

bioètica & debat

La pregunta filosòfica per l'ésser humà. Homenatge a Anna Frank

volum 16 núm. **60**
maig_agost 2010
TRIBUNAL OBERTA DE
L'INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA
4 euros

Diguem d'entrada que el tema de l'antropologia filosòfica és la qüestió que la mateixa condició de l'ésser humà ens planteja, o sigui, el problema que l'home, en el sentit més genèric i inclús de la paraula, arrossega inevitablement en viure. Ara bé, com que es tracta d'una qüestió que es refracta en centenars d'altres petites qüestions, no podem pas afrontar-la mai directament, com qui intentés fer blanc sobre un sol punt, i aquest ben centrat. Més aviat, amb l'antropologia filosòfica succeeix a l'inrevés: que el seu objecte únic només se'ns fa evident a besllum de molts elements constitutius d'allò que, amb afany de simplificació, anomenem *la* condició humana. Per aquesta raó, aquí tan sols proposem alguns punts que ens ajudin a copsar reflexos d'aquesta condició. El lector o lectora és invitat així a entendre indirectament de què s'ocupa l'antropologia filosòfica i quina utilitat ens promet per a la vida.

1. La guerra, o el qüestionament de la raó

Comencem per una constatació que a ningú no agrada gaire. En el seu famós *Diari*, Anna Frank ens regala aquesta breu meditació filosòfica:

«Jo no crec que la guerra sigui cosa de grans homes, governants i capitalistes. Res d'això! A l'home petit també li agrada; si no, els pobles ja s'haurien

alçat en contra. És que hi ha en l'home un afany de destruir, un afany de matar, d'assassinar i ser una fera, mentre tota la humanitat, sense excepció no hagi patit la metamorfosi, la guerra continuarà fent estralls, i tot el que s'ha construït, cultivat i desenvolupat fins ara quedarà estroncat i destruït, per després tornar a començar.»¹

L'home petit som nosaltres, qualsevol home o dona que duu la seva vida des de la claredat i la foscor de l'existència humana viscuda espontàniament. La guerra ens agrada, doncs. Però també el cicle de reconstrucció i autosuperació a què ens crida la destrucció un cop ens espanta. Construir, destruir, tornar a començar: vet aquí l'expressió d'un cicle ahistòric que mal s'adiu amb una interpretació lineal de la història com a projecció cap a un futur sempre millor.

El mite de la superioritat humana no va superar les flames de l'holocaust ni la barbàrie més irracional dels camps de concentració. I la segona meitat del segle XX s'ha tancat amb tot un seguit inesperat de nous conflictes bèl·lics, massacres i violacions sistemàtiques dels drets humans

sumari

1 a 6

La pregunta filosòfica per l'ésser humà. Homenatge a Anna Frank

2

Editorial

7 a 10

La comunicació en l'àmbit de la salut

11 a 13

La comunicació metgèpica. La visió des d'ambdós cantons

14 a 16

Comunicació professional en l'àmbit de la fragilitat

17 a 21

Comentari de la notícia

22 a 23

Biblioteca

24

Agenda

Institut Borja de
Bioètica

Universitat Ramon Llull

Aproximar-se al coneixement de l'ésser humà

bioètica & debat

DIRECCIÓ

Ester Busquets i Alibés

CONSELL DE REDACCIÓ

Francesc Abel i Fabre
 Jordi Craven-Bartle
 Pau Ferrer i Salvans
 Ramon M. Nogués i Carulla
 Jaume Terribas i Alamego
 Núria Terribas i Sala

COL·LABORADORS

Àngels AVECILLA
 Xavier Clèries i Costa
 Jordi Craven-Bartle
 Albert Jovell i Fernández
 Joan Mir i Tubau
 Joan Ordi i Fernández

DISSENY i MAQUETACIÓ

Maria José Abella

CORRECCIÓ

Mercè Rial i Carbonell

IMPRESSIÓ

Ediciones Gráficas Rey
 ISSN: 1579-4857
 Dipòsit legal: B-29604-99

EDITA

Institut Borja de Bioètica
 c/ Santa Rosa, 39-57. 3a planta
 08950 Esplugues Ll. (Barcelona)
 Tel. 93.600.61.06
 Fax 93.600.61.10
 bioetica@ibb.hsjdbcn.org
 www.ibbioetica.org

Bioètica & debat està indexada en:
 MEDLINE. Dialnet.
 Base de dades de sumaris del CBUC.
 ETHXWeb, Database from the NRCBL.
 Bibliography of Bioethics.
 CUIDEN. Cuidatge.

Bioètica & debat no s'identifica necessàriament amb les opinions expressades en els articles publicats.

La pregunta per l'ésser humà és un dels interrogants més importants i profunds de la història de la filosofia occidental. Des dels primers filòsofs grecs fins als darrers pensadors dels nostres temps la pregunta per saber «qui som» s'ha anat repetint successivament sense cap tipus d'interrupció. Tot i les dificultats que comporta determinar quines són les dimensions essencials de la condició humana, la filosofia, i concretament l'antropologia filosòfica, s'ha encarregat, al llarg de la història, d'aprofundir sobre aquest interrogant que és l'ésser humà.

Són múltiples les caracteritzacions de l'ésser humà que podríem posar. Plató considera que l'home és un ésser dual, format de cos i ànima. Aristòtil defineix l'home com un animal polític (social). Sant Agustí creu que allò més propi de l'ésser humà és la seva capacitat d'estimar. Giovanni Pico della Mirandola, com la majoria de pensadors moderns, pensa que el més important en l'home és la seva llibertat. Actualment per Zygmunt Bauman l'home és un ésser líquid, o bé, segons Gilles Lipovetsky, un ésser decebut.

Hi ha qui afirma que, en últim terme, l'ésser humà és sempre un misteri, és a dir, una realitat que s'escapa de la comprensió racional. Però com deia, encertadament, el filòsof britànic Bertrand Russell la història de la filosofia no s'ha de mesurar per les respostes, sinó per la fondària de les preguntes. Així, doncs, l'antropologia filosòfica, més que resoldre definitivament aquest interrogant, l'ha d'il·luminar amb rigor per anar-nos aproximant, de mica en mica, a les característiques fonamentals de l'ésser humà.

El coneixement —encara que sigui aproximat— de les diferents dimensions que constitueixen l'ésser humà és imprescindible per als professionals tant de l'àmbit de la salut com de l'àmbit social, perquè a través d'aquest coneixement el professional descobrirà que més enllà de la dimensió física, psíquica, social, espiritual..., entre tantes d'altres, l'ésser humà es caracteritza per la seva dignitat ontològica, un tipus de dignitat lligada a l'ésser de la persona. Ens referim, doncs, a una dignitat que es té pel sol fet de ser persona, pel sol fet d'existir, i no es pot perdre mai, passi el que passi. Aquest tipus de dignitat queda reconeguda explícitament en el primer article de la Declaració Universal dels Drets Humans, de l'any 1948, quan afirma que: «Tots els éssers humans neixen lliures i iguals en dignitat i en drets».

Prendre consciència d'aquest nucli de dignitat que té la persona humana genera un conjunt d'exigències en els professionals de la salut i de l'àmbit social, exigències que ens diuen que cal tractar la persona amb la màxima consideració i respecte. Per poder respondre a aquestes obligacions de caràcter ètic és molt important, com recorda l'Institut d'Estudis de la Salut, que els professionals es formin en les anomenades «habilitats no tècniques», és a dir, habilitats que inclouen la comunicació, el treball en equip, la presa de decisions, la reflexió bioètica... A través de diferents estudis s'ha pogut demostrar que complementar les habilitats tècniques amb les no tècniques millora substancialment l'atenció a la persona, perquè té en compte les seves múltiples dimensions.

VE DE LA PÀGINA 1

El segle XIX va viure hipnotitzat pel mite del progrés en la història, per la concepció de la marxa de la humanitat com un avenç incessant en la creixent i inaturable racionalització de la societat. Anna Frank va ser, en canvi, testimoni precoç dels horrors nazis. El mite científic de la superioritat de la raó humana no va superar les flames de l'holocaust ni la barbàrie més irracional dels camps de concentració. I la segona meitat del segle XX s'ha tancat amb tot un seguit inesperat de nous conflictes bèl·lics, massacres i violacions sistemàtiques dels drets humans. Que petit que és l'home! Quina misèria ben inhumana no revela el nostre cor petit! Vet aquí, doncs, de què s'ha d'ocupar l'antropologia filosòfica: de reflexionar sobre la petitesa i la grandesa de la condició humana, per tal d'escatir-la amb més lucidesa i de viure-la amb més voluntat humanitzadora, per tal d'aprofitar la lliçó històrica de la metamorfosi que la humanitat ha de patir, i no només pensar.

2. L'esperança, o la vivència del sentit

Errem el tret quan ens pensem que les persones conscients de la maldat que nia en el cor i la ment humans han de ser profundament pessimistes. La realitat se'ns mostra sorprenentment inversa: la lucidesa sobre el cantó fosc de la condició humana atia clarors d'esperança. Malgrat la realitat imminent de la desgràcia, Anna Frank ho formula així des del seu amagatall inútil:

«Cada dia em sento créixer per dins. Sento com s'acosta l'alliberament, la bellesa de la natura, la bondat dels que m'envolten, l'interès i la diversió d'aquesta aventura. Per què m'hauria de desesperar?»²

A un mes de fer quinze anys, edat en què morir sembla estroncar tota ple-

nitud, Anna va expressar amb puresa cristal·lina la secreta promesa que la vida ens fa a cada passa: créixer cada dia una mica més, però no pas en una quimèrica racionalització de l'existència, sinó en un alliberament real del mal que oprimeix la història humana, per fer lloc a la bondat que, lluny de ser innocent, ingènua i inconscient, es basteix sobre la lúcida percepció de la crueltat i la injustícia que ens deshumanitzen. El filòsof canadenc Jean Grondin entoma així el repte de formular aquest creixement personal cap al bé:

«En què consisteix aquesta esperança? Amb el risc de resultar tautològic, consisteix en l'esperança segons la qual paga la pena de viure la vida, que bé val la pena de viure-la per a un altre, ja que l'altre espera alguna cosa de mi i jo puc respondre a aquesta espera o, encara millor, ultrapassar-la. Ho aconseguixo, això, en fer-li l'existència menys cruel, més justa, més lliure, i també, però, més tendra; amb un mot, més saborosa i més sentida. Això no és res més que dir que la vida ha de ser viscuda com si hagués de ser jutjada.»³

El bé sap què fer amb el mal, coneix com transformar-lo en esperança de nova plenitud. El mal, en canvi, ens priva del futur i omple d'absurd el present en negar tot sentit als esforços del passat

La vivència del sentit i la vivència del mal no són commensurables, l'una no és pas el revers de l'altra. El mal, i tota la seva banalitat si es vol, no ens porta a la platja de cap esperança. La seva dinàmica destructora, deshumanitzadora, no més s'aturaria allà on l'home abdiqués de la seva condició d'ésser bo i perfectible. Llavors ja no podríem ni percebre

que el mal ofèn la nostra dignitat. El sentit, en canvi, sempre suscita una vivència del que és connatural a l'ésser humà, del que li és degut per essència. Allà on el bé pot ser objecte d'una vivència real, per insignificant o minsa que aquesta se'ns presenti en la vida quotidiana, sempre conté una promesa de més realització. El bé sap què fer amb el mal, coneix com transformar-lo en esperança de nova plenitud. El mal, en canvi, ens priva del futur i omple d'absurd el present en negar tot sentit als esforços del passat. Vet aquí, doncs, de què s'ha d'ocupar l'antropologia filosòfica: de reflexionar sobre la grandesa del cor petit de l'home, sobre l'esperança d'humanitat com a motor de la història més real i racional que la raó merament tecnocientífica i economicopolítica. I aquesta reflexió parteix d'una constatació elemental: l'ésser humà no pot donar sentit a la seva vida al marge de l'ètica, o sigui, de la recerca del bé que l'obliga.

