

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA-Año XII-N. 45

Nueva Ley de Reproducción Asistida

El pasado mes de Mayo entró en vigor la nueva Ley 14/2006 de 22 de Mayo sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, estableciendo un nuevo marco jurídico para España que nos sitúa en la línea de los países con una legislación más permisiva, como Reino Unido, Suecia o Bélgica. Para situarnos, debemos exponer

sumario

Nueva ley de reproducción asistida	1 a 5
Editorial: «Creu de Sant Jordi» al Dr. Abel	2
Más allá de la noticia: «Diagnóstico preimplantatorio»	6 i 7
Capacidad, creencias y trastorno mental:	8 a 10
¿Una ética del desarrollo sostenible?:	11 a 13
La Biblioteca del IBB	14 i 15
Agenda	16

sintéticamente los antecedentes. España disponía ya de una legislación avanzada en materia de reproducción humana asistida, la Ley 35/1988, que fue en su momento una de las leyes pioneras en Europa. Reconocía la aceptación de la reproducción asistida con donante de gametos, permitía el acceso a las técnicas por parte de la mujer sola, sin necesidad de pareja, aceptaba la fecundación “*post mortem*”, etc. Sin embargo, de esta ley, que en el año 1988 se adelantó incluso a la demanda social, no se hizo la necesaria actualización ni revisión de aquellos aspectos que, con los avances de la técnica, iban quedando obsoletos. La apremiante circunstancia que motivó una reforma de la ley fue la realidad de miles de embriones congelados, acumulados en los centros de reproducción asistida españoles, que habían sobrepasado con creces el límite de los 5 años que establecía la ley, sin que se hubiera previsto un destino final para ellos.

Así, en el año 2003, durante la última legislatura del Partido Popular, se modificó la normativa con la Ley 45/2003 que modificaba sólo parcialmente algunos artículos de la ley del año 1988, pero establecía unos criterios restricti-

vos muy perjudiciales para el éxito de las técnicas. La Ley disponía que en cada ciclo reproductivo sólo podían fecundarse un máximo de tres óvulos, salvo excepciones en casos de patologías concretas, pudiendo transferirse los tres al útero de la mujer. Esta medida iba en contra de la eficacia de las técnicas y suponía que las parejas, tras el fracaso de un primer intento de embarazo, tuvieran que soportar la carga física, psicológica y económica de iniciar de nuevo todo el proceso reproductivo, después de un primer intento sin éxito. Además, la ley establecía que las parejas podrían decidir el destino de los embriones sobrantes de procesos reproductivos, acumulados en los bancos antes del año 2003, cediéndolos incluso para investigación, pero no lo permitía para aquellos que se almacenasen con posterioridad a esta fecha, que debían ser donados a otras parejas o destruidos. El objetivo de la reforma era claramente evitar la creación de embriones en exceso, de modo que luego se almacenasen congelados en los bancos, y que se destinasen a investigación por voluntad de los progenitores.

Sin embargo la reforma del año 2003 ha estado en vigor poco más
(pasa a pág. 3)

TRIBUNA ABIERTA
DEL INSTITUT BORJA
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓ
Núria Terribas i Sala

MAQUETACIÓ Y EDICIÓ
Ma. José Abella

CONSEJO DE REDACCIÓ
Francesc Abel i Fabre
Jordi Craven-Bartle
Ester Busquets i Alibés
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO
Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES
Rogeli Armengol
Carles Mendieta
Núria Terribas

IMPRESIÓ:
Ediciones Gráficas Rey
ISSN:1579-4865

EDITA:
Institut Borja de Bioètica,
Fundación Privada
c/ Santa Rosa, 39-57 3a.
08950-Esplugues (BCN)
Telf. 93.600.61.06
Fax. 93.600.61.10
www.ibbioetica.org

«Creu de Sant Jordi» al Dr. Francesc Abel Fabre, s.j.

El pasado día 25 de Septiembre, el presidente de nuestro Instituto fue galardonado por el Gobierno de Catalunya, junto a otras personas e instituciones, con la *Creu de Sant Jordi*, que es el máximo galardón en reconocimiento público y oficial del servicio que la sociedad civil catalana realiza, en el ámbito de la cultura y las ciencias, al conjunto de la ciudadanía y por tanto a Catalunya.

Francesc Abel introdujo la bioética en Catalunya y también en España, como pionero, hace ya 30 años. Durante todo este tiempo ha trabajado incansablemente para defender unas posiciones y visiones sobre los problemas bioéticos, con capacidad de adaptación a los cambios y a los nuevos conocimientos que nos ha dado el avance de las ciencias biomédicas, siempre con espíritu crítico y positivo hacia el mejor bienestar para la humanidad.

No hay duda de que estos reconocimientos llenan de orgullo y satisfacción a los galardonados y también a las instituciones y entidades donde han desarrollado su tarea. Consideramos un deber, desde estas páginas que pretenden hacer difusión de la bioética más allá de nuestro reducido ámbito de referencia, hacer pública la enhorabuena al Dr. Abel, a quien deseamos larga vida para disfrutar del merecido homenaje de servicio a su país. Indirectamente, también todos los profesionales que trabajamos en el Instituto y que nos sentimos parte del mismo, hemos vivido como algo nuestro esta *Creu de Sant Jordi*, por lo que supone de reconocimiento a las enseñanzas de Francesc Abel, del que todos hemos aprendido y que nos ha permitido formarnos trabajando a su lado.

Sin embargo, debemos aprovechar la ocasión para recordar que esta «Creu» simbólica, va acompañada también de una cruz real y angustiosa durante muchos años, como es la limitación de recursos económicos para llevar adelante el trabajo del Instituto, de indudable interés general y con vocación de servicio a la sociedad. Esta es una realidad que debemos tener presente porque a menudo, los reconocimientos públicos a una determinada labor no van acompañados del apoyo que debieran recibir de la Administración... muchas de las entidades que el día 25 de Septiembre recibieron el galardón son testigo de ello, y nuestro Instituto también.

La Bioética es una disciplina fundamental que afecta muy directamente al ámbito de la salud y en general al bienestar de las personas, y por ello creemos que debería recibir mayor apoyo de los gobiernos, precisamente porque es de interés general. El sector privado, salvo algunas excepciones, busca lógicamente el beneficio propio para garantizar su continuidad y el interés general no es objetivo prioritario.

Por ello, nos atrevemos a afirmar una vez más que la financiación de actividades científicas y docentes en el campo de la Bioética debe merecer mayor atención del sector público, en una sociedad desarrollada y socialmente avanzada, que aspira a la excelencia y a la humanización de la atención de los ciudadanos.

(viene de pág. 1)

de dos años, pues con el nuevo mandato de gobierno del Partido Socialista pronto se abordó la reforma de la ley, no parcialmente sino con carácter integral, dando lugar finalmente a la Ley 14/2006 que aquí comentamos.

Elementos más destacados de la nueva ley

Los rasgos más característicos de la nueva ley, que varían del texto anterior y de la reforma del 2003, son los siguientes:

☛ La ley no establece límite al número de óvulos que se pueden fecundar en cada ciclo, dejándolo al criterio de los profesionales que deben valorar en cada caso la patología y la situación concreta de los progenitores, pero sí en cambio limita a tres el número de embriones para transferir al útero de la mujer, en cada intento de embarazo, con el fin de evitar los embarazos múltiples y la reducción embrionaria. Debemos decir que este límite se ajusta a la práctica que, ya habitualmente, se aplica en los centros de reproducción asistida, para garantizar la salud de la madre y el buen desarrollo de la futura gestación.

