado en: 20/02/2012

Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 278 de 20 de noviembre de 1990

BOE núm. 267, miércoles 7 noviembre 2001.

BORM núm. 199, de 10 de agosto.

BORM núm. 126 de 3 de junio.

BORM núm. 96, de 27 de abril.

BORM núm. 76, de 4 de agosto.

BORM núm. 251 de 29 de octubre.

BORN núm. 130 de 8 de junio.

BORM núm. 103 de 7 de mayo.

Borovečki A, Ten Have H, Orešković S. Education of Ethics Committee Members: Experiences from Croatia. Journal of Medical Ethics. 2006; 32 (3): 138-142. Disponible en: BMJ Publishing Group. http://www.jstor.org/stable/27719584. Consultado en:20/02/2012

Broad CD. Five Types of Ethical Theory. London: Routledge & Kegan Paul; 1930.

Broggi Trias MA. Comités de Ética Hospitalarios. Barcelona. Medicina Clínica. 1991; 96: 617-618.

Broggi Trias MA. Una propuesta para un Comité de Bioética en España. Madrid: Fundación Alternativas; 2004.

Busquets E, Mir J. Infermeria i comitès de bioètica. Fem bioètica; 2 Notas: Universitat Ramón Llull. Esplugues de Llobregat: Institut Borja de Bioètica; 2005.

Campos Romero JM, Solsona Durán JF. Los Comités Asistenciales de Ética: ¿necesarios o prescindibles?. Med. Intensiva 2004; 28(7):362-364.

Camps, V. (ed.). Historia de la Ética. Barcelona; 1999.

Camps V. Breve historia de la ética: RBA Divulgación; 2013

Camps, V. Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética. Barcelona, Ares y Mares; 2001.

Cantero González ML. La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). Colección Arte y Ciencia de la Sanación. Historia de la Educación. Murcia: Diego Marín Editor; 2010.

Casado, M. Bioética, derecho y sociedad. Madrid, Trotta; 1998.

Casado M. "Las leyes de la bioética". Barcelona. Editorial Gedisa, S.A 2004.

Calvo Martínez, JL. Ética a Nicómaco. Aristóteles. Alianza editorial.2011.

Cayuela A, Vara Martín J, Romero FJ, Villar Amigo V (eds). Ética, bioética y desarrollo. El hombre como ser dependiente. Granada: Comares; 2004.

Chamizo Vega C. The perspective of gender in the Spanish nursing. Index Enferm. 2004; 13 (46): 40-44. Disponible en:

http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000200008. **C**onsultado en: 20/02/2012

Charles Frankel CH, Byse C, Gordon Hullfish H, Pratt NT, Stene EO, Stiemke RE, Wissler BF. Report of the Committee on Professional Ethics. AAUP Bulletin. 1958; 44, (4): 780-784. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/40222379. Consultado en: 20/02/2012

Châtelet F. "Historia de la Filosofía" Tomo I. Cap. III. Madrid: Espasa-Calpe; 1983.

Chiarelli B. Bioética globale. Firenze: Ángelo Ponticorboli; 1993.

Childress JF. Who Should Decide? Paternalism in Health Care. New York: Oxford University Press; 1982.

Código Deontológico de la Enfermera Española. Consejo General de Diplomados en Enfermería. Madrid; 1989.

Código Nuremberg 1947.

Constitución Española. Madrid. Tecnos; 1986.

Clouser KD, Gert B. A Critique of Principlism. J Med Philos. 1990; 15 (2): 219-236.

Cortina, A. Comités de Ética, en Osvaldo Guariglia (ed), Enciclopedia Iberoamericana de filosofía 12. Cuestiones Morales. Madrid, Trotta; 1996

Cortina A. Ética Mínima. Madrid: Tecnos; 1986.

Cortina A. La ética de la sociedad civil. Madrid: Anaya; 1995.

Cortina, A. *La estructura del sujeto moral*. En: Arroyo, M.P. Cortina, A. Torralba M.J. Zagasti, J. Etica y legislación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997. p. 29

Couceiro A. Beca JP. Los Comités de Ética Asistencial y las repercusiones jurídicas de sus informes. Rev. Med Chile. 2006; 134: 517-519.

Couceiro A. Editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999. P. 269-281.

Couceiro Vidal A. Los Comités de Ética Asistencial: origen, composición y método de trabajo. España. Editorial Triacastela; 1999. P. 269-282.

Couceiro-Vidal A. Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. Educ. Med. 2008; 11 (2): 69-76.

Dalai Lama. El universo en un solo átomo – Cómo la unión entre ciencia y espiritualidad pueden salvar al mundo. Barcelona, Editorial Grijalbo, 2º reimpresión; 2006.

Daniels, N. Just Health Care, Cambridge University Press; 1985

D'Agostino F. Bioética. Estudios de filosofía del Derecho. Madrid: EIUNSA; 2003.

Decisiones en Ética clínica. Pediatría Integral. 2007; XI (10):863-872.

Declaración Helsinki 1964.

Declaración de Tokio 1975.

Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. UNESCO. http://www.unesco.org/

Decreto 108/2002, de 12 de septiembre. Régimen jurídico de los Comités de Ética Asistencial y creación de la Comisión de Bioética de Castilla y León, (12 de septiembre de 2002).

Decreto 143/1995, de 7 de febrero. Creación y acreditación de comités de ética asistencial. Boletín Oficial del País Vasco, de 02-03- 1995, 43. P. 2260-2264, (7 de febrero de 1995).

Decreto 177/2000, de 22 de junio, por el que se regula la creación y autorización de los comités de Ética Asistencial, (5 de julio 2000).

Decreto 2/2010, de 14 de enero. Composición y funcionamiento de los Comités de Bioética Asistencial, (14 de enero de 2010).

Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía, (27 de diciembre de 2010).

Decreto 23/2009, de 13 de febrero. Regulación de la composición y funcionamiento del Consejo Asesor de Bioética de la Comunidad Autónoma de Extremadura, (13 de febrero de 2010).

Decreto 61/2003 de 8 de mayo. Regulación del régimen jurídico de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria. Crea y regula la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid, (8 de mayo de 3003).

Decreto 94/2007, de 8 de mayo. Creación y regulación de la Comisión Asesora de Bioética de Canarias y los Comités de Ética Asistencial, (8 de mayo de 2007).

Decreto 99/2004, de 11 de junio, del Consell de la Generalitat, para la creación y acreditación de los comités de Bioética Asistencial, (11 de junio de 2004).