Quan ens hem d'amagar i aïllar del món com Anna a la Casa del Darrere, aquest ha deixat de ser el nínxol natural de l'ésser humà

3. El món, o la mundanitat de l'home

Quan ens hem d'amagar i aïllar del món com Anna a la Casa del Darrere, aquest ha deixat de ser el nínxol natural de l'ésser humà. En canvi, l'experiència espontània del món, la que es produeix quan l'ésser humà no converteix un tros de món en regne de la violència, la mentida i la injustícia, porta a una certa identificació mística (filosòfica o religiosa) amb la seva bellesa, l'energia poderosa que el governa, la regularitat dels seus ritmes, les lleis imparcials dels seus fenòmens i l'abundància dels seus recursos. El món tendeix a ser i pretén esdevenir l'espai materialment natural de comunió entre les persones, l'àmbit

en què la cultura, com a interpretació col·lectiva del sentit de la vida, vincula les persones a través del treball, la raó, el sentiment i un projecte en comú. Anna Frank trobava consol justament en aquesta vivència de radical mundanitat de l'ésser humà:

«Per a tots els que tenen por, estan sols o se senten desgraciats, el millor remei és sortir a l'aire lliure, a algun lloc on pugui estar totalment sol, sol amb el cel, amb la natura, i amb Déu. Perquè només aleshores, només així se sent que tot és com ha de ser i que Déu vol que els homes siguin feliços en la humil però bella natura.

Mentre tot això existeixi, i crec que existirà sempre, sé que tota pena té consol, en qualsevol circumstància que sigui. I estic convençuda que la natura és capaç de pal·liar moltes coses terribles, malgrat tot l'horror.»⁴

L'existència del món planteja la qüestió antropològica de la dimensió mundanal de la nostra condició. La pregunta pel món és alhora i inevitablement pregunta pel sentit de la nostra existència en el món

L'existència del món planteja la qüestió antropològica de la dimensió mundanal de la nostra condició. La pregunta pel món és alhora i inevitablement pregunta pel sentit de la nostra existència en el món. No n'hi ha prou, doncs, amb un acostament científic a la matèria i a la materialitat del nostre ésser. Heidegger ens recorda que la pregunta primera de la metafísica ressona sempre al compàs dels nostres diferents estats d'ànim, que la modulen de manera particular. És la pregunta següent:

«Per què hi ha l'ens, i no més aviat el no-res? Aquesta és la pregunta. Pro-

bablement, no és pas una pregunta qualsevol. "Per què hi ha l'ens, i no més aviat el no-res?" és, pel que sembla, la primera de totes les preguntes. És la primera per bé que certament no ho és pas en l'ordre temporal amb què s'han succeït les preguntes. L'ésser humà singular, igual que els pobles, pregunta moltes coses durant el seu camí històric a través del temps. [...] Malgrat tot, un cop, potser fins i tot de tant en tant, tots sentim com ens frega l'ocult poder d'aquesta pregunta sense comprendre ben bé del tot què ens passa.»⁵

L'ésser humà és incompreensible al marge del seu desenvolupament en el món. El món no sembla tenir sentit si no és per a l'ésser humà. L'amplària i exuberància material del cosmos semblen oferir un espectacle gratuït d'energia que requereix un sentit, una justificació, una interpretació. Aquí rau l'origen i la base de les antigues cosmogonies, teogonies i antropologies, que ja es van anar conformant al compàs de les primeres civilitzacions humanes. També l'antropologia filosòfica actual ha de subsumir aquesta vella qüestió sota l'horitzó d'una reflexió multidisciplinària sobre el paper de l'home en el món.

La qüestió que l'ésser humà és per a ell mateix continua acompanyant l'aventura humana en la superfície del nostre planeta. L'antropologia filosòfica no pot deixar de sentir com a pròpia la pregunta per la condició humana i pel sentit de l'obra de l'home en el món

És obvi que els mots han hiperinflat el seu significat a través dels segles i dels canvis d'època. Per exemple, el concepte d'home de què partim avui dia, des-

prés de les aportacions de la modernitat i de les ciències naturals i humanes, ja conté poques traces de la ingenuïtat de l'època clàssica grega, quan l'home era vist en continuïtat substancial amb la natura i la resta del món animat. Tanmateix, la qüestió que l'ésser humà és per a ell mateix continua acompanyant l'aventura humana en la superfície del nostre planeta. L'antropologia filosòfica es troba així, avui dia, reblerta de nova informació, de més experiència històrica, de plantejaments que s'han superposat o succeït en la història del pensament i de les cultures, però no pot deixar de sentir com a pròpia la pregunta per la condició humana i pel sentit de l'obra de l'home en el món. I per l'harmonia, si és possible, entre les dimensions de l'ésser humà, com expressa Anna Frank:

«Sempre hi ha aquesta lluita entre el cor i la raó, cal escoltar la veu de tots dos en el seu moment, però, com saber del cert si s'ha escollit el bon moment?»⁶

4. El llenguatge, o l'accés a la realitat

L'experiència nativa que l'ésser humà fa del llenguatge no consisteix a descobrir un codi de signes a punt per facilitar la comunicació entre les persones. De llenguatge està fet el pensament, de la mateixa manera que els conceptes estan fets de paraules. Són més aviat els llenguatges artificials, confegits per l'home, els que mostren la fesomia d'un codi de signes. El llenguatge natural, en canvi, és dipositari d'un poder més alt: donar accés a la realitat, fer possible el diàleg interior de les persones, construir els conceptes indispensables per percebre les coses, estructurar la cadena de raonaments que ens permet entrellaçar els coneixements els uns amb els altres. El darrer Heidegger va arribar a dir que, pròpiament, no parlem un llenguatge, sinó que és el mateix llenguatge el qui parla. O sigui, la nostra relació amb el món i la mateixa estructuració d'un es-

pai humà de convivència sempre presenten una credencial de naturalesa lingüística. No és cert que no hi hagi res més que llenguatge, però sí que res no és per a nosaltres sinó lingüísticament. Per exemple, sense llenguatge no hi ha accés a la veritat de les persones, com escriu Anna Frank:

«La meva mare mai m'ha dit res sobre ella mateixa, ni jo li ho he preguntat. Què sabem ella i jo dels nostres respectius pensaments? No puc parlar amb ella; no puc mirar amb afecte els seus ulls freds, no puc. Mai!»⁷

És cert que Occident sovint ha caigut en una certa idolatrització del llenguatge, pensant-se que amb les paraules s'apropiava de l'essència de les coses. Per això Nietzsche pretenia debellar aquesta tendència en subratllar el caràcter metafòric del llenguatge:

«Tenim la creença que sabem quelcom de les coses mateixes quan parlem d'arbres, de colors, de la neu i les flors, i certament només tenim metàfores de les coses, que no responen gens ni mica a les entitats originàries.»⁸

Segons aquesta interpretació del llenguatge, la veritat no seria res més que un invent lingüístic de l'home mateix, la superposició arbitrària de metàfores, metonímies i sinèctokes a les impressions dels sentits. Es tracta d'una postura radical. I fins a un cert punt, autodestructora: només resultaria comprensible si, per un moment, admetem que és falsa, o sigui, si donem valor de veritat al seu mateix discurs, per negar tot seguit la veritat de qualsevol discurs humà. És fàcil mostrar-se en desacord amb una postura escèptica tan radical. Però caldria raonar aleshores l'essencial lingüísticitat de la condició humana. I aquesta també és tasca d'aquella reflexió filosòfica sobre l'ésser humà que és l'antropologia filosòfica. Sembla més encertat, al respecte, recollir el punt de

vista de Wittgenstein, com a punt de partida per endegar la reflexió:

«6.51 L'escepticisme no és *irrefutable*, sinó manifestament sense-sentit quan vol dubtar allà on no es pot preguntar.

Car un dubte només pot existir on existeix una pregunta; una pregunta, només on existeix una resposta; i aquesta, només on quelcom pot ser *dit*.»⁹

El llenguatge delimita què podem preguntar amb sentit i què resta, com a valor realment important, més enllà de tot llenguatge, com una incitació permanent per anar més enllà dels fets del món i transcendir-los cap al valor absolut. L'ésser humà mostra la condició de frontera entre el món com a totalitat de fets i el possible objecte d'una aspiració congènita a la plenitud, a la veritat i al sentit no merament accidentals, casuals ni parcials.

La reflexió de l'antropologia filosòfica no pretén res més que contribuir, des del pensament, a fer del món una casa digna de ser habitada per l'home

5. Què és, doncs, l'antropologia filosòfica?

Siguin suficients les reflexions anteriors per oferir una idea inicial sobre la disciplina que aquí volíem presentar al lector o lectora. Són, òbviament, moltíssimes més les dimensions que afaiçonen la condició humana i que l'antropologia filosòfica ha d'anar deixant en el seu encaminament reflexiu cap a l'home, amb voluntat de veracitat, com recorda Anna Frank:

«[...] i tampoc en el futur tindrè por de la veritat, perquè com més s'ajorna,

més difícil és enfrontar-s'hi.»¹⁰

La reflexió de l'antropologia filosòfica no pretén res més que contribuir, des del pensament, a fer del món una casa digna de ser habitada per l'home, de manera que, en un futur ideal, no s'hauria d'haver d'escriure una constatació com aquesta altra d'Anna Frank:

«El món està cap per avall. Als més honestos se'ls enduen als camps de concentració, a les presons i a les cel·les solitàries, i l'escòria governa grans i petits, pobres i rics.»¹¹

Com que el problema de l'home resta sempre obert a múltiples interpretacions que no són fàcilment conciliables entre si, l'antropologia filosòfica s'autoimposa una tasca que no es pot considerar enllestida fàcilment apuntant a un sol factor, aspecte o característica, per important que sigui

Ara bé, com que el problema de l'home resta sempre obert a múltiples interpretacions que no són fàcilment conciliables entre si, l'antropologia filosòfica s'autoimposa una tasca que no es pot considerar enllestida fàcilment apuntant a un sol factor, aspecte o característica, per important que sigui. Aquest caràcter obert i sempre problemàtic de la vida humana com a qüestionament filosòfic sobre què som i quin sentit té la nostra existència i la nostra obra en el món, i no simplement com a qüestió merament cultural, científica o existencial, continua justificant que la filosofia trobi en la qüestió de l'home un dels estímuls més importants, si no el fonamental, per no renunciar a ser un pensament que pot reivindicar els seus propis drets davant d'una cultura

ambiental que sovint sembla oblidar-se del problema inevitable que l'home és per a ell mateix.