La supresión de los límites en la obtención de óvulos para fecundar en cada ciclo creo que es acertada ya que de hecho, la regulación restrictiva del 2003 forzó a elaborar el Real Decreto 1720/2004 de 23 de Julio (BOE nº 180 de 27.07.04), que recogía todas aquellas patologías excepcionales al criterio general. El listado era tan amplio que la excepción se convirtió en norma general y viceversa. No obstante, la libertad de

criterio que se da en la nueva norma a los profesionales, para decidir cuántos embriones deben obtenerse en cada ciclo reproductivo, deberá ser administrada con prudencia y velando siempre por el mejor interés y bienestar especialmente de la madre, basándose en un principio general de respeto a la vida humana, así como también por el criterio restrictivo de no generar más embriones de los necesarios, para evitar que vuelvan a acumularse centenares en los bancos... Contrariamente si el criterio, minoritario pero existente, es que *el número de embriones que se generen es lo menos importante, y si sobran mejor porque habrá más para investigación*, no parece un criterio éticamente aceptable ni respetuoso con el proceso reproductivo humano. El destino de los embriones sobrantes para investigación no debe ser una finalidad más dentro del proceso reproductivo, sino un mal menor cuando la primera finalidad –la reproducción–, ya ha sido descartada.

☛ En segundo lugar, debemos destacar que la ley especifica los cuatro destinos posibles de los embriones sobrantes que queden congelados, a la decisión de sus progenitores, eliminando toda restricción por razón del tiempo o fecha en que estos embriones fueron creados. Así, se podrá optar por:

- a) utilizarlos para la propia mujer o su cónyuge,
- b) darlos con finalidad reproductiva,
- c) darlos con finalidad de investigación,
- d) interrumpir su crioconservación sin otro destino (destrucción).

En este último caso, será necesario que se hayan agotado los plazos de conservación que la ley dispone –cuando la mujer ya no reúna los requisitos que técnicamente se consideren necesarios para conseguir una gestación con garantías–. Antes de este momento, la decisión de destruirlos no será válida pero sí en cambio lo serán las demás.

Parece que este último criterio pretende incentivar la donación de embriones para otras finalidades, pues si la mujer sola o la pareja no están dispuestos a donarlos para reproducción o para investigación, ni tampoco para su propio uso, deberán esperar a superar el tiempo de una posible gestación de la mujer para poderlos destruir... es un tanto contradictorio porque mientras tanto, los bancos de embriones tampoco pueden disponer de ellos sin la autorización de los progenitores y por tanto esos embriones están destinados a quedar almacenados en los bancos durante unos cuantos años, sin ningún sentido.

Por otra parte, debemos tener presente que la autorización o decisión del destino de los embriones sobrantes la deben dar los progenitores antes de comenzar el proceso. La finalidad de esta medida es corresponsabilizarlos ya desde un inicio en el futuro de los embriones que puedan ser sobrantes del proceso; a mi juicio, no parece que el momento inicial sea el más adecuado, por lo menos desde el punto de vista psicológico. Cuando una mujer o una pareja recurren a la reproducción asistida, buscando ayuda técnica para hacer realidad la ilusión de concebir a un hijo, parece que forzarlos a tomar una decisión de

futuro sobre el destino de los embriones que sobren parece, como mínimo, precipitado.

Seguramente la gran mayoría optará por guardarlos, por si falla el proceso en un primer intento o para tener más hijos, sin atreverse a pensar más allá. Además, la ley prevé que esta decisión deberá renovarse cada dos años, y si después de dos veces no se obtuviera respuesta de los titulares, los embriones congelados quedarían a disposición de los bancos.

➔ La ley regula el **diagnóstico preimplantacional**, ya previsto en la norma anterior siempre que fuese en beneficio del propio embrión. Ahora lo contempla también para el caso que persiga determinar la histocompatibilidad del embrión con un tercero con finalidades terapéuticas para este tercero (de especial trascendencia cuando se trate de curar a un hijo que padece una enfermedad incurable y muchas veces mortal, con el trasplante de células de un hermano concebido mediante TRHA). Esta posibilidad requerirá de la autorización caso por caso, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, que evaluará las circunstancias clínicas, terapéuticas y sociales de cada petición.

No me extenderé en el comentario de este punto de la ley ya que le dedicamos nuestro comentario de la noticia en las páginas siguientes, pero sí como mínimo decir que ha sido uno de los aspectos más polémicos de la ley y que ha generado más críticas a la iniciativa del gobierno, ya que según algunas opiniones ha pesado más el dramatismo que afecta a las 150 familias aproximadamente que

padece este problema en España, que los cuestionamientos éticos de la medida aprobada. Desde el punto de vista jurídico se ha comentado que la norma debe tener vocación general y no particular para unos cuantos casos, mayormente cuando existen interrogantes desde el punto de vista moral. El hecho es que la regulación está recogida en la ley y actualmente ya existen peticiones en curso (ver «*Más allá de la noticia*», págs. 6 y 7).

➔ Otra característica interesante de la nueva ley es que para evitar caer en el mismo error en que incurrió la ley anterior, **el texto no incluye una lista cerrada de técnicas sino que enumera la relación de técnicas que hoy en día se aplican** (inseminación artificial, fecundación in vitro e inyección intracitoplasmática de espermatozoides-ICSI- con transferencia de embriones, y transferencia intratubárica de gametos), **aunque dejando la puerta abierta a que nuevas técnicas o variantes de las existentes puedan ser experimentadas previa autorización de la autoridad sanitaria**, con el informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida. Así, si resultan eficaces, estas nuevas técnicas podrán ser autorizadas por el Gobierno mediante un Real Decreto, sin necesidad de reformar la ley.

Puntos que no cambian

También creemos necesario comentar aquellas cuestiones que la ley recoge, y que dan continuidad a la regulación anterior o en todo caso que introducen algún matiz. Una de ellas es el hecho de que a

las técnicas puede acceder cualquier mujer mayor de 18 años, independientemente de su estado civil y de su orientación sexual. Esta previsión de la ley ya existía, si bien sin la mención explícita del estado civil u orientación sexual, aunque “*de facto*” así se interpretaba. Al amparo de la ley anterior, un número elevado de mujeres solas han sido madres con ayuda de las técnicas de reproducción asistida y también parejas de mujeres homosexuales, aportando una el óvulo y la otra el útero para la gestación, requiriendo únicamente un donante anónimo de gametos masculinos.

Parece que el legislador ha querido dejar claro el criterio de «no discriminación», pero en cambio en alguno de sus apartados continúa hablando “*de autorización del marido*” refiriéndose sólo al sexo masculino... probablemente ni siquiera el legislador está bastante familiarizado con esta nueva “igualdad” y se le escapan algunas expresiones procedentes de una mentalidad no tan avanzada... De lo contrario, resulta incomprensible porque no mantiene el mismo criterio a lo largo de todo el texto, hablando siempre de la “pareja progenitora”, tal como hace en la mayoría del articulado.

Otro elemento que se conserva de la ley anterior, aunque con algún cambio, es la aceptación de la inseminación “*post mortem*”, que permite el reconocimiento de la filiación de los futuros hijos del marido o compañero muerto, antes de que se haya iniciado la gestación, si había autorizado el uso de su material genético obtenido para tener hijos con la esposa o compañera. Esta autorización podrá ser expresa, incluso mani-

festada en un documento de Voluntades Anticipadas, o se presumirá, si se hubiera iniciado el proceso y ya se hubieran obtenido embriones, pendientes sólo de transferir al útero de la mujer, a no ser que él mismo hubiera expresado lo contrario. El tiempo válido para esta autorización es como máximo de 12 meses desde la muerte, mientras que en la ley anterior era sólo de 6 meses.