Decreto 109/2005, de 27 de octubre, por el que se establece el régimen jurídico para la creación y acreditación de los comités de ética para la atención sanitaria, (7 de noviembre 2005).

DECRETO 143/1995, de 7 de febrero, sobre creación y acreditación de Comités de Ética Asistencial, (2 de marzo de 1995).

Decreto 99/2005, de 20 de mayo, del Consell de la Generalitat, de modificación del Decreto 99/2004, de 11 de junio, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la creación y acreditación de los comités de bioética asistencial, (20 de mayo de 2005).

Decreto n.º 26/2005, de 4 de marzo, por el que se regula el Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial «Dr. D. Juan Gómez Rubí» y los Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de Murcia, (4 de marzo de 2005).

Derse AR. Whither Ethics Committee Networks?. The Hastings Center Report. 1997; 27 (3): 47. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/3528672. Consultado en: 20/12/2010.

Díaz JAG. La formación Bioética en la Universidad. Cuadernos de

Bioética. 1999; 1º: 39-43.

Díez Fernández JA. Los Comités Nacionales de Bioética: legislación internacional y regulación en la nueva Ley sobre investigación biomédica. Granada: Comares; 2007.

Dirección General del Instituto Nacional de Salud. Circular 3/1995, de 30 de abril, de creación y acreditación de comités asistenciales de ética, 30 de abril de 1995).

El Comité permanente de médicos de la CE pide formación ética. Cuadernos de bioética. 1993; 4 (14): 83.

Enfermería y Sociedad. Castilla la Mancha: Servicio de publicaciones de la Universidad de Castilla- la Mancha; 1991.

Escuela Aragonesa de cuidados de salud. Ética y gestión sociosanitaria: los Comités de Etica Asistencial en el espacio sociosanitario. Revista Ibero latinoamericana de Geriatría y Gerontología. Zaragoza. 2002; 18 (2): 25-28.

Eseverri Chaverri C, Abel F. La calidad y el comité de ética. Madrid: Secretariado Permanente Interprovincial, Hermanos de San Juan de Dios; 1991.

Espejo Arias MD, Castilla García A (coords). Bioética en las Ciencias de la Salud. Granada: Asociación Alcalá, El Partal; 2001.

Estudios de Bioética 1. Bogotá: El Búho; 2000.

Ethics Committee Interprets Code, Asks for Comments. American Libraries. 1997; 8 (9): 500-501. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/25621175. Consultado en: 20/02/2012

Feíto Grande L. Ética profesional de la Enfermería: filosofía de la Enfermería como ética del cuidado. Madrid. P.P.C.; 2000.

Feíto, L. "La definición de la salud", Revista Diálogo Filosófico, nº 4; 1996. 74.

Fernández García J. Los Comités Hospitalarios de Ética. 74. Lugar de publicación: Todo Hospital; 1991.

Fernández Terricabras I. Felipe II y el Clero Secular. Madrid: Sociedad Estatal para la Conmemoración de los Centenarios de Felipe II y Carlos V; 2000. P. 21-23.

Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Alianza Editorial, Madrid; 1979.

Ferrer JJ. Historia y Fundamentos de los Comités de Ética. En: Martínez JL, editor. Comités de Bioética. Madrid: Desclée De Brouwer; 2003.p.17-42.

Ferrer JJ. El porqué y el qué de los comités de ética, en: Santos y Vargas L, Ferrer JJ, Daminani BM. (Editores). Humanities and the Health Sciences. Potomac, Maryland: Scripta Humanistica; 2001. P. 117-132.

Ferrer, J.J. Álvarez, J.C. Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Madrid: Universidad Pontificia Comillas: Desclée De Brouwer, 2003.

Flecha JR. Teología moral fundamental. Madrid: BAC; 1994. P. 135-138.

Fornell Puertas B, Torralba Madrid MJ, Morales Moreno I. De la ética y la deontología, a la bioética: una mirada desde la evolución y desarrollo profesional en Enfermería. Bioética y Ciencias de la Salud. 2001; 4 (4): 68-77.

Fornell Puertas, B. Bioética y Enfermería en la España Contemporánea. Tesina para la obtención del título de Máster en Bioética Clínica. Granada. 2005; Disponible en: http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/TESINA_BEATRIZ_FORNELL_PUERTAS.pdf. Consultado en: 18/01/2012

Freedman B. One Philosopher's Experience on an Ethics Committee. The Hastings Center Report. 1981; 11 (2): 20-22. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/3561069. Consultado en: 20/12/2010

Freedman B. One Philosopher's Experience on an Ethics Committee. The Hastings Center Report. 1981; 11 (2): 20-22.

Foucault, ¿Crisis de la medicina o crisis de la anti medicina?", en Estrategias de poder, Barcelona, Paidós; 1999. 346.

Function and duties of an ethics committee at a university faculty of medicine: 13 years of personal experience. Forensic Science International. 1994; 69 (3): 307-314. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/3561069. Consultado en: 18/01/2012

Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Libro Blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Meta 2005 macro-estudio de base. Madrid: Consejo General de Enfermería; 1998.

Gafo J. Bioética y Tradición Católica. En Vélez J. (coord.) Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000).Bilbao: Universidad de Deusto; 2003. P. 79-110.

Gafo, J. Historia de una nueva disciplina: la bioética. En ROMEO C. (coord.). Derecho médico y bioética. Granada; Comares; 1998.

Gafo J. Nuevas Perspectivas de la Moral Médica – Moral Profesional para A.T.S. Madrid: Ruedo Ibérico; 1978.

Gafo, J. 10 palabras clave en bioética. Estella. Verbo Divino; 1994.

Galdámez C, González-Cajal J. Participación de la Enfermería en la Docencia Bioética y en los Comités Asistenciales de Ética: una experiencia personal. Bioética y Ciencias de la Salud. Cuba; 1998.

Gallart F. et al. Comités de ética asistencial. Un instrumento de ayuda para ejercer nuestra profesión de forma más responsable y humanizada. Enfermería Clínica. 2001; 11 (6): páginas 276-83. Disponible en: http://www.elsevier.es. Consultado en: 18/01/2012

García Banderas A, Estévez E. Introducción a la bioética: fundamentación y principios. Disponible en: *BuenasTareas.com*. Recuperado 11, 2010, de http://www.buenastareas.com ; 2002.

García Barrios S, Calvo Charro E. Historia de la Enfermería. Textos mínimos. Málaga: Universidad de Málaga; 1992.