Concloem bo i proposant d'entendre l'antropologia filosòfica com la reflexió que la filosofia duu a terme sobre la condició, l'existència i l'obra de l'ésser humà en el món, per tal de determinar què és allò que l'ésser humà té d'específic i propi

Concloem, doncs, bo i proposant d'entendre l'antropologia filosòfica com la reflexió que la filosofia duu a terme sobre la condició, l'existència i l'obra de l'ésser humà en el món, per tal de determinar què és allò que l'ésser humà té d'específic i propi, quines estructures essencials mostren aquesta especificitat i quines indicacions trobem en aquestes mateixes estructures per respondre la qüestió relativa al sentit de l'existència humana. Aquest sentit passa per la construcció d'ideals humans. Tant en èpoques de major facilitat social com en moments històrics de maldat i especial ofuscació col·lectiva. Acabem el nostre homenatge a Anna Frank recordant les seves paraules sobre el paper dels ideals en la vida humana. Són, aquests, uns mots impressionants i que ressonen a les nostres oïdes amb el valor d'un testament espiritual que l'antropologia filosòfica, en tant que bona marmessora, ha d'executar:

«Aquí rau el més difícil d'aquests temps: la terrible realitat ataca i aniquila totalment els ideals, somnis i esperances tan bon punt es presenten. És un miracle que encara no hagi renunciat a totes les meves esperances, ni que semblin absurdes i irrealitzables. Tanmateix, les continuo mantenint, malgrat tot, perquè conti-

nuo creient en la bondat interna dels homes.

Més absolutament impossible construir qualsevol cosa sobre la base de la mort, la desgràcia i la confusió. Veig com el món es va convertint de mica en mica en un desert, sento cada vegada més fort el tro que s'acosta i que ens matarà, comparteixo el dolor de milions de persones, i tanmateix quan em poso a mirar el cel, penso que tot anirà bé, que aquesta crueltat també s'acabarà, que la pau i la tranquil·litat tornaran a regnar en l'ordre mundial. Mentrestant hauré de mantenir ben alts els meus ideals, potser en els temps que vindran encara es puguin portar a la pràctica...»¹²

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES:

1. Frank A. Diari. Barcelona: De Bolsillo; 2007, p.316.
2. Frank A. Diari. Barcelona: De Bolsillo; 2007, p.317.
3. Grondin J. Del sentido de la vida. Un ensayo filosófico. Barcelona: Herder; 2005, p.144.
4. Frank A. Diari. Barcelona: De Bolsillo; 2007, p.225.
5. Heidegger M. Introducción a la metafísica. Barcelona: Gedisa; 1995, p.11.
6. Frank A. Diari. Barcelona: De Bolsillo; 2007, p.311.
7. Frank A. Diari. Barcelona: De Bolsillo; 2007, p.212-213.
8. Nietzsche F. Sobre veritat i mentida en sentit extramoral. València: Diálogo; 2000, p.59.
9. Wittgenstein L. Tractatus logico-philosophicus. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans; 2005, p.107.
10. Frank A. Diari. Barcelona: De Bolsillo; 2007, p.115.
11. Frank A. Diari. Barcelona: De Bolsillo; 2007, p.341.
12. Frank A. Diari. Barcelona: De Bolsillo; 2007, p.372.

Joan Ordi i Fernández

Doctor en filosofia.
Llicenciat en teologia.
Professor del Màster
universitari en bioètica de l'IBB.
joanordi@telefonica.net

resum

L'objectiu d'aquest article d'antropologia filosòfica és presentar aquesta disciplina a través de la descripció d'algunes de les dimensions que defineixen l'ésser humà: la maldat humana, l'esperança i la vivència de sentit, la mundanitat, el llenguatge... Aquesta reflexió sobre la condició humana vol ser, al mateix temps, un homenatge a Anna Frank, víctima de l'holocaust nazi.

PARAULES CLAU

antropologia filosòfica, ésser humà, Anna Frank, holocaust nazi

abstract

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

KEYWORDS

philosophical anthropology, human being, Anne Frank, nazi holocaust

La comunicació en l'àmbit de la salut

Xavier Clèries i Costa

Doctor en psicologia clínica.
Responsable de comunicació
assistencial de l'Institut
d'Estudis de la Salut.
fx.cleries@gencat.cat

resum

La relació professional-pacient en contextos sanitaris esdevé tangible mitjançant la comunicació que s'estableix entre els que haurien de ser els principals autors del sistema sanitari. Atesa la seva importància, la dimensió comunicativa està contemplada com una part nuclear de la competència dels professionals sanitaris i en els programes d'ensenyament de grau, a més, també es contemplen els aspectes ètics i culturals de l'entorn del pacient.

PARAULES CLAU
comunicació, professional-pacient, ètica

abstract

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

KEYWORDS
communication, professional-patient, ethics

El vocable comunicació s'empra actualment en gran diversitat de contextos i adquireix polisèmies que poden induir a confusió. S'empra, per exemple, per referir-se als mitjans de transport, ja siguin aeris, terrestres, fluvials o marítims, o per fer esment als mitjans de transmissió d'informació, com són televisió, ràdio, premsa i Internet. El model que ha acabat imposant-se en parlar de comunicació és el derivat de l'àmbit de la mecànica i l'enginyeria, i que es coneix pel més que repetit esquema de missatge, emissor, receptor, codi, canal, etc.¹ Tanmateix, hi ha altres models, probablement no tan populars com l'anterior, que resulten més adients per explicar el fenomen de la comunicació des d'una perspectiva de la relació que mantenen entre si els éssers humans.^{2,3}

Qualsevol procés d'atenció de salut implica un procés de relació entre un pacient i un professional de la salut, com a mínim. Des del moment en què s'ha establert aquesta relació és inevitable que s'estableixi una comunicació

Un dels àmbits en el qual esdevé particularment pertinent tenir clar el concepte de comunicació és el de la salut. Qualsevol procés d'atenció de salut implica un procés de relació entre un pacient i un professional de la salut, com a mínim. Des del moment en què s'ha establert aquesta relació, tal i com sosté el psicòleg nord-americà Paul Watzlawick, és inevitable que s'estableixi una comunicació. És impossible no comunicar. Tot el que es relaciona amb el procés d'atenció al pacient comunica. La perso-

na que informa en el taulell de recepció o telefònicament, l'aspecte del centre sanitari i l'actitud dels professionals, tot això comunica quelcom que serà interpretat en algun sentit pel pacient i les persones que l'acompanyen. En aquest sentit, la comunicació implica molt més que la mera transmissió de missatges.

La relació professional-pacient ha de generar confiança mútua. En cas contrari, la probabilitat que l'acte assistencial acabi sent infructuós és molt alta. Tot i que les relacions entre professionals de la salut i pacients tendeixen a ser asimètriques, cal defensar el principi ètic de l'autonomia de les persones

La relació professional-pacient ha de generar confiança mútua. En cas contrari, la probabilitat que l'acte assistencial acabi sent infructuós és molt alta. Tot i que les relacions entre professionals de la salut i pacients tendeixen a ser asimètriques, cal defensar el principi ètic de l'autonomia de les persones pel qual tot individu ha de ser tractat com a agent autònom, reconeixent el dret a la protecció d'aquelles persones en què l'autonomia sigui disminuïda. La salut no és únicament patrimoni del sistema sanitari —més aviat dedicat en exclusiva a la malaltia—, sinó que incumbeix a tota la comunitat social, tot i que amb gradients, to i intensitat diferents, segons es tracti d'àmbits professionals, de teixit associatiu, o de relacions interpersonals quotidianes. Les persones, la societat en general, també són respon-

sables tant de la salut com del procés d'emmalaltir. En aquest sentit, cal advocar per una responsabilitat compartida entre professionals de la salut, sistema sanitari i pacients —tots ciutadans— per generar actituds positives afavoridores de salut.

La comunicació és considerada com una dimensió de la competència de les professions sanitàries que cal ser ensenyada, apresada i avaluada

La comunicació com a competència nuclear dels professionals de la salut

Des de les principals institucions nacionals⁴ i internacionals⁵ referents de l'educació mèdica hi ha ple consens que la comunicació és una de les parts nuclears de la competència de la professió mèdica (i per extensió de la resta de les professions sanitàries). Per tant, la comunicació és considerada com una dimensió de la competència de les professions sanitàries que cal ser ensenyada, apresada i avaluada.

Hi ha evidències que una comunicació adequada repercuteix en una major confiança en la relació metge-pacient, en una adhesió terapèutica major per part del pacient i, en general, en resultats clínics favorables en els processos de malaltia

Per altra banda, hi ha evidències que una comunicació adequada repercuteix en una major confiança en la relació metge-pacient, en una adhesió tera-

pèutica major per part del pacient i, en general, en resultats clínics favorables en els processos de malaltia.⁶ Tot i que l'ensenyament d'habilitats de comunicació per a estudiants de medicina es va començar en la dècada de 1970 al Regne Unit, Estats Units d'Amèrica i Canadà, es contempen unes bases conceptuals i metodològiques sòlides quant a l'aprenentatge de comunicació dels professionals de la salut (figura 1).^{7,8} Cal destacar que a més de les habilitats comunicatives i d'entrevista clínica amb el pacient, es tenen en compte també les actituds (respecte als altres), la capacitat de dominar mitjans de comunicació escrits i virtuals, la gestió de la incertesa i de les emocions, els valors (ètica, professionalisme, reflexió), i les relacions interprofessionals.

Les idees, creences, sentiments, actituds i valors, entre altres aspectes, configuren una manera específica de viure la relació assistencial en el professional i en el pacient

Vers un model assistencial de col·laboració professional-pacient

Les idees, creences, sentiments, actituds i valors, entre altres aspectes, configuren una manera específica de viure la relació assistencial en el professional i en el pacient. Des del punt de vista professional s'han estudiat dos grans models sobre com es contempla la relació assistencial. Un d'aquests models se centra més en la malaltia i l'altre s'orienta més envers la persona amb problemes de salut. En funció del model que es prengui de referència, es constatarà una nítida transcendència en la pràctica assistencial, però també en el tipus de relació que s'establirà amb el pacient.