Prohibiciones

Finalmente, respecto a las prohibiciones, la ley mantiene la nulidad de todo contrato o acuerdo de la gestación subrogada o “alquiler de útero”, de forma que la maternidad se determinará por la gestación y el parto, y por tanto la mujer que encargue la gestación nunca será reconocida como madre del recién nacido. Respecto a este particular la justificación desde el punto de vista ético es evitar el mercantilismo que se podría establecer con el pago de dinero a cambio de una gestación, con un claro criterio utilitarista y de desnaturalización del proceso reproductivo. No obstante, hay voces que reclaman también que en algunas ocasiones se hiciera una excepción acreditando el altruismo y el desinterés, p.e., en casos de hermanas o amigas que voluntariamente se prestaran a ello, haciendo posible una maternidad muy deseada. Actualmente, la opción del legislador es de prohibición en términos absolutos, sin contemplar posibles excepciones.

A mi entender con esta medida, prudente y acertada, se rompe sin embargo el criterio igualitario o de no discriminación entre hom-

bres y mujeres en la reproducción asistida, por el simple hecho de que el hombre por si solo no puede gestar y por tanto siempre necesitará de una mujer que se preste. En este sentido, y con la ley en la mano, la mujer sola o pareja de mujeres pueden tener un hijo propio, genética y biológicamente, y un hombre solo o pareja de hombres no. En cambio, según la ley civil, si que podrán adoptar a una criatura ... ¡Paradojas de la norma!

También el texto mantiene la prohibición de seleccionar el sexo de los hijos o modificar caracteres hereditarios siempre que no haya una causa de enfermedad o patología ligada a estos caracteres.

Como último punto, comentar brevemente la cuestión de la clonación: la ley – en sintonía con el Código Penal y el Convenio Europeo de Biomedicina y Derechos Humanos – recoge claramente la prohibición de la clonación reproductiva, por considerarla un atentado a la dignidad humana, de manera que excluye el uso de la técnica de la clonación, en el campo de la reproducción, que persiguiera la obtención de sujetos genéticamente idénticos.

En cambio, no hace mención de la clonación terapéutica o utilización de la técnica de la clonación para la obtención de células madre embrionarias, con finalidades terapéuticas. La ley no dice nada intencionadamente, pues el gobierno ya ha finalizado el texto de la futura “*ley de investigación biomédica*”, que prevee su autorización, y que está pendiente sólo del trámite parlamentario. Se pretende, pues, distinguir claramente entre lo que es reproducción y lo que es investigación, dejando la

clonación terapéutica al margen del texto que hemos comentado.

La cuestión de fondo

Como última reflexión, quisiera comentar que el trasfondo de la aceptación o condena de muchos de estos avances en reproducción asistida es siempre el mismo: la discusión sobre el estatuto ético, ontológico y jurídico del embrión humano.

Si partimos de una configuración del embrión como algo intocable desde el mismo momento que se inicia la unión del óvulo con el espermatozoide, y que únicamente debe darse en su proceso natural sin intervención de la técnica, entonces no existe ninguna posibilidad de diálogo ya que todas estas medidas son censurables.

Si por contra, consideramos que el proceso de la reproducción humana debe poder aceptar la intervención de la técnica cuando existen dificultades, y que el embrión en el laboratorio y antes de su implantación merece respeto y protección, pero tiene una categoría y un valor propio, distinto del embrión implantado y ponderable con otros valores que puede haber en juego, entonces podríamos hablar de la aceptación y de los límites para determinadas técnicas y procesos... Éste, pues, es un debate que aún no está resuelto ni en España ni en el resto del mundo, a pesar de que de ello depende la felicidad de muchas parejas y también el futuro de la ciencia y del conocimiento de muchas enfermedades hoy incurables.

NÚRIA TERRIBAS SALA

JURISTA Y DIRECTORA DEL
INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA (URL)

Concebir un hijo para curar al hermano enfermo

Una de las novedades de la Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, aprobada recientemente en España, ha sido la aceptación del diagnóstico preimplantacional, no sólo en beneficio del propio embrión –tal como establecía la ley de 1988– sino también en beneficio de un tercero. La mayoría de casos, especialmente aquellos que han recogido los medios de comunicación con más carga emocional, se refieren a situaciones de familias con un hijo afectado por una enfermedad genética muy grave (anemia de Fanconi, anemia de Blackfan-Diamond, etc.), incurable y muchas veces mortal, que piden que la ley autorice la aplicación de la técnica con esta finalidad, es decir, con la esperanza de tener otro hijo genéticamente compatible con el hermano y que sirva así como donante de células.

Respecto a esta medida, ha habido interpretaciones para todos los gustos, y desde el punto de vista ético, en sentido reprobatorio, se ha hablado de utilitarismo, de “eugenesia”, de “vidas manipuladas” e incluso de “pérdida de la dignidad humana”. Es preciso analizar el tema con detenimiento pues existen elementos en juego de distinta índole.

De entrada, debemos establecer la presunción de que aquellos padres que buscan desesperadamente otro hijo para curar al que tienen gravemente enfermo, no sólo se guían por esta finalidad utilitarista de conseguir aquellas células que lo puedan salvar, sino que llaman a la existencia a otro hijo

La selección genética de hijos para curar a un hermano enfermo ya es legal

«Unas 150 familias podrán iniciar ya los trámites para la selección genética de un embrión que, además de nacer sano, sirva como donante para tratar a su hermano enfermo... El permiso deberá darlo «caso a caso» la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida»

El País, 12 de Mayo de 2006

El Gobierno estudiará 20 peticiones de selección de embriones

«La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida se reunirá en las próximas semanas para estudiar unas veinte peticiones recibidas. La Ministra de Sanidad, Elena Salgado, anunció esta reunión y explicó que de momento, la información que se tenía de las solicitudes era absolutamente insuficiente para comenzar a trabajar... la mayoría de ellas procedían del Instituto Valenciano de la Infertilidad y se debería contactar con ellos para ampliar los datos de cada caso, sin los cuales no se podría valorar su viabilidad».

El Periódico, 3 de Octubre de 2006

que será plenamente deseado y muy querido... si no fuese así, entonces sí podríamos hablar de que existe una gran desproporción entre el objetivo final y los medios utilizados y por lo tanto podríamos concluir que ¡el fin no justifica los medios!

Establecida esta presunción, debemos concretar bien cómo se lleva a cabo el proceso. La técnica exige diagnosticar primero qué embriones están sanos y cuáles están genéticamente afectados por la misma enfermedad que se pretende curar, ya que su origen es genético. Por lo tanto, es cierto que necesariamente, para conseguir el objetivo último de una posible curación de un hermano enfermo, debemos pasar por una selección previa de embriones en el laboratorio, descartando no sólo

a aquellos que estén enfermos sino incluso de entre aquellos que estén sanos, escogiendo sólo aquel que muestre histocompatibilidad con el niño que queremos curar. Este embrión seleccionado será transferido al útero de la madre, y deberá implantarse para desarrollar un embarazo normal, pero cuenta con un porcentaje de fracaso considerable, lo que llevaría a iniciar de nuevo todo el proceso.

Al mismo tiempo, debemos tener en cuenta que la selección por diagnóstico preimplantatorio supone porcentualmente que 3 de cada 4 embriones sanos conseguidos no serán compatibles y por lo tanto serán descartados para aquel proceso reproductivo. Si fracasa y se debe repetir más veces se desestimarán un elevado número de embriones por el camino.