García Capilla DJ. El nacimiento de la Bioética. Madrid: Biblioteca Nueva; 2007.

García de Cortázar F. Álbum de la Historia de España. Biblioteca de Álbumes Culturales: Círculo de Lectores. 1995

Gelder MG. A National Committee for the Ethics of Research. Journal of Medical Ethics. 1990; 16 (3): 146-147. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/27716942. Consultado en:20/02/2012

Gelder MG. National Committee for the Ethics of Research. Journal of Medical Ethics. 1990; 16 (3): 146-147. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/27716942. Consultado en: 20/12/2010.

Gert B, Culver CM, Clouser KD. Bioethics. A Return to Fundamentals. New York: Oxford University Press; 1997.

Gilligan, c. In a Different Voice. Editorial Harvard University; 1982

Giménez Fdez. M. Calidad de vida en el dominio público. La importancia de lo paliativo. Tesis Doctoral. Murcia; 2012.

Gómez Rojo ME. Historia del Derecho e historiografía jurídica contemporánea en Francia, Italia y Alemania [libro electrónico] Málaga: Universidad de Málaga; 2009. Disponible en: www.eumed.net/libros/2009b/553/.

Gómez Rubí JA, Abizanda Campos R. Bioética y medicina intensiva: dilemas éticos en el paciente crítico. Madrid: SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coranarias); 1998.

González AM. Dignidad y naturaleza. Pamplona: Eunsa; 1996.

González Cajal J. ¿De verdad queremos que funcionen los comités asistenciales de ética en el Sistema Nacional de Salud?. Cuadernos de bioética. 1998; (35): 562-572.

Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. 27

Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fe de Bogota: Ética y Vida.; 1995.

Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc). 2001; 117: 18-23.

Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo, en Bioética clínica. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998. P. 54.

Gracia D., Ética profesional y ética institucional, en La ética de las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial. Barcelona. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2012.

Gracia, D. El qué y el porqué de la Bioética. Cuadernos de Programa Regional de Bioética (1).OPS. Primera edición; 1995.

García D. Bioética: claves de orientación. Murcia: Contraplano; 2006.

García D. El nacimiento de la bioética. Madrid: Biblioteca Nueva; 2007.

Gracia D. Problemas éticos en medicina. En GUARIGLIA, O. (ed.). Cuestiones morales. Madrid: Trotta; 1996.

Gracia D. Bioética clínica. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.

Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.

Gracia D. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.

Gracia D. y Júdez J. "Ética en la práctica clínica". Madrid. Editorial Triacastela; 2004.

Graf HP, Cole D. Ethics-Committee Authorization in Germany. Journal of Medical Ethics. 1995; 21 (4): 229-233. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/27717611. Consultado en: 20/02/2012

Green, R., Intergenerational Distributive Justice and Environmental Responsability. Bioscience". 1997: 5; 227:260

Group BMJ Has A New Ethics Committee. British Medical Journal. 2000; 321 (7270): 1175 Disponible en.: http://www.jstor.org/stable/25226148. Consultado en: 20/12/2010.

Group Medical Ethics CommitteeSource. British Medical Journal. 1988; 297 (6663): 1617. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/29702041. Consultado en: 20/12/2010

Guía para Comités de Ética Asistencial Editorial. Valladolid: Junta de Castilla y León. Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación; 2008.

Habermas J. Entre naturalismo y religión. Barcelona: Paidós; 2006.

Habermas J. Escritos sobre moralidad y eticidad. Barcelona: Paidós; 1991.

Hans-Peter G, Cole D. Ethics-Committee Authorization in Germany. Journal of Medical Ethics. 1995; 21 (4): 229-233. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/27717611. Consultado en: 8/03/2012

Has A New Ethics Committee. British Medical Journal. 2000; 321 (7270): 1175. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/25226148. Consultado en: 05/03/2012

Hernández Conesa JM. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1995.

Hernández Conesa, J. M.; Moral de Calatrava, P.; Caballero Gómez, M. V., Mythos, Techne y Logos: aproximaciones al origen de la ciencia occidental a través de las obras de Homero y Hesíodo. Cultura de los cuidados. 2002. 95-99.

Hernández Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban Albert M. Fundamentos de la Enfermería: Teoría y método. 2ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.

Hernández Conesa JM, Beneit Montesinos JM. Un estudio de los paradigmas educativos enfermos durante el siglo XIX. Colección Arte y Ciencia de la Sanación. Historia de la Educación. Murcia: Diego Marín Editor; 2012.

Hernández Martín, F.; Moreno Roy, A.; Pinar García, M.E.; *Historia de la Enfermería en España*, parte IV: La Ilustración: La transición hacia la Enfermería contemporánea. Madrid. 1996.

Hernando P. (Comités de ética asistencial). Consorci Hospitalari del Parc Taulí. LH nº 229; 1993.

Herranz Rodríguez G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Pamplona: Eunsa; 1993.

Hortelano A. Problemas actuales de moral. Salamanca; Sígueme; 1981.

Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Otros idiomas. Comitès de Bioètica. Revista de Pediatría Catalana. 1997; 57 (5): 303-306.

Hospital de Cabueñes, Servicio de Hematología. Los Comités Hospitalarios de Ética (notas para su futura implantación). Revista Todo Hospital. Gijón. 1991; (74): 67-73.

Hospital General del Vall D'Hebron. Función de los Comités de Ética y de Investigación en los Hospitales. Revista Medicina Clínica. Barcelona. 1983; 81(6): 258-265.

Hospital Germans Trias i Pujol. Comités de Ética hospitalarios (editorial). Revista Medicina Clínica. Barcelona. 1991; 96 (16): 617-618.

Hospital Juan Canalejo. Comités de ética asistencial. Una reflexión sobre su funcionamiento. Salida de documentos de ISOC - Ciencias Sociales y Humanidades. Revista Telos. A Coruña. Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas. 2002; 11 (2): 85-105.

Informe Blemont, Observatori de Bioética i Dret. Parc Cientific de Barcelona. Available from: http://www.pcb.ub.edu/bioeticadret/archivos/norm/InformeBelmont.

Instituto de Bioética, Fundación Ciencias de la Salud. Proyecto de Bioética. Med clin. Barcelona. 2001; 117: 18-23.

Instituto de Información Sanitaria. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_Sanitaria_2011.pdf. Consultado en: 20/10/2012

Jonsen A. The Birth of Bioethics. New York: New York University; 1998.

Jonsen, A.R., Toulmin, S.E. The Abuse of Casuistry. A History of moral Reasoning. Universidad de California Press; 1988.