Tradicionalment els models assistencials s'han tingut en compte des del punt de vista dels professionals. El polèmic pensador austríac Ivan Illich, en l'últim terç del segle XX, explicava que una característica essencial de les professions era la generació i utilització freqüent d'un argot inaccessible als no professionals amb la finalitat de fer-se imprescindibles i perpetuar l'estatus professional. Decidir les necessitats de la població respecte a un àmbit, per exemple la salut, i proposar-ne solucions és una manera, segons Illich, de crear dependència en la població i d'inhabilitar els individus de la seva capacitat de ser autònoms.⁹

Decidir les necessitats de la població respecte a un àmbit, per exemple de salut, i proposar-ne solucions és una manera, segons Illich, de crear dependència en la població i d'inhabilitar els individus de la seva capacitat de ser autònoms

En canvi, al nostre entendre i en l'àmbit de la salut, hi ha la necessitat de construir una realitat basada en les concepcions dels professionals sanitaris i en les representacions de les persones amb problemes de salut. Professional i usuaris, en aquest sentit, han de ser els veritables actors del sistema sanitari. Des d'aquesta perspectiva, es tracta d'integrar el que és objectivable del trastorn etiològicament biològic o de la malaltia (el que en anglès se'n diu *disease*) amb l'experiència subjectiva del ser-estar malalt (*illness*, en anglès). Si ambdós nivells no són simultàniament considerats, accedim a l'atomització de l'ésser humà, i això pot arribar a comportar la gestació de patologies psicològiques, socials i personals associades, així

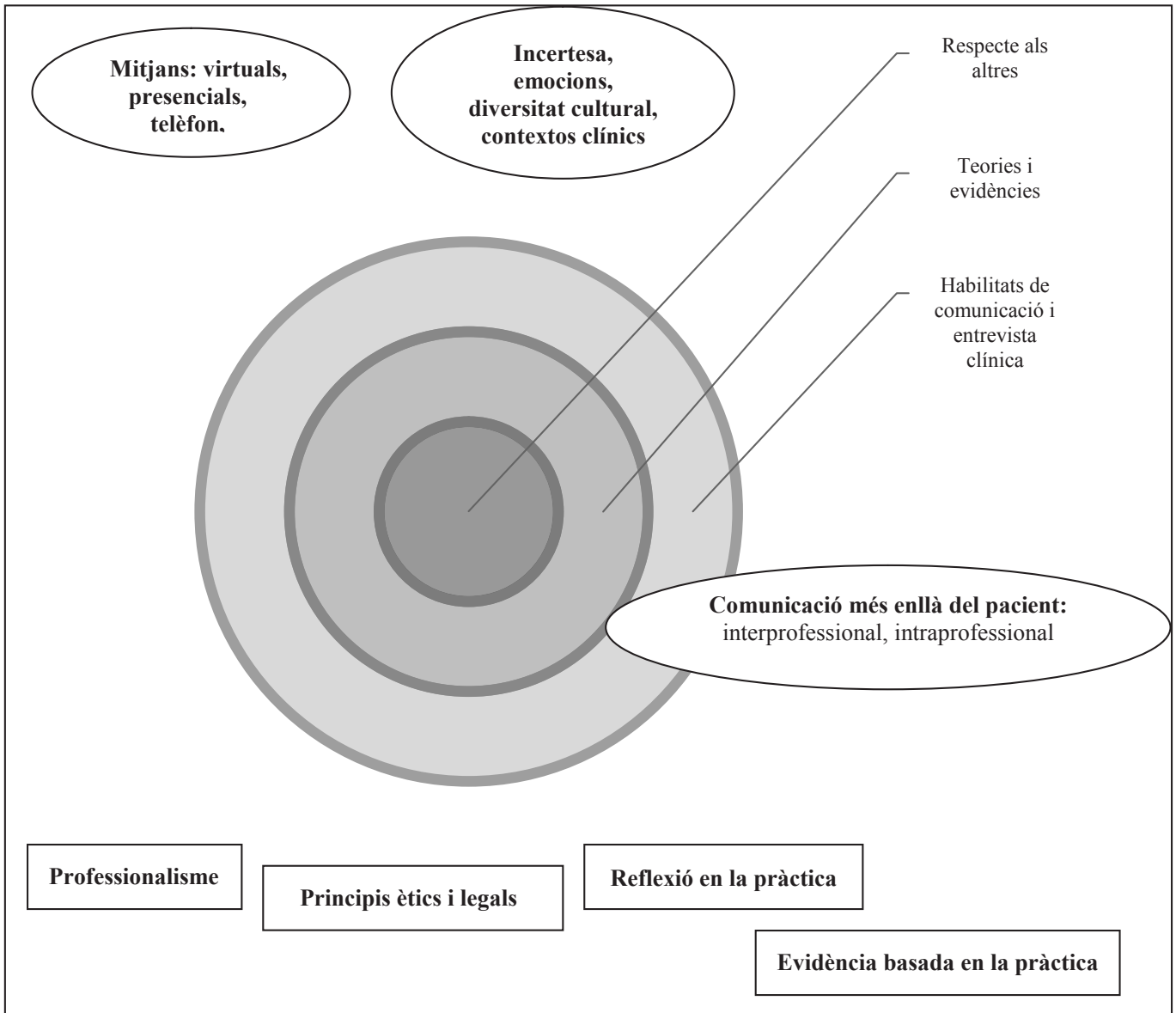


Figura 1. Currículum de comunicació clínica en el grau d'educació mèdica. Adaptat de Von Fragstein et al.⁸

com de dependències innecessàries. Per això caldria realitzar les següents consideracions conceptuals a l'hora de concebre els serveis assistencials en l'àmbit de la salut:

- > La subjectivitat dels pacients (usuaris i persones significatives) i l'objectivitat dels professionals, és a dir, els dos tipus de percepcions o de construccions simbòliques, han d'arribar a ser construïdes en un espai comú i de significació compartida mitjançant la relació interpersonal.
- > La finalitat de l'encontre entre professional i pacient ha de procurar fer intel·ligibles les dues percepcions,

les de cada protagonista, en el marc —intersubjectiu— de la trobada assistencial.

> Professional i pacient (inter)generen, en l'encontre assistencial, un saber comú fonamentat en l'escolta, la comprensió i, si escau, en l'acord. Professional i pacient tenen com a repte arribar a un acord sobre la legitimitat i la credibilitat dels seus propis discursos.

> Professionals i pacients han de fer l'esforç per construir conjuntament els fenòmens associats al procés de salut i de malaltia des dels models explicatius científics, però també des de

les necessitats concretes de salut i de malaltia dels individus.

El respecte envers la persona és una bona base a partir de la qual es pot anar construint la relació entre el professional de la salut i el pacient

En aquest sentit, i en el context assistencial caracteritzat per les vivències úniques i irrepetibles del procés d'emmalaltir, cal contemplar la confrontació de punts de vista entre profesio-

nals i pacients des d'una perspectiva ètica. El respecte envers la persona és una bona base a partir de la qual es pot anar construint la relació entre el professional de la salut i el pacient.

Des del vessant del professional, la bioètica proporciona una sèrie de principis ètics que són de força ajut a l'hora de determinar com dur a terme la relació amb el pacient

Aquesta relació s'ha de veure implicada per la legitimitat de cadascun dels interlocutors a expressar allò que pensa i a ser respectat. Des del vessant del professional, la bioètica proporciona una sèrie de principis ètics que són de força ajut a l'hora de determinar com dur a terme la relació amb el pacient:

> Autonomia: les persones han de ser tractades com a éssers autònoms i les que tinguin dificultats per exercir-la hauran de ser protegides. Respectar l'autonomia de la persona implica valorar les seves opinions i afavorir el consentiment informat mitjançant una informació veraç, concreta, repetida les vegades que calgui i, especialment, personalitzada. Tanmateix, s'haurà de respectar, alhora, el dret a la no informació en el cas de pacients que no vulguin conèixer els detalls del seu trastorn i/o l'evolució del pronòstic.

> No maleficència: principi que obliga a no fer mal intencionadament i que es basa en la màxima llatina *primum non nocere* (en primer lloc no fer el mal).

> Beneficència: el professional s'ha d'esforçar per atendre el pacient de la manera que consideri més adequada en la cerca del màxim bé possible,

sempre i quan n'obtingui el consentiment. Així, per exemple, el metge mai no podrà imposar el seu propi criteri en contra de l'opinió del pacient, tot i que estigui plenament convençut de la bondat de la mesura que s'hauria d'aplicar.

> Justícia: aquest principi ressalta l'equitat que ha d'existir entre riscos i beneficis terapèutics i en la distribució de recursos, en el context actual de mancança generalitzada. També es refereix a la igualtat d'oportunitats en l'accés a l'assistència sanitària.

Els comitès d'ètica assistencial en els centres de salut resulten un magnífic escenari per afrontar i reflexionar sobre les situacions difícils que sovint es generen en el sistema sanitari

Els principis ètics esmentats són instruments útils que han de facilitar la relació amb el pacient, de manera especial en situacions conflictives. En aquest sentit, els comitès d'ètica assistencial en els centres de salut resulten un magnífic escenari per afrontar i reflexionar sobre les situacions difícils que sovint es generen en el sistema sanitari.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES:

1. Shannon C, Weaver E. The Mathematical Theory of Communication. Chicago and Urbana: University of Illinois Press; 1949.
2. Dance FEX. «Hacia una teoría de la comunicación humana». En Teoría de la Comunicación Humana: Ensayos originales. Dance FEX. (Comp.). Buenos Aires: Ediciones Troquel; 1973, p. 403.

3. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. (8ª edición). Barcelona: Herder; 1991, p. 49-71.
4. SEDEM (Sociedad Española de Educación Médica); ACEM (Asociación Catalana d'Educació Mèdica); SEMDE (Sociedad de Educación Médica de Euskadi); SADEM (Sociedad Aragonesa de Educación Médica). Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las facultades de medicina españolas. Educ Med 2005; 8(1): 3-7.
5. The scottish dean's medical education group. The Scottish doctor. Learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. 3rd edition. Dundee: Association for Medical Education in Europe (AMEE); 2008.
6. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient Communications to health outcomes. Patient Educ Couns 2009; 74(3): 295-301.
7. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med 2001; 76(4): 390-393.
8. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C; UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. Med Educ 2008 Nov; 42(11): 1100-7.
9. Illich I. Profesiones inhabilitantes. Barcelona: H. Blume Ediciones; 1981.

La comunicació metge-pacient. La visió des d'ambdós cantons

Albert Jovell i Fernández

Doctor en medicina i cirurgia. Doctor en sociologia. Director general de la Fundació Biblioteca Josep Laporte. President del Foro Español de Pacientes. albert.jovell@uab.cat

resum

En aquest article s'analitza com ha de ser el procés de comunicació entre metge i pacient. Es justifica per què és important comunicar bé i es descriuen els elements essencials d'un bon procés de comunicació. Es constata que en aquest procés bidireccional si una de les dues parts no es comunica bé, això afectarà els resultats clínics del pacient. Finalment es tracten alguns aspectes ètics de la comunicació entre el professional i el pacient.