Además, existen otros factores que desde el punto de vista ético deberían ser revisados:

☛ Por una parte, dando por supuesto que se alcanzase el primer objetivo de que nazca un hijo sano y compatible, para curar a su hermano, **debería analizarse bien qué futuro le espera, en función del tipo de enfermedad y tratamiento que seguirá.** No sería justo que se le convirtiera en un “reservorio” de células, sometándolo a constantes intervenciones y trasplantes. No todos los casos se resuelven sólo con un trasplante de células troncales al nacer, y por tanto, debería hacerse un estudio cuidadoso y ponderado del tratamiento que se seguirá y de sus posibles fracasos y necesidad de repeticiones. En este sentido, si somos rigurosos y estrictos con el trasplante de donante vivo, respecto a la exigencia de consentimiento informado y la información exhaustiva al donante, lo debemos ser también con un recién nacido a quien no podemos pedir consentimiento de si quiere o no ser sometido a este proceso. En estos casos son los padres que deciden por él y, con la mejor intención, vulnerando el principio de no maleficencia hacia el recién nacido seleccionado genéticamente. De ahí, la prudente previsión de la ley de que cada caso sea revisado por la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida ya que de su informe dependerá la autorización, valorando con adecuada ponderación el riesgo/beneficio.

Tal como explica la noticia que encabeza este artículo, de las 20 peticiones que ya están formuladas, muchas de ellas no tienen información suficiente para comen-

zar a trabajar. Cabe esperar que estas autorizaciones sean realmente excepcionales, siendo cada caso debidamente documentado y estudiado, sin convertirse en un simple trámite burocrático.

☛ Por otra parte, hay que tener en cuenta las **posibles repercusiones psicológicas cuando las expectativas de curación del hermano enfermo no se vean cumplidas.** El efecto que puede producir este fracaso puede plasmarse injustamente sobre el mismo hijo concebido para curar, a quien se culpabilice, inconscientemente, de la muerte del hermano o del empeoramiento de su calidad de vida si la terapia no ha dado el resultado esperado. Por eso, las familias necesitarían contar con la ayuda psicológica precisa ya que en algunos casos quizás sería mejor no autorizar la técnica si ante un fracaso, los males que se pueden derivar pueden ser mayores que el beneficio esperado.

☛ Para finalizar, y no menos importante, hay que tener en cuenta que **la selección por diagnóstico preimplantacional supone, tal como hemos comentado, que queden descartados en el proceso un significativo número de embriones.** Estos embriones sanos, en principio serán “sobrantes”, debiéndose decidir su futuro, que difícilmente será para la reproducción, ni de los propios progenitores ni de otras parejas. No es un problema diferente del que se plantea con los embriones sobrantes de procesos reproductivos ordinarios, una vez finalizado el proyecto de familia... pero sí tienen el matiz diferenciado de que en estos casos, su propia condición de “sobrantes” no es sobrevenida cuando se concluye el pro-

ceso reproductivo por voluntad de los padres, sino que “*intencionadamente*” son descartados en origen debido a su condición histológica, a pesar de ser perfectamente válidos para la reproducción. Además, en número pueden ser bastantes en cada proceso, ya que en la hipótesis de ser necesario más de un intento para conseguir el embarazo con el embrión “*válido*”, serán descartados entre 6 y 8 embriones sanos.

Situados en el caso concreto y personal, todos somos conscientes de que la situación de estos padres angustiados por un hijo gravemente enfermo, con la posibilidad de concebir otro que lo salve, no admite muchos razonamientos éticos ni planteamientos teóricos. Desean por encima de todo que la técnica los ayude a salvar ese hijo, a pesar de que el precio sea desechar unos cuantos embriones que no sirven para este fin, pero, en definitiva, ¿qué son los embriones?

Como comentaba en el artículo «*Nueva Ley de Reproducción Asistida*», volvemos al mismo punto de partida. ¿Qué valor damos al embrión humano cuando existen otros valores en juego como puede ser la vida de un hijo de 3 ó 5 años?

El legislador español ya ha opinado con una regulación bastante prudente, que pretende ser rigurosa caso por caso. Confiemos que prevalezca el criterio excepcional y razonable, no sólo ahora al inicio de la aplicación de la ley sino también, en el futuro.

NÚRIA TERRIBAS SALA

JURISTA Y DIRECTORA DEL
INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA
(UNIVERSITAT RAMON LLULL)

Capacidad, creencias y trastorno mental

El reconocimiento y respeto de la capacidad o competencia de un paciente ha devenido un factor esencial en la relación clínica. Si la relación clínica se basa en esta regla, el antiguo paternalismo de la práctica médica puede darse por acabado. Toda persona capaz es libre para decidir acerca de su cuerpo y su conducta mientras ésta no vulnere el derecho de los demás. Una vez establecida la capacidad de una persona nadie puede decidir y obrar contra el ejercicio de su autonomía. Se trata de uno de los pilares procedimentales más importantes de una sociedad liberal, democrática, en la que los valores se pueden discutir, pero ya no se pueden imponer.

Sin embargo, el peligro está en no aplicar este criterio y hacer abuso de una supuesta incapacidad del paciente para obviar su voluntad, cuando ésta se manifiesta contraria al criterio médico.

■

Toda persona capaz es libre para decidir acerca de su cuerpo y conducta mientras ésta no vulnere el derecho de los demás... establecida la capacidad de la persona nadie puede decidir y obrar contra el ejercicio de su autonomía

■

Los derechos básicos, individuales no pueden originar deberes por lo que discrepo cuando se afirma que las personas tenemos deberes que pueden limitar nuestra autonomía por el bien de la comunidad. Por ello, debemos

respetar a los *testigos de Jehová* cuando sostienen que la transfusión de sangre es pecaminosa y, por consiguiente, no pueden ser promotores de la donación de sangre, lo cual es encomiable para el resto de los ciudadanos.

Si nos fijamos en el redactado de las constituciones de las sociedades democráticas se advertirá que en ellas se señalan pocos deberes y, en ocasiones, cuando se establecen no siempre se hace de modo correcto. Es lo que sucede con el artículo 35 de nuestra Constitución cuando habla del derecho al trabajo y, a su vez, exige el deber de trabajar. Está muy claro que este deber no puede ser exigido, pues ¿qué pasaría en este caso con los que viven sin trabajar?, ¿se les debería perseguir? Si se establece el derecho a la propiedad, ¿se debería perseguir a los que viven de los alquileres de una o dos viviendas? Lo único que puede exigirse como deber es el respeto al derecho de los demás y el pago de impuestos. Así pues, en una sociedad liberal sólo pagar impuestos y no destrozarse el mobiliario urbano, todo lo demás vendrá regido por el derecho de los demás. En el contexto médico, por ejemplo, tenemos el derecho a ser médicos (al escoger libremente una profesión) y, de acuerdo con este derecho, se van a originar los deberes para ejercerla de modo correcto, precisamente, para respetar los derechos de los otros, en este caso, de los pacientes.

Ahora bien, los derechos inherentes a la condición de personas no originan deberes más que cuando se pueden violar derechos a los

demás. Tenemos reconocido el derecho a la vida, pero no tenemos el deber de conservarla. Prescribir este deber supondría que el paternalismo de los médicos que hemos echado por la puerta lo dejamos colar de nuevo por la ventana. En la relación clínica, según mi criterio, el apotegma adecuado es el que dice: el paciente capaz no puede ordenar lo que se le debe hacer, pero decide, de un modo absoluto, sobre lo que no quiere que se le haga.

■

En la relación clínica el apotegma adecuado es el que dice: el paciente capaz no puede ordenar lo que se le debe hacer, pero decide, de un modo absoluto, sobre lo que no quiere que se le haga.

■

Los estados clínicos que limitan la capacidad de un paciente se reducen a las situaciones en las que la racionalidad está disminuida. De modo resumido cabe decir que la capacidad está disminuida en los casos en el que el juicio está maltrecho como en las psicosis y embotado o muy exaltado en los graves trastornos del humor (manía y depresión); en los trastornos de personalidad el juicio suele estar indemne. Así pues, la capacidad está disminuida en aquellos trastornos en los que de modo temporal o permanente el juicio de la realidad está alterado. Volveré sobre ello enseguida. Pero antes me referiré a la depresión porque sobre ella es donde el examen de la capacidad se hace más complicado.