Kant I. La metafísica de las costumbres. Barcelona: Editorial Altaya.1993.

Korlipara. A National Ethics Committee. British Medical Journal. 1989; 298 (6670): 386. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/29702251. Consultado en: 05/03/2012

Lázaro, L., Gracia, D. "Presentación: la nueva relación clínica", en P. Laín, el médico y el enfermo. Madrid. Triacastela; 2003. 28.

Lecuona I. La regulación española de los Comités de Ética y las novedades introducidas por la nueva Ley de Investigación Biomédica. Revista de Bioética y Derecho. 2007; (11): 17. Disponible en: http://www.bioeticayderecho.ub.es. Consultado en: 18/01/2012

Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.
Ley General Sanidad 14/1986, de 25 Abril.
Ley 13/1982, de de 7 de Abril, de integración social de las minusválidos.
Ley 35/1988, de 22 de Noviembre, que regula las técnicas de reproducción asistida humana.
Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autónoma del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Ley 16/2003, 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, (3 de julio de 2007).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, (14 de noviembre de 2002).

Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, (7 de abril de 2011).

Lin C, Weeks V, Gleason R, Reiser S. Dilemmas in Practice: How Can a Hospital Ethics Committee Help?. The American Journal of Nursing. 1989; 89 (5): 651-654. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/3470752. Consultado en: 20/02/2012

Lipset Seymur M. La primera nación nueva. Buenos Aires: EUDEBA; 1992. P. 177.

Llano A. Gnoseología. Pamplona: Eunsa; 1991.

Llano A. Humanismo cívico. Barcelona: Ariel; 1999.

Locke J. Carta sobre la tolerancia y otros ensayos. Barcelona: Grijalbo; 1969. P. 23.

López de la Torre MA, García Olives F, Moya Riera J. Comités de Bioética, implicaciones jurídicas, consideraciones practicas. Rev. Archivos de Pediatría. 1996; 47 (8): 465-470.

Lópes de la Vieja. M.T. (ed.). BIOÉTICA: entre la medicina y la ética. Editorial Universidad Salamanca; 2005.

Lorda JL. Moral. El arte de vivir. Madrid: Palabra; 1993.

Lorda PS. ¿Tiene sentido que existan comités de ética asistencial en atención primaria?. Aten Prim. 2006; 13:349-353.

Lorda, P.S., Barrio Cantalejo, I.M. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. Med Clin (Barc) 1995; 105: 583-597.

Lozano JF, Siruana JC. Las comisiones éticas como mecanismo de integración de la Ética en las organizaciones. Papeles de Ética, Economía y Dirección. 2000; (5): 1-9

Lux L, Stuart WE, Osborne PJ. Responses of Local Research Ethics Committees to a Study with Approval from a Multicentre Research Ethics Committee. British Medical Journal. 2000; 320 (7243): 1182-1183. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/25187845. Consultado en: 05/03/2012

MacIntyre A. Tres versiones rivales de la ética. Colección Cuestiones Fundamentales. Madrid: Ediciones Rialp; 1992.

Macklin R. Making Policy by Committee. The Hastings Center Report. 1998; 18 (4): 26. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/3563228. Consultado en: 20/12/2010.

Mainetti JA. Antropobioética. La Plata, Argentina: Editorial Quirón; 1995.

Mappes TA, Zembaty JS. Biomedical Ethics. New York: McGraw-Hill Book Company; 1981.

Marcuello Franco CA. Director, Jurado Grau MD, Serrano Sastre MR. Coordinadores. Seminarios de Ética en Enfermería. Cursos I (1985) y II (1986). Pamplona: EUNSA; 1987.

Martínez JL. (ed), Comités de Ética. Bilbao: Editorial Desclée d Brouwer; 2003.

Marx C, Engels F. La Ideología Alemana. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales; 1982.

Masterton Source G. Group Two Decades On An Ethics Committee. British Medical Journal. 2006; 332 (7541): 615. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/25456371. Consultado en: 20/12/2010

Max Weber. EL Político y el Científico. Alianza Editorial; 2005.

Mazzanti Di Ruggiero MA. (2006). Formar Mentes Bioéticas. Persona y Bioética. 2006; 27 (2) (27): 46-81.

McCall A. Committee Ethics? Clinical Ethics Committees and Their Introduction in the United Kingdom. Journal of Law and Society. Legal and Moral Dilemmas in Modern Medicine. 1990; 17 (1), (Spring, 1990): 124-139 Disponible en: http://www.jstor.org/stable/1409959. Consultado en: 18/01/2012

Medical Ethics Committee. Committee on Professional Ethics and Standards. BMJ: British Medical Journal. 1988; 297 (6663): 1617. Disponible en: BMJ Publishing Group. http://www.jstor.org/stable/29702041. Consultado en: 20/02/2012

Memoria del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial "Dr. D. Juan Gómez Rubí" y Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2005-2007.

Memoria del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial "Dr. D. Juan Gómez Rubí" y Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.2007-2009.

Miguel Beriain I. La nueva organización de los comités de ética en España: una visión crítica. Jano: Medicina y Humanidades. 2007; nº 1653: 60-62.

Millán-Puelles A. Ética y realismo. Madrid: Rialp; 1996.

Miralles Sangro, MªT. La imagen de la enfermera a través de los documentos filatélicos y su correspondencia ideológica-educativa. Murcia. Diego Marín; 2012.

Mompart MP. Diez años de Enfermería en España: Análisis de una situación. Décimas sesiones de trabajo de la AEED. Madrid; 1989.

Mompart MP. Rebelión en las aulas: de las escuelas de ATS a las Monge MA. Ética, salud, enfermedad. Madrid: Palabra; 1991.

Montero Delgado F, Morlans Molina F. Para deliberar en los comités de ética. Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2009

Morrice AAG. Honour and interests: medical ethics in Britain and the work of the British Medical Association´s Central Ethical Committee, 1902.1939. London: University of London; 1999.

Moral de Calatrava, P.; Hernández Conesa, J. "Investigación, Teoría e Historia de la Enfermería: Categorías históricas para la construcción de la identidad Enfermera", *Temperamentum*. *Revista Internacional de Historia y Pensamiento enfermero*, 6 (2007). Disponible en http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/revision.php. Consultado 19/03/2011

Mosterín J. Historia de la Filosofía. Tomo III. Madrid: Alianza; 1.984.

Muguera, J., Cerezo, P. *La filosofía hoy*. Barcelona. Ed. Crítica, 2000; 185.