PARAULES CLAU

comunicació, metge-pacient, ètica, universitat dels pacients

abstract

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

KEYWORDS

communication, doctor-patient, ethics, university of patients

1. El procés de comunicar

Una bona comunicació metge-pacient passa essencialment pel fet que el pacient al final de la visita mèdica pugui respondre amb precisió sobre la informació que li ha estat proporcionada durant la visita. Per això els metges haurien d'haver rebut la formació necessària per comunicar-se amb els pacients i haurien de disposar de prou temps per interactuar amb ells. El temps de duració de la visita és essencial per aconseguir una bona comunicació.

El procés de comunicar implica que els pacients són capaços de formular totes les preguntes que els permetin clarificar dubtes sobre la seva salut i que estan en condicions d'interactuar amb els professionals sobre els diferents cursos d'acció diagnòstica i terapèutica

El procés de comunicar implica que els pacients són capaços de formular totes les preguntes que els permetin clarificar dubtes sobre la seva salut i que estan en condicions d'interactuar amb els professionals sobre els diferents cursos d'acció diagnòstica i terapèutica. Això suposa, a part de disposar del temps necessari per portar a terme aquesta conversa terapèutica, un model de pacient amb la formació necessària per estar en condicions de preguntar les qüestions més rellevants sobre la seva salut i, sobretot, per proporcionar la informació que pugui ser més útil als seus metges per prendre decisions clíniques que contribueixin a la millora

o a la resolució dels seus problemes de salut. Un pacient que reuneix aquestes condicions ha de tenir un bon nivell de coneixement i competències de salut. A més, no ha de sentir-se intimidat durant la consulta mèdica. Molts pacients es bloquegen en la visita mèdica, bé sigui perquè no han establert encara una relació de confiança amb el metge o perquè se senten intimidats per la situació i el lloc. És important destacar que els pacients acudeixen als serveis de salut forçats per les circumstàncies, no pas per voluntat pròpia, i, independentment del tracte rebut, solen sentir-se incòmodes. Els pacients acostumen a entrar en els centres de salut i en els hospitals amb la ferma idea de sortir-ne al més aviat possible. Si a això s'hi uneix un entorn de pressió assistencial, en el qual es percep la necessitat d'expressar i de realitzar la consulta de forma ràpida, els pacients troben poques oportunitats d'establir una bona comunicació. Aquesta situació s'agreuja si no s'ha desenvolupat al llarg del temps un nombre suficient d'interaccions amb el professional que permetin establir una relació de confiança mútua. Exposar-se a diferents professionals minva la capacitat de comunicació dels pacients amb els seus metges.

Cada vegada és més freqüent l'aparició d'un nou model de pacient més actiu que intenta participar en el procés de comunicació amb els professionals aportant informació i buscant clarificació a les qüestions que més els preocupen sobre la seva salut

Un altre aspecte important a destacar en la relació metge-pacient és la tipologia de pacient que acudeix a les consultes. A Espanya la majoria dels pacients són majors de 65 anys, estan afectats per diferents condicions clíniques i exposats a múltiples proves diagnòstiques i terapèutiques. Aquest model de pacient adopta una actitud passiva i de resignació davant el professional que l'atén, per la qual cosa el pes del procés comunicatiu rau en la capacitat del professional per liderar el procés de comunicació i per obtenir-ne el millor resultat. En contraposició, cada vegada és més freqüent l'aparició d'un nou model de pacient més actiu que intenta participar en el procés de comunicació amb els professionals aportant informació i buscant clarificació a les qüestions que més els preocupen sobre la seva salut —pacients joves o d'alt nivell educatiu— o la dels seus dependents —fills o pares malalts. El sistema sanitari té un gran repte en la necessitat de confrontar aquesta tendència emergent, afavorit per l'accés universal a continguts de salut mitjançant Internet, d'atendre de forma apropiada les noves demandes de comunicació associades a un model de pacient més actiu.

El sistema sanitari té un gran repte en la necessitat d'atendre de forma apropiada les noves demandes de comunicació associades a un model de pacient més actiu

2. Per què és important comunicar bé?

La consulta mèdica en la nostra cultura és la principal tecnologia diagnòstica i, per tant, la diferència entre una bona i una mala comunicació pot derivar en la diferència existent entre una atenció adequada i efectiva o no a un proble-

ma de salut. D'aquesta comunicació en dependran la realització o no d'altres proves diagnòstiques, la prescripció de teràpies efectives i la programació de més visites. De fet, quan s'al·lega que la mitjana de visites a Espanya a metges d'atenció primària es troba entre les més altes dels països de la OCDE s'hauria d'ajustar el nombre de visites a la seva duració, a la qualitat del procés de comunicació que s'hi genera i al nivell de competències en autocura del pacient. Un clar exemple d'aquesta situació seria el maneig de la diabetis tipus 2 en l'atenció primària.

S'hauria d'ajustar el nombre de visites a la seva duració, a la qualitat del procés de comunicació que s'hi genera i al nivell de competències en autocura del pacient

Una visita adequada en termes d'efectivitat requereix la capacitat d'informar i comunicar a un pacient afectat de diabetis, tot just diagnosticat, sobre la malaltia, la dieta, l'exercici físic, el control de la glucèmia, els riscos de complicacions, el maneig de símptomes i els diferents tractaments disponibles. Comunicar totes aquestes informacions tenint en compte els estils de vida habituals dels pacients, les seves preferències i l'actitud envers el risc que aquest adoptarà i el seu coneixement del procés requereix cinc elements.

El primer d'ells és el temps. Calen diverses visites mèdiques per consolidar un procés de comunicació en el qual el professional entengui els valors i les preferències dels pacients, per un cantó, i sigui capaç de comunicar la informació necessària sobre el procés clínic. És difícil comunicar tots els objectius terapèutics que es volen assolir, valorant a

la vegada les peculiaritats dels pacients, en una sola visita mèdica.

Calen diverses visites mèdiques per consolidar un procés de comunicació en el qual el professional entengui els valors i les preferències dels pacients

Un segon element a destacar és la coordinació entre els diferents professionals implicats, de forma que es comuniquin de manera clara i directa informacions que no entrin en contradicció i no creïn confusió en els pacients. En condicions clíniques complexes, com són el tractament de la diabetis o de determinats tipus de tumors, resulta crucial que els pacients tinguin un referent professional del procés de comunicació. En oncologia aquesta figura hauria de recaure en el denominat oncòleg tutor.

Un tercer element essencial en el procés de comunicació és la capacitat, mesurada pels coneixements i les competències, que tenen els pacients per cuidar-se de la seva pròpia salut i seguir les instruccions dels professionals. En el cas de la diabetis la presència o absència d'aquestes capacitats no determina sols els resultats clínics obtinguts, sinó també l'adopció de tractaments de major complexitat, on la implicació del pacient és clau en un correcte maneig dels nivells de glucèmia.

Un quart element important i poc considerat és la preparació que realitzen els pacients de la visita mèdica. L'adopció de *toolkits* i estratègies de preparació de la visita mèdica, com les existents a www.universidadpacientes.org o www.pacientesconcancer.es, poden ser de gran ajuda per ensenyar als pacients com afrontar la visita mèdica: quines preguntes cal realitzar, com prendre notes durant la visita i què fer després de la visita.

Finalment, un cinquè element seria l'avaluació i la formació de competències en comunicació dels professionals.

La comunicació és un procés bidireccional, en el qual ambdues parts, els professionals i els pacients, aporten coneixements i experiència

Darrere d'aquests cinc elements hi ha la idea que la comunicació és un procés bidireccional, en el qual ambdues parts, els professionals i els pacients, aporten coneixements i experiència. Si una de les dues parts no comunica bé, difícilment l'atenció mèdica podrà obtenir en el pacient individual els resultats clínics desitjats.

3. Aspectes ètics de la comunicació entre professional i pacient

El cas exposat en l'apartat anterior sobre el pacient afectat per diabetis posa en evidència les conseqüències morals d'una comunicació deficient. Aquestes conseqüències poden diferenciar-se en dues grans àrees. La primera àrea inclouria les conseqüències d'una mala comunicació en els resultats clínics obtinguts, de manera que, paradoxalment, una atenció sanitària dissenyada per proporcionar el bé pugui resultar perjudicial per a la salut. En el cas de la diabetis, els professionals han de valorar quins són els factors que produeixen mal control de la glucèmia, mesurada per una hemoglobina glicosilada igual o superior a 7, i si això és degut a problemes de comunicació amb els pacients o a opcions personals relacionades amb els estils de vida adoptats per pacients adequadament informats.

Un altre element ètic a tenir en compte són els problemes d'equitat i l'eficiència que es pugui generar com a conseqüència d'una comunicació

deficient. En aquest sentit, l'equitat pot veure's afectada si, a igual dedicació de temps professional els pacients presenten desigualtats en la seva capacitat de comunicar-se amb els professionals i en la seva preparació per a l'autocura i el maneig de la malaltia. Aquesta situació condiona la necessitat que els professionals dediquin un major esforç comunicador envers aquelles persones que tenen, a priori, una major dificultat per entendre o seguir les indicacions dels professionals. Aquest procés de discriminació positiva permet derivar pacients específics a activitats tutelades o d'educació en competències per a la salut, com per exemple els programes de formació de pacients experts o especialistes.

L'efectivitat de l'atenció sanitària també pot veure's interferida per una comunicació inapropiada. Un exemple recent d'aquesta situació ha estat la baixa proporció de persones incloses en les indicacions de risc que es van vacunar del virus de la grip A. Un altre exemple de comunicació deficient és el baix compliment terapèutic que existeix en l'atenció primària, sobretot en condicions clíniques úniques, com són la diabetis, l'asma o la prevenció de malalties cardiovasculars.

És escassa en el nostre entorn la investigació que proporcioni informació sobre la resistència de determinades persones a adoptar estils de vida saludables, malgrat que són conscients de la patologia que tenen. Tampoc no existeix cap investigació rellevant en la probable associació entre una comunicació deficient i les seves conseqüències en salut

És escassa en el nostre entorn la investigació que proporcioni informació sobre la resistència de determinades persones a adoptar estils de vida saludables, malgrat que són conscients de la patologia que tenen. Destaca l'elevat percentatge de persones que fuma, especialment entre els joves. Tampoc no existeix cap investigació rellevant en la probable associació entre una comunicació deficient i les seves conseqüències en la salut.