Pienso que la situación clínica que puede hacer más difícil el acuerdo sobre el diagnóstico de capacidad es la depresión, porque frecuentemente se confunde la depresión clínica con aquello que no lo es. Entiendo por depresión un trastorno bien clasificado, pero no los estados de aflicción o tristeza con los que puede confundirse la depresión. Los grandes escritores no suelen equivocarse sobre estos estados y, de modo general, no hablan de depresión cuando no la hay, sino, más propiamente, de tristeza, pesar o aflicción.

☛ Un ejemplo clínico de lo que deseo aclarar lo puede ofrecer el caso de *Ramón Sampedro*. Este hombre, como cualquier hombre o mujer en su situación, podía estar pesadoso, desmoralizado, afligido, malhumorado, triste o con sensación de desamparo, pero no tenía porqué estar deprimido, si por ello se entiende la depresión como un cuadro clínico bien clasificado. *Sampedro*, según todas las informaciones, no estaba deprimido aunque pudiera estar afectado o incluso afligido. En estas situaciones, por consiguiente, la capacidad está indemne. Así, pues, es muy conveniente establecer un buen diagnóstico de depresión y no confundir la depresión, en primer lugar con el duelo, y tampoco con la desolación, la consternación, el decaimiento, la tristeza, el abatimiento, la tribulación o la desmoralización. Por otra parte, es bien cierto que todos estos estados pueden mejorarse con la toma de medicamentos.

También es muy importante observar que el estar abrumado, obnubilado u obcecado puede impedir, temporalmente, el hecho

de mantener un buen juicio. Pero estos estados son influenciados en parte, lo que no sucede en los estados de depresión. En los estados de gran turbación, en los que la persona está muy abrumada es cuando puede y debe dialogarse de manera productiva con el paciente y el médico no puede ser expeditivo, impulsivo u obcecado. Pero, el diálogo productivo puede ser imposible con un delirante o un paciente deprimido. Un paciente con una depresión bien diagnosticada no está interesado en el diálogo incluso es inmune o indiferente al diálogo. El paciente, “no está, no es él”, como me decía una persona deprimida que, además, razonaba bastante bien, pero que, a la vez, sentía que algo vital, propio y sustantivo había desaparecido.

■
Entendemos que el enjuiciamiento es correcto cuando se formulan ideas que son acordes con las que se aceptan en una determinada comunidad, aunque éstas puedan ser disparatadas a juicio de los más sensatos
■

Entendemos que el enjuiciamiento es correcto cuando se formulan ideas que son acordes con las que se aceptan en una determinada comunidad, aunque éstas puedan ser disparatadas a juicio de los más sensatos. Esta situación se observa cuando una madre aprueba la mutilación genital de sus hijas. Quienes sostenemos unas reglas basadas en los derechos humanos y respetamos la autonomía de las personas consideramos que estas prácticas son aborrecibles y deberían proscribirse, pero, a su vez, debe admitirse que el

juicio de una madre que fuerza a su hija y la conduce a la mutilación, no está disminuido porque la mujer mantiene las ideas de su comunidad, aunque nosotros no las aprobemos. Ahora bien, cuando una persona nos dice que la diálisis puede ser peligrosa o puede intoxicarnos, el juicio está perturbado porque no se corresponde con la evidencia aportada por la ciencia y aceptada por todos. Al que dice tales cosas se le considera paranoico... Sin embargo, si afirma que su creencia religiosa le impide que la sangre salga de su cuerpo, puede no serlo. Aquí subyace la diferencia: el paranoico emite juicios sobre la realidad observable, no sobre su propia realidad sentida, que incluye creencias religiosas.

Por otro lado, el miedo puede llevar a la negación de un tratamiento, pero el diálogo con el equipo asistencial, suele cambiar la situación. Tener miedo no tiene nada que ver con la paranoia porque en tal caso no se enjuicia sobre lo que hay sino acerca de lo que se siente o lo que se quiere, por consiguiente, el pensamiento está bien conservado y, a pesar del miedo, es racional. En estos supuestos se podrá dialogar con el paciente y ayudarle a recuperar el sosiego.

Una situación por completo diferente se produce cuando quien mantiene un juicio acerca de una propuesta médica no se refiere a los hechos bien establecidos sino que se refiere a opiniones de carácter ideológico, es decir, a valoraciones de la realidad. Esto lo observamos cuando se alegan ideas de carácter religioso o mágico como puede ser la práctica de la mutilación genital. ¿Cuándo y cómo discernimos que una ideo-

logía tiene un carácter religioso y, por consiguiente, respetable sin más, de una ideología que no es racional y no tiene un fundamento religioso? A mi parecer, una ideología de carácter religioso contiene ideas y valoraciones, que si bien a algunos pueden parecer irracionales, quien la mantiene, no sólo es racional en su comportamiento habitual sino que sus ideas pueden ser fácilmente compartidas por otros. Es lo que ocurre con los *testigos de Jehová* o con los *amish* de Estados Unidos; con la estricta prohibición de no trabajar en sábado o no consumir mejillones o con la prohibición de consumir alcohol o carne de cerdo. La mujer que cree que la diálisis es tóxica está exhibiendo un déficit de juicio porque su aseveración no puede ser compartida por la gente común. No obstante, si esta persona nos dijera que acaba de fundar una religión que sostiene este principio, el asunto toma un cariz distinto. Por otra parte, es evidente que no cualquiera puede fundar una religión. Los psicóticos no pueden porque el pensamiento de un psicótico es idiosincrásico, muy singular y peculiar, y no prende en la consideración de los demás. En cambio, las fantasías religiosas pueden parecer muy irracionales a quienes no las profesan, pero se distinguen de las producciones manifiestamente irracionales o delirantes porque pueden ser compartidas por mucha gente, pueden ser aceptadas y además, sobre todo hoy en día, no interfieren con la vida ordinaria de la comunidad que las acepta o las respeta.

El anterior *ex curso* por el respeto debido a las ideas religiosas se hace conveniente para probar y

aceptar que el consentimiento no puede quedar atado o condicionado de modo abstracto al llamado bien común o a un supuesto derecho colectivo, sino sólo sobre el bien individual. Así, no aceptamos que una idea sobre el bien común nos conduzca a respetar la decisión de unos padres que no consienten la transfusión a su hijo de diez u once años, y, por consiguiente, no se les reconoce esta potestad. Como resulta obvio, tampoco aceptamos la mutilación de las niñas aunque su comunidad crea y tenga establecido que dejar a una niña sin mutilación le va a acarrear todos los males. Si existiera una religión que prohibiera la vacunación no aceptaríamos este precepto precisamente porque en estos casos se desborda el ámbito de la propia persona a la que referimos los derechos y se puede perjudicar a otros que tienen los mismos derechos.

■
El derecho y ejercicio de la autonomía, incondicionado para uno mismo, se acaba cuando se puede perjudicar a otro.
■

Para terminar con este tipo de precisiones, puede afirmarse que no tenemos el derecho a una madre viva, pero sí que tenemos el derecho a que nuestra madre no nos transmita la viruela, si la hubiera en la comunidad, u otra enfermedad grave transmisible que pueda evitarse. Nuestra madre puede practicar un deporte de riesgo poniendo en peligro su vida si esto es lo que quiere, pero ella no tiene el derecho a rechazar la vacunación porque este rechazo puede poner en peligro la vida de otro.