Murphy P. El papel de la enfermera de comités hospitalarios de ética. Clin North Am. Nursing. 1989; 24 (2): 551-6.

Naess RD. Institute Committee on Professional Ethics and Standards. Proceedings, Fifth Annual Convention, National Federation of Financial Analysts Societies. The Analysts Journal. 1952; 8 (4): 213-215. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/4468060. Consultado en: 20/02/2012

Navarro Perán MA, Hernández Conesa JM, Torralba Madrid MJ, Beneit Montesinos, J.V. Un estudio de los modelos educativos enfermeros en la España de la Contrarreforma, a través de los textos escritos y editados por las Órdenes Religiosas, con Voto de Hospitalidad. Murcua: Diego Marín; 2012. P. 102-111.

Nightingale F. Notas sobre Enfermería. Que es y que no es. Madrid: Masón; 1990.

Noddings, N. *Caring: A feminine Approach to Ethics & Moral Education.* Berkeley: University of California press; 1984

Núñez-Cubero P. Comités nacionales de Bioética. LH. 1993; (229): 11

Orden de 14 de desembre de 1993 d'acreditació dels comitès d'ètica assistencial. En: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya n.º 1836, de 24-12-1993. P. 8401, (14 de diciembre de 1993).

Orden de 22/12/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, para la creación del Comité de Ética de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha, (22 de diciembre de 2010).

Orden Foral 435/2001, de 24 de agosto, del Consejero de Salud, por la que se regula la creación y acreditación de los Comités de Ética

Asistencial. En: Boletín Oficial de Navarra nº 116, de 24-09-2001, (24 de agosto de 2001).

Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas Información y estadísticas sanitarias 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good. New York: Oxford University Press; 1988.

Pesqueira E. Comités Institucionales de Ética en España. [Tesis Doctoral]. Univ. De Navarra; 1990.

Polaino Llorente A. Manual de Bioética General. Madrid: Rialp; 1994.

Polaino-Lorente A. Manual de Ética y Legislación en Enfermería. Pastor García & León Correa. Madrid: Mosby/Doyma; 1997.

Potter VR. Bioethics: Bridge to the Future. London: Prentice-Hall, Englewood Cliffs; 1971.

Principialismo. Bioética y Ciencias de la Salud. 1998; 3(1): 102-10.

Quinlan Decision: A question of Death. November 10, 1975. En: Historic documents of 1975. Washington DC: Congressional Aquarterly Inc.; 1976.P. 805-824.

Ragnar D, N. Committee on Professional Ethics and Standards. Fourth Annual Convention, National Federation of Financial Analysts Societies. The Analysts Journal. 1951; 7 (2): 149-150. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/4467885. Consultado en: 05/03/2012

Ramos Pozón S, Morlans Molina M. Legos en el comité de ética: una reflexión desde la ética dialógica. Revista de Bioética y Derecho. 2011; (21): 33. Disponible en: http://www.bioeticayderecho.ub.es. Consultado en: 18/01/2012

Rawls, J. "El constructivismo kantiano en la teoría moral", en *Justicia como equidad*, trad. de M. A. RODILLA, Madrid, Tecnos, 1986, pág. 140.

Rawls, J. *A Theory of Justice*. Oxford, edición *Paperback* de Oxford University Press sobre la primera edición: 1971; 105

Rawls, J. *Liberalismo Político*, México, Fondo de Cultura Económica; 2002

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, Diccionario de la lengua española, Madrid, Espasa; 2001

Real Decreto 2128/1977 del Ministerio de Educación y Ciencia, sobre la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, como Escuelas Universitarias de Enfermería.

Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, modificado por el Real Decreto 1667/1990, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería.

Real decreto 561/1993, por el que se regulan los requisitos para la realización de ensayos clínicos. BOE nº 114, 13-5-1993. Título III De los Comités éticos de investigación clínica. Arts. 39-43.

Redshaw ME, Harris A, Baum JD. Research Ethics Committee Audit: Differences Between Committees. Journal of Medical Ethics. 1996; 22

(2): 78-82. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/27717722. Consultado en: 20/02/2012

Reflexiones sobre la Declaración de Normas Universales de Bioética de la UNESCO: [tercer Congreso de la Federación Internacional de Centros e Institutos de Bioética de Inspiración Personalista 29 al 30 de septiembre de 2005]. Nº especial de la revista "Medicina y ética". México: Universidad Anáhuac, Facultad de Bioética; 2006. Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Consejo General de Enfermería; 1988.

Reich WT. The Encyclopedia of Bioethics. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995.

Rettie Source P. A National Ethics Committee. BMJ: British Medical Journal. 1989; 298 (6674): 674-675. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/29702572. Consultado en: 20/12/2010

Rey J. Moral Profesional del A.T.S. 3ª edición Santander: Sal Terrae; 1961.

Ribas Ribas S. Comités de ética asistencial en Estados Unidos: revisión bibliográfica. Barcelona. Sant Cugat de Vallés: Universitat Ramón Llull. Instituto Borja de Bioètica; 2003.

Ribas Ribas S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT. Estructura y funcionamiento. Medicina Clínica. Barcelona. 2006; 126 (2): 60-66.

Ribas S. Mercé T, García Ameijeiras MC. Comité de Ética Sociosanitario: Experiencia de la Región Sanitaria Costa de Ponent. Rev. Mult. Gerontol. 1999; 9:249-252.

Ridruejo Martínes, A., La enseñanza de la medicina en España: planes de estudio (1843-1931): resumen y conclusiones. P 34 http://www.redined.mec.es/opac/mostrar.php?registro=10368. Consultado 15/06/2012

Rodríguez LA. Ética general .Editorial EUNSA, Pamplona; 2001.210-229.

Rodríguez Luño A. Ética. Pamplona: EUNSA; 1986.

Rodríguez Martínez A. Comités de ética asistencial: una reflexión sobre su funcionamiento. Telos. 2002; 11 (2): 83-103.

Rodríguez Quereilhac A. Bioetica médica: de las declaraciones y los proyectos a un estatuto académico y una realidad clínica. Revista Médica de Uruguay. 2006; 22: 3-5.

Rodríguez Yunta E. Religión y Bioética. Acta Bioethica. 2010; 16 (1): 7-8

Ruiz-Canela López M, Espejo Arias MD. Historia y definición de la Bioética. En: Espejo Arias MD, Castilla García A (coords). Bioética en las Ciencias de la Salud. El Partal, Granada: Asociación Alcalá / ediciones; 2001.