No hi ha dubte que la comunicació és una de les assignatures pendents en la formació de pregrau i en el dia a dia de la pràctica professional

Un segon nivell d'aspectes ètics són els que estan relacionats amb la forma i les condicions en què es proporciona la informació. En aquest sentit, el fet que els pacients rebin poca informació per escrit i de forma personalitzada resulta paradoxal si es compara amb l'esforç terapèutic que suposa la inversió en sanitat. També resulta paradoxal que els principis de confidencialitat, veracitat i privacitat en la comunicació dels pacients no sempre estiguin d'acord amb els estàndards de bona pràctica ètica. A vegades, les circumstàncies en les quals es proporciona aquesta informació —pressió assistencial, àrees en les quals hi ha altres pacients, etc.— dificulten una comunicació èticament acceptable. Tanmateix, hi ha circumstàncies en les quals la vulneració es troba en la forma d'administració formal de la informació, com per exemple en el cas del denominat consentiment informat, que hauria d'anomenar-se «consentiment firmat». No hi ha dubte que la comunicació és una de les assignatures pendents en la formació de pregrau i en el dia a dia de la pràctica professional.

Comunicació professional en l'àmbit de la fragilitat

Jordi Craven-Bartle

Doctor en medicina i cirurgia. Director del Servei d'Oncologia radioteràpica de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
jcraven@santpau.cat

resum

La comunicació és, i continuarà essent, un aspecte molt important en la relació sanitària, especialment quan la persona a qui s'atén viu una situació de fragilitat o dependència. Des d'una visió ètica es considera que no n'hi ha prou de complir amb els mínims legals (ètica de mínims), sinó que cal anar més enllà per establir un veritable procés de comunicació en el qual la persona fràgil pugui exercir la seva autonomia (ètica de màxims).

PARAULES CLAU

comunicació, fragilitat, dependència, ètica de mínims, ètica de màxims, consentiment informat

abstract

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

KEYWORDS

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

Des del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital de Sant Pau vam fer fa uns anys una enquesta per veure el percentatge d'històries clíniques en les quals constava el document de consentiment informat. Si és que trobàvem el document, em va cridar l'atenció la quantitat de vegades que hi havia una creueta al costat de la signatura del pacient, indicant el lloc on havia de signar. Aquella creueta va recordar-me alguna cosa del subconscient. Donant-hi voltes, un dia vaig buscar el contracte d'assegurança del meu vehicle. I després de diverses pàgines de lletra petita que mai no havia llegit, vaig trobar, al capdavant, la meua signatura, acceptant-ho tot. I, al costat, una creueta. La creueta que m'havia fet el meu gestor quan em va dir: «signi on he posat la creueta», i jo vaig recordar perfectament que ho havia signat sense llegir res!

Imagino el lector de *Bioètica & debat*, revista que no es ven als quioscos, de difusió limitada als qui tenim una certa preocupació filosòfica, com una persona intel·lectualment capacitada, autònoma i responsable dels seus actes. I em vénen ganes de fer una pregunta al desconegut amic lector (potser no el conec, però ja és amic per la paciència de llegir-me!), una pregunta que m'he fet a mi mateix moltes vegades. Perdoni la gosadia, però és que pel que després vull dir li he de fer una pregunta ara mateix. Quan vostè va signar el contracte d'assegurança del seu cotxe, o algun altre contracte com el de manteniment del comptador del gas de la seva llar, es va mirar el que signava abans de rubricar el contracte? Li pregunto perquè jo, que em crec autònom i amb una certa capacitat de comprensió intel·lectual, confesso que mai no m'he llegit cap d'aquests contractes. Potser perquè ja confio en el meu gestor. Però quan algu-

na vegada, molt temps després d'haver signat, he tingut algun problema i algú m'ha dit «és que ja ho deia el contracte que vostè va signar», m'he quedat bocabadat de les coses que vaig arribar a acceptar i rubricar sense haver-ne tingut el més mínim coneixement!

En aquestes situacions de fragilitat d'una de les parts, anomenades relacions professionals asimètriques, la societat estableix per al professional un deure complementari de caràcter deontològic: la formulació d'un jurament tàcit o explícit que l'obliga a actuar segons un codi d'ètica professional, és a dir un codi deontològic, fonamentat en uns valors

Si això ens succeeix a persones plenament capaces, què deu passar quan una de les parts que signa un contracte ha perdut l'autonomia i pateix una fragilitat que la fa dependent? En aquestes situacions de fragilitat d'una de les parts, anomenades relacions professionals asimètriques, la societat estableix per al professional un deure complementari de caràcter deontològic: la formulació d'un jurament tàcit o explícit que l'obliga a actuar segons un codi d'ètica professional, és a dir un codi deontològic, fonamentat en uns valors.

L'infant a l'escola depèn del mestre, com el pacient hospitalitzat depèn del metge i de la infermera, com el reu depèn del seu advocat o com el penitent depèn del seu sacerdot. No signen pas

contractes en igualtat de condicions, perquè una part és lliure i autònoma, però l'altra és fràgil o és dependent. En aquestes condicions s'estableix aquest deure ètic complementari com una forma d'autoexigència per una de les parts, que intenta adaptar-se a les mancances de l'altre.

Aquesta adaptació es fa pràcticament impossible d'explicar des del punt de vista del dret normatiu, com mai no es pot arribar a definir en un codi de lleis quins són els inabastables deures dels pares vers els seus fills. Les normes han d'establir punts de tall entre el bé i el mal, com el límit de la velocitat permesa o el percentatge d'impost de la renda que ens pertoca pagar. És l'ètica de mínims. No pas com a concepte pejoratiu per al dret, com si fos de menor qualitat, sinó perquè en veure's obligat a establir punts definits de referència per a tots els ciutadans ha de qualificar el comportament com a bo o dolent a partir de punts estrictament verificables.

Quan parlem de l'atenció professional en un àmbit de fragilitat, l'ètica ens parla de «fer tot el que puguem», referint-se a fonamentar l'acció del professional no en codis normatius, sinó en valors referencials. Fins i tot s'ha arribat a anomenar «ètica de màxims», concepte que és fonamental per entendre els deures del professional quan tracta un client fràgil que té qualsevol forma de dependència, com ara la infantesa, la malaltia, la pèrdua de llibertat, o un client que sense ser fràgil té tal confiança, tal fe absoluta en l'honestedat de l'altre que renuncia a comprovar per ell mateix la lletra petita d'un contracte o la qualitat del gènere que ha comprat. Ara ja podem imaginar les dificultats especials relacionades amb els problemes de comunicació en les relacions asimètriques.

La comunicació és el gran afer del nostre segle! Tothom parla de comunicació: les empreses, les entitats esportives, els polítics, els metges... Rebem una allau constant d'informació de tot el que succeeix al món, sense temps ni possibilitats de pair-la ni de destriar-la ni

d'analitzar-la. I qui s'atura a recordar que la comunicació és un dels grans temes de la filosofia i que en la seva fonamentació milers de pensadors hi han abocat el seu esforç?

La comunicació és el gran afer del nostre segle! Tothom parla de comunicació: les empreses, les entitats esportives, els polítics, els metges... Rebem una allau constant d'informació de tot el que succeeix al món, sense temps ni possibilitats de pair-la ni de destriar-la ni d'analitzar-la

Informar és un camí que solament té un sentit, el d'anada, sense esperar resposta. Però la comunicació requereix que el receptor, després de desxifrar i avaluar el missatge, emeti el missatge de resposta que haurà d'ésser igualment entès i avaluat pel primer emissor. I en aquest complex camí passen tantes coses, hi ha tants possibles artefactes, que en la major part de circumstàncies pesen més les circumstàncies que envolten el missatge que no pas el mateix missatge. Si això és així en l'intent de comunicació entre persones capaces, què deu passar quan una de les parts és fràgil per qualsevol de les causes que abans hem esmentat?

El reconeixement progressiu de la dignitat de l'ésser humà que hem viscut en la segona meitat del segle XX, ha portat a la definició cada vegada més acurada dels drets de l'home, i especialment de l'home malalt, i a la necessitat de respectar el seu dret a rebre informació abans de dur a terme qualsevol procediment que pogués interferir en la seva qualitat de vida. Una informació que s'ha de convertir en procés de comunicació perquè ell respongui atorgant o negant el seu consentiment. Però si el procés

de consentiment acaba acreditant-se com a base documental en la signatura d'un document, pot succeir que el pacient signi el document com un tràmit burocràtic. Si ho fem nosaltres, essent capaços i autònoms amb el nostre gestor, què no farà un pacient amb el seu metge quan aquest li marca la creueta al peu del document de consentiment informat?

Tinc un company que diu que la millor manera d'ajudar els immigrants a integrar-se és parlar-los sempre la nostra llengua, tant si l'entenen com si no. I jo em quedo bocabadat mirant les cares d'aquells estrangers pobres, sense cap altre recurs que la confiança que poden dipositar en el professional que imaginem obligat a ajudar-los amb tota atenció i afecte com a deure tàcit. Aquest professional no ha comprès que el nostre deure és fer «tot el que puguem» per fer-nos entendre. Ni més ni menys. Ell informa, però no es comunica, perquè no ha entès els valors inherents al concepte de l'ètica de màxims.

La fragilitat de l'altra part obliga el professional a un creixement seriós, profund, dels seus valors, que s'adaptin a la fragilitat de l'altre, no per imposar el seu propi criteri com un paternalisme impositiu, sinó per ajudar l'ésser fràgil a triar la millor opció per a ell

La fragilitat de l'altra part obliga el professional a un creixement seriós, profund, dels seus valors, que s'adaptin a la fragilitat de l'altre, no per imposar el seu propi criteri com un paternalisme impositiu, sinó per ajudar l'ésser fràgil a triar la millor opció per a ell, a establir una relació de confiança fonamentada en el coneixement savi, la veracitat prudent i el respecte a la dignitat de tots els éssers humans.

El dia de la revetlla de Sant Joan (23 de juny) va succeir a prop de Barcelona un terrible accident: un tren va atropellar al baixador de Castelldefels uns joves que travessaven per la via i una dotzena d'ells van morir. Immediatament van aparèixer els responsables i els polítics dient que hi havia un pas soterrat i que els únics responsables de l'accident havien estat ells mateixos per baixar a la via. Fins els diaris deien en els titulars «Ha estat una temeritat». Després vam saber que la majoria d'ells eren immigrants i, per tant, poc habituats als nostres costums. El fet que s'hagués obert un pas soterrat potser permetia tancar el pas aeri, com de fet va succeir. Però també vam saber que l'andana era plena i que el pas soterrat estava col·lapsat per la gentada. I jo reflexionava sobre aquest fet de la mateixa manera que em qüestiono els problemes de comunicació en un àmbit de fragilitat.

La llei ens marca mínims però l'ètica ens obliga a màxims. I en un àmbit de debat bioètic, com el que ara mantenim, no podem deixar de reflexionar sobre les greus mancances en el procés de comunicació que observem al nostre entorn

De ben segur que en aquest cas hi devia haver informació a l'andana avisant que no es travessés per la via, però el fet és que tota una corrua de gent no van fer cas de l'avís. Des del punt de vista legal, probablement el fet de pensar l'avís ja representa l'acompliment normatiu. Com l'agutzil que penja un avís al taulell d'anuncis d'un ajuntament o el polític que publica un edicte al Butlletí Oficial. Però, qui va a mirar el taulell d'anuncis de l'ajuntament o qui se subscriu als

butlletins de codis normatius de l'estat, l'autonomia, o la província, per conèixer fets que poden tenir transcendència important per a nosaltres mateixos?