Cuando en el *Comitè de Bioètica*

de Catalunya se discutió si debía ser obligatorio pedir el consentimiento de una mujer gestante para la realización de una analítica que estableciera si habían o no anticuerpos VIH, mi posición, que no fue muy compartida, defendió que el consentimiento de la mujer no debía pedirse formalmente en este caso. No puede dejar de hacerse una analítica, de cuyos resultados pueden derivarse medidas de protección del futuro hijo ante un eventual contagio, por el ejercicio de una autonomía absoluta de la madre. Así, pues, el derecho y ejercicio de la autonomía, incondicionado para uno mismo, se acaba cuando se puede perjudicar a otro.

En lo relativo a las escalas para valorar la capacidad de los pacientes, pienso que los médicos deben ir admitiendo su uso siempre que éste no constituya un abuso y una tortura para el paciente. Porque según sean estas escalas, al administrarlas se puede perder el respeto debido a los pacientes. Si están bien pensadas y no abruman a las personas enfermas pueden ser de ayuda porque pueden favorecer al establecimiento de un enjuiciamiento objetivado del diagnóstico de incapacidad. A mi juicio, estas escalas deberían valorar, además de un pensamiento lógico que no niegue la evidencia, otros elementos como: la atención; la capacidad de no distraerse, la facultad de previsión y las consideraciones razonables acerca del interés propio, por oposición a la indiferencia como puede suceder, entre otros, en los casos de depresión.

ROGELI ARMENGOL MILLANS

PSIQUIATRA Y PSICOANALISTA
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

¿Debe de existir una ética del desarrollo sostenible?

La oportunidad de este artículo me permite plantear un debate que, entiendo, debe ser previo a cualquier consideración ética sobre el concepto de desarrollo sostenible:

¿Es posible, necesario e incluso correcto estructurar una ética del desarrollo sostenible?

Antes de nada para dar respuesta a esta pregunta, quisiera precisar que “desarrollo sostenible” no significa “desarrollo sostenido”, es más, personalmente, creo que es una expresión redundante en sí misma, puesto que el desarrollo o es sostenible o, sencillamente, no es desarrollo (aunque después veremos que no todos los autores están de acuerdo con esta posición).

El desarrollo sostenible es la capacidad de garantizar la satisfacción de las necesidades actuales sin malograr las posibilidades de las generaciones futuras de satisfacer sus propias necesidades

Naciones Unidas definió el concepto de “desarrollo sostenible” tal como se recoge:

“La capacidad de garantizar la satisfacción de las necesidades actuales sin malograr las posibilidades de las generaciones futuras de satisfacer sus propias necesidades”.

Este gran principio se aleja de la visión estrictamente ambientalista del término y establece que para que el desarrollo sea sostenible debe incorporar tres elementos al mismo tiempo:

- ✓ Desarrollo económico
- ✓ Desarrollo social
- ✓ Desarrollo ambiental

Cabe decir que, últimamente, se incluye un cuarto elemento, el “desarrollo ético”, aspecto que, posiblemente, debería de actuar más como marco de referencia que no como un aspecto específico del desarrollo.

El “desarrollo ético” debería de actuar más como marco de referencia que no como un aspecto específico del desarrollo

Esta definición, más voluntariosa y bien intencionada que operativa, se ha concretado en tres leyes que sí nos permiten ajustar más su significado:

1. No deben consumirse los recursos renovables a una velocidad más alta que su propia capacidad de renovación.

El paso más evidente del incumplimiento de esta ley es la gestión de los recursos forestales en países del tercer mundo.

2. No deben consumirse los recursos no renovables a una velocidad mayor que la necesaria para encontrar sustitutos.

Esta segunda ley tiene su mayor exponente de incumplimiento en el consumo de los combustibles de origen fósil, en general, y en el petróleo, en particular.

3. No deben producirse residuos u emisiones a una velocidad ma-

yor de la necesaria para convertirlos en inocuos.

La gestión de los residuos nucleares, dado el tiempo que debe transcurrir para su conversión en material inocuo (se calcula un mínimo de 300 años) o la acumulación de ciertas sustancias peligrosas o de difícil biodegradación a los vertederos, son algunos ejemplos de incumplimiento de estas leyes.

Una forma de expresar estas leyes nos la ofrece el análisis de los impactos:

Impacto = Población x Recursos utilizados x Tecnologías de uso

Si damos valor a cada una de estas variables, podemos concluir con facilidad que vivimos en un mundo no sostenible o, tal y como lo expresaba Gandhi: “Dios no ha querido que la India sea una gran potencia. Si Gran Bretaña ha necesitado medio mundo para convertirse en lo que es, la India necesitaría dos planetas”.

Ciertamente, si fuera posible que toda la población mundial viviera como en el primer mundo, sin modificar los modelos de consumo, ni las tecnologías de uso necesitaríamos más de tres planetas como el nuestro. De alguna forma, podemos considerar que los principios del desarrollo sostenible pretenden ofrecer una visión más completa de la realidad que la que nos ofrecen ciertas visiones reduccionistas de algunas disciplinas y, en especial, ciertas tendencias de la economía.

A pesar de ello, no todos los autores aceptan este punto de partida.

☛ **Salvador Rueda**, reconocido experto, fundador del «*Observatori de Sostenibilitat de Catalunya*» y director de la *Agencia de Ecología Urbana de Barcelona*, considera que las expresiones “desarrollo” y “sostenible” son contradictorias en si mismas. Como él indica, el desarrollo hace referencia al concepto de crecimiento, mientras que la sostenibilidad al mantenimiento. (1)

■

*Las expresiones
«desarrollo» y «sostenible»
son contradictorias en
si mismas ya que el
desarrollo hace referencia al
concepto de crecimiento,
mientras que la sostenibilidad
al mantenimiento*

■

Rueda, afirma que en todo proceso de adaptación y de desarrollo natural aparece el concepto de entropía, por el que todo organismo vivo tiende a una mayor complejidad con el objetivo de disminuir sus consumos. De hecho, las especies que no han evolucionado en esta dirección han acabado extinguiéndose. Cabe decir que los seres humanos son los únicos seres que contradicen esta ley en su intento de simplificar, al máximo, sus modelos organizativos para poder incrementar sus consumos. Este punto de partida le lleva a expresar la **fórmula de indicador de sostenibilidad** como E/H en el que E es la energía consumida y H el índice de complejidad de la comunidad analizada. Igualmente, afirma que los seres humanos estamos viviendo en un modelo de

sociedad en la que se tiende a una simplificación constante de la complejidad con el objetivo de generar un crecimiento exponencial de los consumos, exactamente en la línea contraria a la sostenibilidad.

■

*Los seres humanos vivimos
en un modelo de sociedad en
la que se tiende a una
simplificación constante de la
complejidad con el objetivo
de generar un crecimiento
exponencial de los consumos,
exactamente en la línea
contraria a la sostenibilidad.*

■

Como consecuencia de este planteamiento básico, **Salvador Rueda**, defiende que la construcción de modelos de vida más sostenibles tan sólo es posible a partir de incrementar el conocimiento y que éste sólo se da cuando, a través de mejores y más completas fuentes de información útil, fiable y cumplida, se consigue una mejor comprensión de los sistemas. Así **Rueda**, se ha convertido en un referente mundial del estudio de los sistemas complejos urbanos.

☛ Otro enfoque del tema nos lo ofrece **Jorge Riechmann**, en su libro “*Un mundo vulnerable: Ensayos sobre ecología, ética y tecnociencia*” (2), en el que se defiende que debemos superar el “antropocentrismo moral”, donde los seres humanos son la sede y medida de valor, para ir hacia un “biocentrismo”, en el que la sede de valor serán todos los seres vivos; sin que sea necesario llegar a un “egocentrismo moral”, en el que nos encontraríamos que el valor y medida radica en los ecosistemas o en la misma biosfera,

como sistema de ecosistemas.