Ruiz Rodríguez I. Apuntes de historia del derecho y de las instituciones españolas. Madrid: Dykinson. 2005; 25.

Russo G. Bioética ambientale. Turín: Elledice; 1998.

Salvador A, Galbete T. Conociendo los comitès de ética (II). Revista para el técnico en cuidados de Enfermería. 2009; (57): 8-10.

Sanabria JR. Ética. México: Editorial Porrúa.1984;133-136.

Sánchez Fernández C. Situación actual de los Comités de Ética Asistencial en España. [Tesina de Máster de Bioética ICEB]. España; 2007-2008.

Sánchez González MA. Los interrogantes fundamentales en la enseñanza de la Bioética: La experiencia en la Universidad Complutense. Bioética y Ciencias de la Salud 1997; 2(49).

Sánchez M. El principio de justicia. Madrid: Material docente del Máster de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid (UCM); 2002-2004.

Santander Cartagena F, Hernanz Manrique M. (2000). Los Comités de Ética Asistencial en el campo de la Salud Mental. GOZE. Servicio Vasco de Salud. Álava. 2000; III (10): 35-39

Sarabia, J. y de los Reyes, M. (eds.), Comités de ética asistencial, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000.

Sarrias Lorenz X. Comités éticos asistenciales. Asociación Catalana de Estudios Bioéticos. Octubre 2003. en: http://www.network-press.org. Consultado en: 05/03/2012

Sellán Soto, Mª C. La profesión va por dentro. –elementos para una Historia de la Enfermería Contemporánea. Madrid. FUDEN; 2006.

Sgreccia E. Aportes de la Iglesia Católica al desarrollo de la bioética. Santiago de Chile: Ars Médica. Santiago de Chile. 2008; 16: 215-230.

Sgreccia E. La contribución de la Iglesia Católica al desarrollo de la Bioética. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en. http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica16/Contribucion.html. Consultado en: 05/03/2012

Sgreccia E. Manuale di Bioetica. Vol. I. Milano: Vita e Pensiero; 2003. 14

The International Association of Bioethics, "Constitution. 1999-version", ejemplar inédito, versión de mayo de 1999.19. Disponible en: http://www.uv.es/gibuv/Grifols.pdf. Consultado 15/010/2012

Sichel BA. Feminist Ethics & Medicine Hypatia. 1989; 4 (2): 45-56. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/3809805. Consultado en: 20/02/2012

Siles González J. Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva Histórica y Epistemológica. Alicante: CECOVA; 1996.

Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. Med Clin. Barcelona. 1995; 105: 583-597.

Simón Lorda P. Sobre bioética clínica y deontología médica. Cuadernos de Bioética. 1992; 12: 34-37.

Simón P. El consentimiento informado. Madrid: Triacastela; 2000.

Singer P. Compendio de Ética. Adaptación de Miguel Moreno Muñoz; 1998. Madrid: Alianza Editorial; 1995.

Siota Álvarez M. La importancia de la bioética y de los comités de ética en la creación del Bioderecho. Anuario de la Facultad de Derecho de Ourense. 2002; nº1: 479-499

Siurana, JC. Comités de ética en la empresa sanitaria. VERITAS, vol. II, nº17; 2007

Sofistas. Testimonios y fragmentos. Madrid: Ed. Gredas; 1.996.

Somonetti N. Deontologia medica. En: Leone S, Privitera S (eds). Disionario di Bioética. Bologna y Acireale: Edizione Dehoniane - Instituto Siciliano di Bioética; 1994.

Spaeman R. Ética: Cuestiones fundamentales. Pamplona: EUNSA; 1993.

Spaeman R. Felicidad y benevolencia. Madrid: Rialp; 1991.

Spagnolo AG. Principios de la Bioética Norteamericana y Crítica del Principlismo. Bioética y Ciencias de la Salud. 1998; 3(1): 102-110.

Steinkamp N, Gordijn B, Borovecki A, Gefenas E, Glasa J, Guerrier M, Meulenbergs T, Rozyn ska7 J, Slowther A. Regulation of healthcare ethics committees in Europe. Medicine. Health Care and Philosophy. 2007; 10: 461–475.

Stewart, M. La verdad sobre todo. Una historia irreverente de la filosofía. Taurus. Madrid; 1998.

Tarasco Michel M. Comités hospitalarios de bioètica. México: El Manual Moderno; 2007.

Terrence Ireland C, Hayek L, Dalenius T, Hollander S, Mann CR, S. Marks S, Pierce, JS, Scheuren FJ, Seltzer W. Ethical Guidelines for Statistical Practice: Report of the Ad Hoc Committee on Professional Ethics. The American Statistician. 1983; 37 (1): 5-6. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/2685820. Consultado en: 20/02/2012

Tarnas, R. "La pasión de la mente occidental". Ed. ATALANTA S.L. 2008.

Thornton JG, Lilford RJ. (1995). Clinical Ethics Committee. BMJ: British Medical Journal. 1995; 311 (7006): 667-669. Consultado en: 18/01/2012

Thornton JG, Lilford RJ. Clinical Ethics Committee. British Medical Journal. 1995; 311 (7006): 667-669. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/29728634. Consultado en: 05/03/2012

Toledo JA. Pensamiento Político. De la antigüedad hasta la modernidad. Tomo I. 2008. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/91781019/to-Politico-Tomo-i. Consultado 25/04/2012

Tomás Garrido GM. Coordinador. Manual de Bioética. Barcelona: Ariel Ciencia; 2001.

Torralba F. Bioética: conceptos fundamentales. En: Gómez-Heras JM. Coordinador. Dignidad de la vida y manipulación genética. Madrid: Biblioteca Nueva: 2002; 41-76.

Torralba Madrid, Mª. J. Grado de satisfacción con los cuidados de enfermería, en pacientes hemodializados: calidad de vida y afrontamiento ante la enfermedad. Tesis Doctoral; 2008

Torralba, MJ., Meseguer Liza, C., García Capilla, DJ., Navarro Perán, MA. Formación Bioética en Enfermería. Diego Marín; 2012.