La llei ens marca mínims però l'ètica ens obliga a màxims. I en un àmbit de debat bioètic, com el que ara mantenim, no podem deixar de reflexionar sobre les greus mancances en el procés de comunicació que observem al nostre entorn. Si observem dificultats de comunicació entre ciutadans de peu i governants, entre compradors i venedors, que són éssers autònoms, què pot succeir quan una de les parts és feble, com ara els malalts, els immigrants pobres o els infants?

El cent per cent dels malalts als quals informo com a metge sobre un procediment que els proposo, després d'explicar-los el que cal, signen on els indico. Però quan encara veig creuetes en aquests documents tinc dubtes de fins a quin punt el pacient signa perquè ha entès la informació, o bé perquè senzillament confia en el metge que li ha donat la informació, com jo confio en el meu gestor o en el meu advocat, i en tinc prou amb això. La qual cosa deixa ben clar que el fet fonamental de l'atorgament, que pel jurista és la signatura, pel professional que vol actuar èticament només pot ésser aconseguir un procés real de comunicació adaptant-se a les mancances de comprensió, a les pors o fins i tot a les provocacions de les persones fràgils.

El rètol que avisa del perill de baixar de l'andana i travessar la via segurament compleix la normativa. Els polítics van argumentar-ho immediatament, com si ja s'entrenessin per a la declaració de la seva innocència: «va ésser una temeritat de les mateixes víctimes». Però els qui intentem aproximar-nos a l'ètica de màxims ens hem de preguntar: era previsible que una corrua d'adolescents saturant les andanes d'un baixador en una nit de revetlla no es poguessin desorientar i pensar que l'únic camí era la via si el pas aeri estava vetat? Ningú no podia preveure el perill, si per la mateixa

via del baixador circulava un tren d'alta velocitat, i posar una reixa protectora? El problema fonamental en aquest cas, com en tants i tants de la nostra societat actual, és de comunicació en relació asimètrica. El qui planifica les estacions i la circulació dels trens representa el paper del professional, i els adolescents en el baixador per on havia de passar el tren d'alta velocitat vindrien a representar els fràgils ciutadans que estaven confosos. El primer diu que ja s'havia promulgat la norma, la qual diu que no es permet passar per la via. L'altra part ja no pot dir res. Tal vegada ens correspon a nosaltres respondre i obrir una reflexió a tota la nostra societat perquè respongui: de qui va ser la temeritat de no preveure el que podia succeir?

El metge que no informa bé i no sap adaptar-se al seu malalt, o el mestre que no escolta la por d'algun deixeble, o, en fi, el polític que no s'apropa, escolta i es posa en el lloc dels ciutadans més febles, són exemples de fracàs de la comunicació en l'àmbit de la fragilitat

El metge que no informa bé i no sap adaptar-se al seu malalt, o el mestre que no escolta la por d'algun deixeble, o, en fi, el polític que no s'apropa, escolta i es posa en el lloc dels ciutadans més febles, són exemples de fracàs de la comunicació en l'àmbit de la fragilitat. En tots els casos el professional, el qui és més fort en aquesta relació asimètrica, tenia el deure d'intentar posar-se en el lloc de l'altra part per comprendre-la i ajudar-la. En aquests exemples veiem la clara contraposició entre una ètica de mínims i una ètica de màxims.

Clarors i ombres de la Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs

Àngels Avecilla

Ginecòloga.
Cap de secció d'atenció
a la salut sexual i reproductiva.
Badalona Serveis Assistencials.
aavecilla@bsa.cat

La llei estipula que totes les dones que manifestin la seva intenció de sotmetre's a una interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) han de rebre informació

Frenar el aborto, reto de la nueva ley

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

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

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

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

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

Amb l'entrada en vigor de la nova Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs¹ s'ha fet un pas endavant en l'exercici dels drets sexuals i reproductius de les dones en reconèixer el seu dret a decidir, de forma lliure i responsable, davant un embaràs no desitjat, si volen ser mares o no. Si la maternitat no és volguda, es garanteix que la decisió de la dona d'interrompre la gestació sigui respectada i que pugui accedir a un avortament en condicions de seguretat. D'altra banda, s'eliminen

els problemes d'iniquitat en la prestació de l'atenció atès que està inclosa a la cartera de serveis de la xarxa sanitària pública.²

La llei estipula que totes les dones que manifestin la seva intenció de sotmetre's a una interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) han de rebre informació,³ prèvia al consentiment, sobre: els diferents mètodes per interrompre la gestació, les condicions per a la IVE que contempla la llei, els centres públics acreditats on es pot adreçar, els tràmits per accedir a la pres-

tació i les condicions necessàries perquè sigui finançat per la sanitat pública.

En tots els supòsits s'informarà sobre les conseqüències mèdiques, psicològiques i socials de la continuació o de la interrupció de l'embaràs

A més, quan la demanda sigui a petició de la dona (no per causes mèdiques), les dones que optin per la IVE rebran, en el centre acreditat per fer la intervenció, la informació següent en un sobre tancat: drets, prestacions i ajudes públiques de suport a la maternitat, dades sobre els centres disponibles per rebre informació sobre anticoncepció i sexe segur i dades sobre els centres on la dona pugui rebre, voluntàriament, assessorament abans i després de la interrupció de la gestació. Junt amb el sobre tancat es lliurarà un document acreditatiu de la data de rebuda de la informació. Si la dona ho sol·licita, la informació, a més, es pot oferir verbalment. A partir d'aquesta data han de transcórrer un termini de, com a mínim, tres dies per fer la intervenció. En el cas de supòsit de malformacions fetals, la dona rebrà informació⁴ sobre els drets, prestacions i ajudes públiques per a persones discapacitades i sobre les xarxes d'assistència social a l'abast. En tots els supòsits s'informarà sobre les conseqüències mèdiques, psicològiques i socials de la continuació o de la interrupció de l'embaràs.

Pel que fa a les dones de 16 i 17 anys,⁵ el consentiment per a la IVE els correspon únicament a elles, però almenys un dels seus representants legals ha d'estar informat de la seva decisió. Es prescindirà d'aquesta informació si la menor al·lega de forma fundada que això li provocarà un conflicte greu manifestat per un perill cert de violència intrafamiliar, amenaces, coaccions, maltracta-

ments o una situació de desarrelament o desemparament.

Pel que fa a les dones de 16 i 17 anys, el consentiment per a la IVE els correspon únicament a elles, però almenys un dels seus representants legals ha d'estar informat de la seva decisió. Es prescindirà d'aquesta informació si la menor al·lega de forma fundada que això li provocarà un conflicte greu manifestat per un perill cert de violència intrafamiliar, amenaces, coaccions, maltractaments o una situació de desarrelament o desemparament

Arribats en aquest punt, es plantegen una sèrie d'interrogants i reflexions a l'entorn de l'aplicació de la llei.

Pel que fa a la qüestió de la informació: Quina funció té el lliurament d'un sobre tancat amb tota la informació sobre les ajudes disponibles en cas de seguir l'embaràs quan la dona manifesta la seva decisió de no voler una maternitat? No seria més lògic donar-la quan la decisió encara no està presa o quan hi ha dubtes? Si les causes que motiven la decisió d'avortar no són de caràcter socioeconòmic, disposar d'aquesta informació escrita no sembla que sigui de gaire utilitat, sinó que sembla un mer tràmit que s'ha de complir. Si les circumstàncies socioeconòmiques són molt desfavorables, es fa difícil de creure que sols la informació escrita dels tipus d'ajuda disponibles actualment suposi una ajuda suficient per resoldre la situació que empeny a prendre l'opció de l'avortament.

El marc idoni per donar la informació és el que s'estableix en la consulta, en un

ambient de privacitat i confidencialitat, amb el professional sanitari dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), on s'assegura que la dona disposa de tota la informació necessària per accedir a la prestació sanitària i que l'entén.

El marc idoni per donar la informació és el que s'estableix en la consulta, en un ambient de privacitat i confidencialitat, amb el professional sanitari dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), on s'assegura que la dona disposa de tota la informació necessària per accedir a la prestació sanitària i que l'entén

S'ofereix la possibilitat d'assessorament per ajudar-la a considerar totes les alternatives possibles que li permetran prendre una decisió, de forma lliure, reflexionada i responsable, contemplant tots els elements que envolten el fet de trobar-se amb un embaràs no buscat. Finalment, s'ofereixen les opcions anticonceptives efectives per poder iniciar immediatament després de la IVE, per tal d'evitar un nou embaràs no buscat, i es dona la possibilitat d'un seguiment posterior a la intervenció. És en aquest moment que des de l'ASSIR es fa la derivació al centre on es farà la intervenció.

Una altra qüestió per a l'anàlisi és l'autonomia reproductiva de la dona. Amb la nova llei es reconeix i es permet el seu exercici, si bé es podria considerar que amb un cert paternalisme, ja que és d'obligat compliment lliurar informació sobre les ajudes a la maternitat a una dona que, acollint-se al supòsit de l'avortament lliure abans de les catorze setmanes, fa una demanda explícita

d'avortament. A partir d'aquí s'estableix el període de reflexió mínim de tres dies un cop rebuda aquesta documentació, que en aquests moments no es dóna als ASSIR, sinó als centres on es fan les IVE.

La pregunta que sorgeix immediatament és quin és el motiu pel qual s'ha optat per aquesta via que pot suposar certs entrebancs i el risc d'ocasionar endarreriments innecessaris, sense aportar un major benefici. No seria més coherent que aquest període de reflexió es comptés a partir de la data en la qual es fa la derivació des dels ASSIR, un cop feta l'acollida de la demanda de la dona i fet tot l'aconsellament i assessorament? No fóra millor que tota la informació, sobre tancat inclòs, és pogués donar en aquests serveis, i no pas en els centres on es farà la intervenció?