Las consideraciones morales de **Riechmann**, o como él mismo anuncia bajo la pregunta “¿Cómo debo actuar?” nos llevan a cuestionarnos sobre los valores de la sostenibilidad, como por ejemplo el valor de la solidaridad intra e intergeneracional, el valor de la libertad enfrentado al de respeto por los otros seres afectados por nuestras actuaciones o el valor del esfuerzo global *versus* la comodidad individual.

Personalmente, creo que la humanidad no ha incluido nunca, a lo largo de su historia (con excepciones loables, obviamente), los valores de sostenibilidad. Si se observa el desarrollo de las ciudades, del “progreso” industrial y científico, de los modelos políticos o de las formas de estructura de vida familiar, veremos que, en el mundo occidental, nunca se ha considerado como un valor social la “sostenibilidad” expresada de ninguna forma posible. Es más, por poner un ejemplo, basta con vivir un atasco en la *Ronda de Dalt* de Barcelona cualquier día en hora punta, soportar las quejas vecinales al trazado del AVE o leer en los periódicos las repercusiones de la aprobación de un nuevo parque eólico, para darse cuenta de que nuestra sociedad está demasiado falta de valores centrados en la sostenibilidad o en la solidaridad.

■

*En el mundo occidental
nunca se ha considerado
como un valor social
la «sostenibilidad»*

■

Como me decía un amigo, los valores reales habrán cambiado cuando los ciudadanos se sientan avergonzados de conducir un todo

terreno por las calles de una gran ciudad. Hasta que esto no pase estaremos más en el mundo de las buenas intenciones que en el de los valores reales.

■
No podemos crear un modelo sobre aquello que es bueno y malo en términos de sostenibilidad, porque en la misma pregunta hay una renuncia al concepto de desarrollo sostenible
■

¿Qué repercusiones tienen sobre la ética todos estos planteamientos? Citando a Jorge Wagensberg y con riesgo de simplificar demasiado, "la frontera real es difusa. La frontera inventada es nítida. La ética consiste en acordar fronteras nítidas ideales para así no chafar las difusas fronteras reales". (3)

Entenderemos, en este artículo, la ética como aquello que nos permite identificar los límites de lo posible, de lo que es bueno y malo. Y en este caso, lo entenderemos desde una posición biocéntrica, como nos propone Riechmann.

¿Debe existir una ética del desarrollo sostenible?

Desde este punto de vista, si nos preguntamos: *¿Debe existir una ética del desarrollo sostenible?* Mi respuesta es claramente no. No podemos crear un modelo sobre aquello que es bueno y malo en términos de sostenibilidad, porque en la misma pregunta hay una renuncia al concepto de desarrollo sostenible.

En todo caso, la opción ética es preguntarnos cuál es el foco de nuestra comprensión del mundo

y, en consecuencia, de lo que es bueno y malo. Desde esta perspectiva, avanzar de una visión antropocéntrica a una de biocéntrica nos ayudará a completar las reflexiones sobre el desarrollo sostenible, pero no debemos confundir esta opción con una ética del desarrollo sostenible.

¿Puede haber una ética sin que se incluyan los principios de desarrollo sostenible?

Posiblemente, la pregunta debería ser: *¿Puede haber una ética sin que se incluyan los principios de desarrollo sostenible?* En este sentido, mi respuesta también debería ser no. De hecho, el desarrollo sostenible no puede quedar predeterminado por unos límites, ni puede responder a pretensiones morales de corrección o incorrección. Es sostenible o no lo es y esto no es, en sí mismo, bueno o malo. Sin límites.

■
El desarrollo sostenible no puede quedar predeterminado por unos límites, ni puede responder a pretensiones morales de corrección o incorrección
■

Sea como sea, es un debate abierto que no tiene, todavía, una res-

puesta clara y un posicionamiento inequívoco y que, posiblemente nazca de la propia estructuración de la realidad creada desde una visión antropocéntrica. Como dice Wagensberg, hablando de la interdisciplinariedad: La naturaleza no tiene la culpa de los planes de estudios y de los proyectos de investigación de escuelas y universidades. Podríamos parafrasearlo diciendo, la naturaleza no tiene la culpa de la incapacidad humana para entender el mundo de forma holística y, en consecuencia, de actuar de manera más ajustada a las leyes que la rigen.

CARLES MENDIETA

PSICÓLOGO. DIRECTOR DE LA
FUNDACIÓN FÒRUM AMBIENTAL

Citas bibliográficas:

(1) De Salvador Rueda, no cito ningún libro en concreto, en todo caso sugiero la web «Ciudades para un futuro más sostenible» <http://habitat.aq.upm.es/> en el que hay textos de él y de otros autores reconocidos.

(2) Riechmann, Jorge. *Un mundo vulnerable. Ensayos sobre Ecología, Ética y Tecnociencia*, Editorial Catarata, 2005.

(3) Wagensberg, Jorge. *Si la naturaleza es la respuesta ¿Cuál era la pregunta?*. Editorial Tusquets, colección Metatemáticas, 2002.

Fundació fòrumambiental (www.forumambiental.com) objetivos:

- incorporar la cultura ambiental a la cultura empresarial
- difundir entre la sociedad la compatibilidad entre desarrollo sostenible y la protección de la calidad ambiental
- desarrollar y proteger un sector autóctono de actividades económicas basadas en el Medio Ambiente

En el presente número damos a conocer una selección de las monografías que hemos incorporado a la biblioteca del Instituto de Julio a Septiembre de 2006, y que por su temática pueden ser de interés

✍ Amarilla Gundín, Manuel. *El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia*. Edición revisada. Barcelona: Chiesi, 2006.

✍ Arranz, Pilar; Barbero, Javier; Barreto, Pilar; Bayés, Ramon. *Intervención emocional en cuidados paliativos: Modelos y protocolos*. Barcelona: Ariel, 2005.

✍ Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. *La Bioética, mosaico de valores*: VI Congreso Nacional. Sevilla, 12-14 de Febrero de 2004. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2005.

✍ Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. *La Bioética, un puente inacabado*: V Congreso Nacional. Madrid, 6-8 de Junio de 2002. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2005.

✍ Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. *Principios y aplicaciones de la Bioética*: I Congreso Interdisciplinar. Madrid, 4-7 de Abril de 2000. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2005.

✍ Benaroyo, Lazare. *Éthique et responsabilité en médecine*. Gênevê: Médecine & Hygiène, 2006.

✍ Carreira, Manuel M^a. *Ciencia y fe: ¿relaciones de complementariedad?: Algunas cuestiones cosmológicas*. Madrid: Voz de Papel, 2004.

✍ Castells, Manuel [ed.]; Serra, Narcís [ed.] *Europa en construcción: Integración, identidades y seguridad*. Barcelona: Fundación CIDOB, 2004.

✍ Centre for Biomedical Ethics and Law (Catholic University of Leuven); European Association of Centres of Medical Ethics (EACME). *New Pathways for European Bioethics: Book of abstracts*. Leuven (Bélgica) EACME, 2006.

✍ De Bouvet, Armelle [coord.]; Boitte, Pierre [coord.]; Aiguiery, Grégory [coord.]. *Questions éthiques en médecine prédictive*. Montrouge: John Libbey Eurotext, 2006.

✍ De Lorenzo, Ricardo [et.al.]. *El consentimiento informado en neonatología*. Madrid: Editores Médicos, 2000.

✍ Dickens, B.M.; Cook, R.J.; Kismodi, E. *Reproductive Health. Case Studies with Ethical Commentary*. Haifa, Israel: UNESCO Chair in Bioethics Office, the University of Haifa, Israel. 2006.

✍ Feito, L. (ed.); Montserrat, J.; García Santesmases, A.; Margenat, J.M.; Conill, J. *Encuentros y tensiones entre ideologías*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas (UPCO), 2006.