Tschudin, V. *Ethics in Nursing. The caring relationship* 2on Edition. Oxford:Butterworth-Heiemann; 1992

Tufts JH. Report of Committee I, University Ethics. Bulletin of the American Association of University Professors. 1924; 10 (2): 13-17. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/40217302. Consultado en: 20/02/2012

UNESCO. Division of Ethics of Science and Technology (ed.). Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies. Guide No. 2. Paris; 2005. Disponible en: http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001473/147392e.pdf, accessed February 20, 2007). Consultado en: 18/01/2012

Van Dyke V. Report of the Committee on Professional Ethics. Vol. 2. Special Supplement; 1969. P. 564. Disponible en: Http://www.jstor.org/stable/418219. Consultado en: 20/02/2012

Vico Peinado J. Éticas teológicas ayer y hoy. Madrid: Ediciones Paulinas; 1993.

Vidal M. Ética cristiana y toma de decisiones en Bioética. En: Vélez J. (coord.) Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000). Bilbao: Universidad de Deusto; 2003. P. 119.

Vidal M. Moral profesional para A.T.S.: enfermeras. Colección Eas. Madrid: PS editorial; 1978.

Vidal-Bota J, Sarrias Lorenz X, Ros Sevilla F. (2006). ¿Están siendo útiles los comités éticos asistenciales?. Cuadernos de Bioética. 2006; XVII 3ª: 391-400

Vidal-Gual JM. The Virtues of Clinical Medicine. Medicina Familiar. 2006; 8 (1); 41-52.

Villalaín Blanco JD. El origen de la Bioética y su desarrollo. En: Tomás G. (coord.). Manual de Bioética. Barcelona: Ariel; 2001.

Viñas Salas J. Formación en Bioética. Cuadernos de Bioética 1999; vol X nº 37 (1ª):30-34.

Von Engelhardt D. Storia dell'etica medica. Dizionario di Bioetica (editado por Leones S. Privitera S.). Boloña; 1994. 954-958;

Weeks LC, Randolph Gleason R, Reiser S. Dilemmas in Practice: How Can a Hospital Ethics Committee Help? The American Journal of Nursing. 1989; 89 (5): 651-654 Disponible en: http://www.jstor.org/stable/3470752. Consultado en: 20/02/2012

INDICE GRAFICOS Y TABLAS

INDICE TABLAS

Tabla 1. Pág. 308 Nº reuniones celebradas en 2007.

Tabla 2. Pág. 309 Representante usuarios.

Tabla 3. Pág. 311 Miembros con formación Máster en 2007.

Tabla 4. Pág. 312 Nº consultas recibidas en 2007.

Tabla 5. Pág. 313 Consultas recibidas sobre temas hospitalización en 2007.

Tabla 6. Pág. 313 Consultas recibidas sobre principios Bioéticos en 2007.

Tabla 7. Pág. 315 Consulta originada en hospitalización.

Tabla 8. Pág. 315 Consulta originada en Dirección-Sap.

Tabla 9. Pág. 317 Vía acceso al Comité: Hoja Interconsulta.

Tabla 10. Pág. 318 Cursos formación continuada.

Tabla 11. Pág. 319 Seminarios realizados.

Tabla 12. Pág. 320 Comunicaciones realizadas.

Tabla 13. Pág. 321 Estudio casos.

Tabla 14. Pág. 322 Nº reuniones celebradas en 2008.

Tabla 15. Pág. 323 Representante usuarios.

Tabla 16. Pág. 325 Miembros con formación Máster en 2008.

Tabla 17. Pág. 326 Nº consultas recibidas en 2008.

Tabla 18. Pág. 327 Consultas recibidas sobre temas hospitalización.

Tabla 19. Pág. 347Consultas recibidas sobre principios Bioéticos.

Tabla 20. Pág. 329 Consulta originada en Hospitalización.

Tabla 21. Pág. 349 Consulta originada en Dirección-Sap

Tabla 22. Pág. 331 Vía acceso al Comité: Hoja Interconsulta.

Tabla 23. Pág. 332 Cursos formación continuada.

Tabla 24. Pág. 333 Seminarios.

Tabla 25. Pág. 334 Comunicaciones.

Tabla 26. Pág.335 Estudio casos.

Tabla 27. Pág. 336 Nº reuniones celebradas en 2009.

Tabla 28. Pág. 337 Representante usuarios.

Tabla 29. Pág. 339 Miembros con formación Máster.

Tabla 30. Pág.340 Nº consultas recibidas en 2009.

Tabla 31. Pág. 341 Consultas recibidas sobre temas Hospitalización.

Tabla 32. Pág.341 Consultas recibidas sobre principios Bioéticos.

Tabla 33. Pág. 343 Consulta originada en Hospitalización.

Tabla 34. Pág.343 Consulta originada en Dirección-Sap.

Tabla 35. Pág. 344 Vía acceso al Comité: Hoja Interconsulta.

Tabla 36. Pág. 345 Cursos formación continuada.

Tabla 37. Pág. 346 Seminarios.

Tabla 38. Pág. 347 Comunicaciones.

Tabla 39. Pág. 348 Estudio casos.

Tabla 40. Pág. 349 Nº reuniones celebradas en 2010.

Tabla 41. Pág. 350 Representante usuarios

Tabla 42. Pág.352 Miembros con formación Máster en 2010.

Tabla 43. Pág. 353 Nº consultas recibidas en 2010.

Tabla 44. Pág. 354 Consultas sobre temas Hospitalización.

Tabla 45. Pág. 554 Consultas sobre principios Bioéticos.

Tabla 46. Pág.375 Consultas sobre temas de Dirección/SAP.

Tabla 47. Pág.356 Consulta originada en Hospitalización.

Tabla 48. Pág. 356 Consulta originada en Dirección/SAP.

Tabla 49. Pág. 358 Vía acceso al Comité: Hoja Interconsulta.

Tabla 50. Pág. 359 Cursos formación continuada.

Tabla 51. Pág. 360 Seminarios.

Tabla 52. Pág. 361 Comunicaciones.

Tabla 53. Pág. 362 Estudio casos.

Tabla 54. Pág. 363 Nº reuniones celebradas en 2011.

Tabla 55. Pág. 364 Representante usuarios.

Tabla 56. Pág. 366 Miembros con formación Máster.

Tabla 57. Pág. 367 Nº consultas recibidas en 2011.

Tabla 58. Pág. 368 Consultas recibidas sobre temas Hospitalización.

Tabla 59. Pág. 368 Consultas recibidas sobre principios Bioéticos.

Tabla 60. Pág. 370 Consulta originada en hospitalización.

Tabla 61. Pág. 370 Consulta originada en Dirección/SAP.

Tabla 62. Pág. 372 Vía acceso al Comité: Hoja Interconsulta.

Tabla 63. Pág. 373 Cursos formación continuada.

Tabla 64. Pág.374 Estudio casos.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pág. 309 Nº reuniones 2007.

Gráfico 2. Pág. 310 Representante usuarios.

Gráfico 3. 311 Pág. Máster.

Gráfico 4. 3312 Pág. Nº consultas recibidas.

Gráfico 5. 314 Pág. Tema de consulta.

Gráfico 6. Pág. 316 Origen de las consultas.

Gráfico 7. Pág. 317 Vía acceso al Comité.

Gráfico 8. Pág. 318 Número de veces que cada Comité utiliza la hoja de interconsulta.

Gráfico 9. Pág. 319 Cursos formación continuada.

Gráfico 10. Pág. 320 Comunicaciones.

Gráfico 11. Pág. 323 Nº reuniones 2008.

Gráfico 12. Pág. 324 Representante usuarios.

Gráfico 13. Pág. 325 Máster.

Gráfico 14. Pág. 326 Nº consultas recibidas.

Gráfico 15. Pág. 328 Tema de consulta.

Gráfico 16. Pág. 330 Origen de las consultas.

Gráfico 17. Pág. 331 Vía acceso al Comité.

Gráfico 18. Pág. 332 Número de veces que cada Comité utiliza la hoja de interconsulta.

Gráfico 19. Pág. 333 Cursos formación continuada.

Gráfico 20. Pág. 335 Comunicaciones.

Gráfico 21. Pág. 337 Nº reuniones 2009.

Gráfico 22. Pág. 338 Representante usuarios.

Gráfico 23. Pág. 339 Máster.

Gráfico 24. Pág. 340 Nº consultas recibidas.

Gráfico 25. Pág. 342 Tema de consulta.

Gráfico 26. Pág. 343 Origen de las consultas.

Gráfico 27. Pág. 344 Vía acceso al Comité.

Gráfico 28. Pág. 345 Número de veces que cada Comité utiliza la hoja de interconsulta.

Gráfico 29. Pág. 346 Cursos formación continuada.

Gráfico 30. Pág. 347 Comunicaciones.

Gráfico 31. Pág. 350 Nº reuniones 2010.

Gráfico 32. Pág. 351 Representante usuarios.

Gráfico 33. Pág. 352 Máster.

Gráfico 34. Pág. 353 Nº consultas recibidas.

Gráfico 35. Pág. 355 Tema de consulta.

Gráfico 36. Pág. 357 Origen de las consultas.

Gráfico 37. Pág. 358 Número de veces que cada Comité utiliza la hoja de interconsulta.

Gráfico 38. Pág. 359 Cursos formación continuada.

Gráfico 39. Pág. 361 Comunicaciones.

Gráfico 40. Pág. 364 Nº reuniones 2011.

Gráfico 41. Pág. 365 Representante usuarios.

Gráfico 42. Pág. 366 Máster.

Gráfico 43. Pág.367 Nº consultas recibidas.

Gráfico 44. Pág. 369 Tema de consulta.

Gráfico 45. Pág.371 Origen de las consultas.

Gráfico 46. Pág.372 Número de veces que cada Comité utiliza la hoja de interconsulta.

Gráfico47. Pág. 373 Cursos formación continuada.

ANEXOS

ANEXO 1

Documento para la solicitud de colaboración y documentación a los Comités de Ética Asistencial de la Región de Murcia.

Estimados compañeros:

Mi nombre es Flora Vera y soy la secretaria del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario Sta. Mª del Rosell. Estoy realizando una Tesis Doctoral en la Universidad de Murcia sobre los C.E.A. en la Región de Murcia.

Para conseguir este objetivo es necesario tener acceso a alguna documentación sobre cada uno de los Comités y de sus miembros.

He elaborado un documento que le adjunto con todos los datos necesarios para que conozcan el tipo de información que solicito.

La participación en el estudio es completamente voluntaria y las personas participantes no recibirán remuneración económica, pero me comprometo a informarles de los resultados y publicaciones que se generen.

Me dirijo a ustedes para que si lo estiman conveniente, me permitan el acceso a esta información existente en sus archivos en la forma que consideren oportuna.

De igual forma quiero manifestar la garantía de confidencialidad de dicha información así como el compromiso de que la misma sólo será utilizada con tal fin, con el ruego de que transmita este compromiso a los integrantes de su Comité. Por lo demás, el tratamiento de toda la información recogida durante la investigación se hará conforme a la legislación vigente en materia de protección de datos.

Para cualquier aclaración o pregunta puede ponerse en contacto conmigo a través de esta dirección de correo electrónico floriveraescolar@yahoo.es o en el número de teléfono 646-030950.

Agradeciendo de antemano su atención, reciban un saludo.

Documento que incluye las variables solicitadas a los Comités.

Todos los datos solicitados son desde el origen del Comité hasta la fecha.

1. Comités previos a la regulación de los C.E.A. de 2005.
2. Comités posteriores a la regulación de los C.E.A. de 2005.
3. Miembros y evolución de los mismos, altas, bajas, número, categoría profesional, especialidad.
4. Nº de personas ajenas, usuarios, que son miembros del Comité.
5. Formación en Bioética de los miembros pertenecientes a cada Comité.
6. Nº de casos que se estudian.
7. Clasificación de los casos por especialidades.
8. Metodología de trabajo en cada Comité.
9. Procedencia de los casos.
10. Procedimiento de presentación de los casos.
11. Actividades formativas promovidas desde el Comité.

Cartagena 1 de Junio de 2011

ANEXO 2

CUESTIONARIO

1. Comités previos a la regulación de los C.E.A. de 2005.

2. Comités posteriores a la regulación de los C.E.A. de 2005.

3. Miembros y evolución de los mismos, altas, bajas, número, categoría profesional, especialidad.
    a. Miembros nº
    b. evolución de los mismos (comienzo del año- fin del año).
    c. Altas.
    d. Bajas.
    e. categoría profesional.
    f. especialidad.

4. Nº de personas ajenas, usuarios, que son miembros del Comité.

5. Formación en Bioética de los miembros pertenecientes a cada Comité.
    Máster
    Cursos
    Comunicaciones
    Sin formación
    Doctorados
    Libros
    Artículos
6. Nº de casos que se estudian.

7. Clasificación de los casos por especialidades.

8. Metodología de trabajo en cada Comité.

9. Procedencia de los casos.

10. Procedimiento de presentación de los casos.
    - Hoja de interconsulta
    - Teléfono
    - Carta
    - Verbalmente

11. Actividades formativas promovidas desde el Comité.
    - Cursos
    - Seminarios