✍ Feliu Jofre, Álvaro [ed.] Catalunya 2005. *Informe sobre medi ambient i desenvolupament sostenible*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Medi Ambient i Habitatge, 2006.

✍ Forcades Vila, Teresa. *Els crims de les grans companyies farmacèutiques*. Barcelona: Cristianisme i Justícia, 2006.

✍ Gentilomo, A.; Piga, A.; Nigrotti, S. *La procreazione medicalmente assistita nell'Europa dei quindici: Uno studio comparatistico*. Milano: Giuffrè editore, 2005.

✍ Gomis, Ramón. *La fi de la diabetis: Cèl·lules mare, l'esperança de la biomedicina*. Alzira: Bromera, 2006.

✍ Institut de Ciència i Tecnologia Ambientals (ICTA). *L'estat del medi ambient a Catalunya*. Barcelona: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.

✍ Instituto Roche. Grupo para el uso de muestras biológicas para investigación biomédica (GMBIB). *Guía práctica para la utilización de muestras biológicas en Investigación Biomédica*. Madrid: Instituto Roche, 2006.

✍ Kuntz, Marcel. *Les OGM: L'environnement et la santé*. Paris: Ellipses, 2006.

- ✦ Observatori d'ètica aplicada a la intervenció social. *Les persones grans i el dret a decidir: La Sra. Maria. Anàlisi d'un cas pràctic sobre la dignitat, l'autonomia i els prejudicis vers les persones grans.* Girona, 2006.
- ✦ Marcia Angell, M.D. *The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it.* USA: Random House, 2005.
- ✦ Mateu, S. *Salud Materno-Infantil: Desde Atapuerca a la ingeniería genética.* Madrid: Aula Médica, 2006.
- ✦ Montejo González, A. L. [coord.]. *Sexualidad y salud mental.* Barcelona: Glosa, 2005.
- ✦ Organización Mundial de la Salud. *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación: Sí a la atención, no a la exclusión.* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2006.
- ✦ Pascual, Mayte. *En qué mundo vivimos: Conversaciones con Manuel Castells.* Madrid: Alianza Editorial, 2006.
- ✦ Pertíñez Mena, Judit; Franch Nadal, Josep. *Diabetes tipo 2 e Inmigración.* (Barcelona) Lacer, 2006.
- ✦ Plomer, A. *The law and ethics of medical research: International Bioethics and Human Rights.* London: Cavendish, 2005.
- ✦ Ravez, Laurent. *Les amours auscultées: Une nouvelle éthique pour l'assistance médicale à la procréation.* Paris: CERF, 2006.
- ✦ Riechmann, Jorge. *Un mundo vulnerable: Ensayos sobre ecología, ética y tecnociencia.* Madrid: Los Libros de la Catarata, 2005.
- ✦ Rothman, D.J., Rothman, S.M. *The Willowbrook wars: bringing the mentally disabled into the community.* New Brunswick, NJ: Aldine Transaction, 2005.
- ✦ Rozman, C. *Compendio de Medicina interna.* Madrid: Elsevier, 2005.
- ✦ Salize, H.J.; Dreßing, H.; Peitz, M. *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients: Legislation and Practice in EU-Member States.* Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health, 2002.
- ✦ Serrano Pons, Jordi. *Ginecología e inmigración: Guía de comunicación Almirall,* 2006.
- ✦ Shinoda Bolen, J. *El sentido de la enfermedad.* Barcelona: Kairós, 2006.
- ✦ Soutullo, D. *Biología, cultura y ética: Crítica de la sociobiología humana.* Madrid: Talasa, 2005.
- ✦ Tomás Garrido, Gloria María. *Cuestiones actuales de bioética.* Barañáin (Navarra): Eunsa, 2006.
- ✦ Torralba Roselló, Francesc. *L'art de saber escoltar.* Lleida: Pagès Editors, 2006.
- ✦ UNESCO. *Legal and ethical framework for astronauts in space sojourns: Proceedings.* Paris, 2004.
- ✦ UNESCO. *Ethics of science and technology: Explorations of the frontiers of science and ethics.* Paris, 2006.
- ✦ UNESCO. *Guía nº 2. Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas.* Paris, 2006.
- ✦ Universitat Autònoma de Barcelona. *L'estat del medi ambient a Catalunya.* Barcelona: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.
- ✦ Walters, LeRoy (ed.). *Bibliography of Bioethics: Volume 32.* Washington, DC: Kennedy Institute of Ethics. Georgetown University, 2006.

El Instituto recuerda a todos los lectores que el contenido de su biblioteca y centro de documentación, con más de 12.000 monografías y 200 revistas nacionales y extranjeras, se puede consultar "on line" a través de nuestra página web: www.ibbioetica.org

agenda

✓ **XIII Congreso de Derecho Sanitario** organizado por la Asociación Española de Derecho Sanitario para los días 19 a 21 de Octubre en Madrid. Información: AEDS. Tel. 91 561 17 12, y E-mail: aeds@aeds.org. Secretaria de Organización: Siasa Congresos. Tel. 91 457 48 91. E-mail: acortes@siasa.es

✓ **XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)** para los días 24 a 27 de Octubre en Toledo. Secretaría Técnica: CEDES, S.L. Tel: 968 210 684. Fax: 968 211 899. E-mail: congresos@cedes.es y www.secalidad.org

✓ **Congreso "Nuevo Marco Legal del Medicamento: Repercusión en los servicios sanitarios y farmacéuticos"** organizado por Instituto de Fomento Sanitario, la revista Actualidad del Derecho Sanitario y European Pharmaceutical Law Group (Eupharlaw) para los días 25 y 26 de Octubre en Madrid. Información: E-mail: ads@actualderechosanitario.com y www.actualderechosanitario.com. Tel. 91 3514328.

✓ **Jornada de Bioética Hospitalaria «Bioètica i Salut Mental»** organizada por el Hospital Sant Rafael para el día 26 de Octubre en Barcelona. Más información: Unitat d'Atenció a l'Usuari. Tel. 93. 211.25.08. E-mail: mjfebre@hsrafael.com

✓ **2º Congreso sobre Bioética y Trasplante "Trasplante renal de donante vivo"** organizado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, el Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Nacional de Trasplantes, el CEA Hospital de Nava-

rra y la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica para los días 27 y 28 de Octubre en Pamplona-Iruña. Secretaria Técnica: Tel. 948 21 04 50/607 238 097. E-mail: info@bioeticaytrasplante.org y www.bioeticaytrasplante.org

✓ **III Jornada de Comités de Ética de Atención Primaria** organizado por la Fundació Jordi Gol i Gurina para el día 10 de Noviembre en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB). Más información: E.mail: jgola@fundaciojgol.org y www.fundaciojgol.org

✓ **XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)** para los días 15 a 18 de Noviembre en Valencia. Secretaria Técnica: semFYC congresos: Tel. 93 317 71 29. Fax 93 318 69 02. E-mail: congresos@semfyc.es y www.semfyc.es/valencia2006

✓ **XV Congreso de Derecho y Salud** organizado por la Asociación Juristas de la Salud y el Servicio de Salud del Principado de Asturias para los días 22 a 24 de Noviembre en Oviedo. Información: Tel. 902 190 848. E-mail: sanicongress@xvderechoysalud.com y www.xvderechoysalud.com

✓ **Journées Annuelles d'Ethique** que organiza el "Comité Consultatif National d'Ethique", para los días 28 y 29 de Noviembre en la Universidad de París. Información: Tel. (33) 01 53 86 11 49/52. Fax. (33) 01 53 86 11 40. E-mail: contact@comite-ethique.fr y www.ccne-ethique.fr

bioètica & debat

CON LA COLABORACIÓN DE

 FUNDACIÓN
MAPFRE

CAIXA DE CATALUNYA 