Pel que fa a les dones d'entre 16 i 17 anys, tal com ha quedat plantejada la llei queda més qüestionada la seva autonomia perquè, si bé es reconeix que el dret de la decisió d'interrompre o no l'embaràs recau exclusivament en la menor, per poder accedir a la IVE s'imposa l'obligació d'informar a un dels pares o representants legals

Pel que fa a les dones d'entre 16 i 17 anys, tal com ha quedat plantejada la llei queda més qüestionada la seva autonomia perquè, si bé es reconeix que el dret de la decisió d'interrompre o no l'embaràs recau exclusivament en la menor, per poder accedir a la IVE s'imposa l'obligació d'informar a un dels pares o representants legals. S'imposa compartir la decisió amb qui no voldria fer-ho. És el metge que practica la intervenció

qui ha de decidir si els arguments que al·lega la menor per no informar-los són fonamentats i si fer-ho pot representar un conflicte greu i un perill «cert». Però la percepció de risc de dany per part d'una dona de 16 o 17 anys que coneix i viu l'entorn familiar pot ser molt diferent a la percepció del professional. Si la noia explica manca de comunicació a casa, que mai no s'ha parlat de sexualitat, que els pares desaprovaren l'avortament... i que informar-los li ocasionaria un dany o un problema, no seria una raó fonamentada de conflicte greu? No hi ha risc de coacció, de condicionar la decisió de la noia? Obligar una persona, que en altres situacions de caràcter medico-sanitàries és considera major d'edat, a informar els pares pot tenir conseqüències la magnitud de les quals pot ser de difícil valoració: augment del patiment emocional, que s'afegeix al que la pròpia situació de l'embaràs comporta; possibilitat d'anar posposant el moment de donar la notícia a casa i arribant a una situació on ja no sigui factible la pràctica de la intervenció; abandó dels serveis sanitaris i cerca d'altres vies no segures, o que, finalment, es vegi abocada a una maternitat no desitjada.

Si realment el que es busca és el major benefici per a la noia s'hauria de garantir que la presa de la decisió es fes sense cap mena de pressió familiar

Si realment el que es busca és el major benefici per a la noia s'hauria de garantir que la presa de la decisió es fes sense cap mena de pressió familiar. Això es facilitaria si la jove pogués comptar amb el suport d'un familiar adult de la seva confiança a més de comptar amb l'assessorament que es dóna en els serveis d'ASSIR, amb la participació de psicòlegs o treballadors socials quan es consideri necessari.

L'aparició d'un embaràs no desitjat i la decisió d'interrompre'l és, per a tota dona de qualsevol edat, una situació difícil, inicialment traumàtica i irreversible, i per tant se li ha d'oferir la millor ajuda possible

L'aparició d'un embaràs no desitjat i la decisió d'interrompre'l és, per a tota dona de qualsevol edat, una situació difícil, inicialment traumàtica i irreversible, i per tant se li ha d'oferir la millor ajuda possible: a més de l'assessorament professional, comptar amb el suport familiar per l'acompanyament és important sempre i quan aquests familiars (parella, mare, pare, germans...) siguin realment un suport. Les noies que visquin en un clima familiar de confiança, comunicació i respecte sempre informaran els pares de la situació en la qual es troben i els demanaran la seva ajuda i suport. I ho faran per iniciativa pròpia. Si no existeix aquest clima de confiança i comunicació, per a la menor de setze o disset anys obligar-la a informar els pares o representants legals i obligar-la a anar acompanyada per ells al centre on es farà la intervenció no pressuposa un benefici, pot suposar un risc posterior i vulnera el seu dret d'autonomia i el dret a la privacitat i la confidencialitat.

REFERÈNCIES I NOTES BIBLIOGRÀFIQUES:

1. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm. 55, (04-03-2010).
2. «Artículo 2. Competencias de gestión y organización de los servicios.

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

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

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

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

2. Si, excepcionalmente, el servicio público de salud donde la mujer embarazada haya solicitado la asistencia no pudiera facilitar en tiempo la prestación, el citado servicio público de salud le reconocerá a la solicitante el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación. El reconocimiento del citado derecho y el compromiso de asumir el abono de la prestación se considerarán realizados tácitamente, si trascurrido un plazo de diez días

naturales desde la solicitud de la prestación, la mujer solicitante no ha recibido del correspondiente servicio público de salud indicación del centro sanitario donde se realizará la prestación.

3. Cuando el servicio público de salud opte por facilitar la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo con medios ajenos, estos centros deberán estar acreditados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo». Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm. 155, (26-06-2010).

3. «Artículo 4. Información general.

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

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

de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción del embarazo.

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

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

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

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

- a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
- b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Esta información se entregará a la gestante en un sobre que especifique esta circunstancia –«Información sobre la IVE. Artículo 15.b) de la Ley Orgánica 2/2010»–, y tendrá, por lo demás, los requisitos y características detalladas en el artículo anterior, salvo la necesidad de incorporar el dato relativo a la fecha en que se entrega». Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial

de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm. 155, (26-06-2010).

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

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

2. En el caso de prescindir de esta información, cuando la mujer alegue las circunstancias previstas en el apartado Cuarto del citado artículo 13, el médico encargado de practicar la interrupción del embarazo deberá apreciar, por escrito y con la firma de la mujer, que las alegaciones de ésta son fundadas, pudiendo solicitar, en su caso, informe psiquiátrico, psicológico o de profesional de trabajo social». Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm. 155, (26-06-2010).

Un curs suggerent de filosofia moral

Joan Mir i Tubau

Professor de bioètica
de la Universitat de Vic.
joan.mir@uvic.cat



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

El professor Jankélévitch, voldria una filosofia viva i viscuda que ensenyi als estudiants a afrontar els principals problemes que preocupen l'ésser humà i a pensar per ells mateixos per tal de poder fer front a les desviacions de les ideologies

El llibre de Vladimir Jankélévitch *Curso de filosofía moral* és una traducció al castellà d'un curs que, amb aquest mateix títol, l'autor va impartir a la Universitat Lliure de Brussel·les l'any 1962 i que fou transcrit per un dels seus alumnes.

En el pròleg, escrit per Françoise Schwab, se'ns donen pistes importants per a una lectura profitosa d'aquest curs i per conèixer el pensament de Jankélévitch i el seu projecte filosòfic «pensar, fins al moment en què el pensament es trenca, coses difícils de pensar». En destaquem quatre aspectes: l'autor, en aquest text, es mostra molt didàctic i és el resultat d'una barreja entre el professor, que és qualificat de personalitat brillant, fogosa i càlida, i el filòsof moral, posseïdor d'un pensament vigorós i a contracorrent, que ensenyava moral quan era ben vist mofar-se'n, i no sols això, sinó que maldava per fer reconèixer la primacia absoluta de la moral sobre qualsevol altra instància. En segon lloc se'ns explica que Jankélévitch és un filòsof influït per Bergson i que centra les seves anàlisis en la moral a partir de la nova idea de temps introduïda pel filòsof esmentat. En tercer lloc tota la seva obra moral té una dimensió política, en el sentit que explora la seva relació amb els altres. I, finalment, el professor Jankélévitch, tot lamentant que la nostra època s'accontenti amb «veritats aproximades», voldria una filosofia viva i viscuda que ensenyi als estudiants a afrontar els principals problemes que preocupen l'ésser humà i a pensar per ells mateixos per tal de poder fer front a les desviacions de les ideologies.

El llibre està dividit en dues grans parts, que s'anuncien com a primera i segona part del curs. En la primera part s'estudien sis temes; els tres primers són: La reducció de la moral a l'estètica, reflexió que fa veure que hi ha un pont entre la vida estètica i la vida moral. La reduc-

ció de la moral a la religió: on l'autor fa unes finíssimes observacions sobre el paral·lel entre la moral i les religions, les diferències entre les obligacions que comporten l'una i l'altra i acaba descrivint les relacions entre la vida religiosa i la vida moral. La reducció de la moral a la psicologia, on apareix la idea que la vida psicològica no és anterior a la vida ètica però n'és tanmateix el seu suport. I els altres tres temes són: La comparança entre la continuïtat psicològica, la discontinuïtat estètica i la discontinuïtat moral. La relació entre la vida moral i el que ens ve donat psicobiològicament. I la moral del deure on el que és donat es considera un obstacle.

Jankélévitch dialoga amb tota una plèiade de filòsofs, amb els quals s'identifica, o en fa la crítica o n'estira el pensament fins a límits extraordinaris i ho fa amb un remarcable «esprit de finesse».

D'aquests sis temes destaquem la bellesa i la profunditat dels dos primers i el cinquè. Jankélévitch dialoga amb tota una plèiade de filòsofs, amb els quals s'identifica, o en fa la crítica o n'estira el pensament fins a límits extraordinaris i ho fa amb un remarcable «esprit de finesse».

En la segona part del llibre, potser de lectura més feixuga, Jankélévitch fa un estudi de la realitat en relació al futur (l'acció encara s'ha de fer) i al passat (l'acció està feta). En aquesta segona part caldria destacar el primer estudi, en el qual se subratlla que el futur és sobretot una crida, una sol·licitud a la voluntat

i, per tant, el futur és, com diu l'autor, un «taller de treball». El futur és acció. I, al revés, en la mesura en què l'home adopta una actitud contemplativa en relació al futur, abandona els seus poders i deixa sense utilitzar la seva llibertat. El quietista és «essencialment amoral», sentència Jankélévitch.

El llibre es completa amb tres aportacions valuoses: En primer lloc, les referències bibliogràfiques dels llibres de Jankélévitch citats en aquest curs de filosofia moral. En segon lloc, les notes de final de volum que són una mostra extraordinària de la vastíssima cultura filosòfica de l'autor. Hi comenta frases que han sortit en el text i ho fa aportant fragments extrets d'altres obres del mateix Jankélévitch en les quals es fa referència a la frase comentada. I, finalment,

una bibliografia completa de les obres de Jankélévitch, sobre filosofia i obres pòstumes de filosofia i sobre música i també amb la llista d'obres pòstumes entorn de la música.

Creiem que quan hom arriba al final de la lectura d'aquest «Curs de filosofia moral» prenen tot el seu relleu i la seva exactitud les paraules que, en el pròleg, escriu Françoise Schwab sobre Jankélévitch

Creiem que quan hom arriba al final de la lectura d'aquest «Curs de filosofia

moral» prenen tot el seu relleu i la seva exactitud les paraules que, en el pròleg, escriu Françoise Schwab sobre Jankélévitch: «Aquest home “encantador”, en el sentit socràtic del terme, deixava el seu auditori estupefacte, no solament per la brillantor de la seva eloqüència, sinó també per la profunditat de la seva reflexió, alhora modesta i fulgurant». La lectura, doncs, d'aquest curs de filosofia moral és totalment recomanable i, sobretot, suggerent.

La lectura, doncs, d'aquest curs de filosofia moral és totalment recomanable i, sobretot, suggerent

novetats biblioteca

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

«Si cal tenir en compte els quatre principis, el principi d'autonomia té, per sí mateix, un estatus privilegiat. Aleshores, què és l'autonomia personal de la qual parlen T. L. Beauchamp i J. F. Childress? Per captar el significat i la importància que té per ells l'autonomia, cal comprendre d'entrada que aquests autors raonen a partir d'una "ficcio". Construeixen una mena de "pacient ideal" capaç, en qualsevol circumstància, de reflexionar sobre els seus objectius personals i decidir per sí mateix actuant conforme a aquesta reflexió. Conscient, informat, lliure i educat, el pacient seria capaç d'autodeterminar-se. D'aquí que no respectar les seves decisions, seria faltar-li al respecte: seria negar-li la llibertat d'actuar segons les seves tries reflexionades. Però què falta, en aquesta concepció abstracta de l'ésser humà? Pacients reals que es caracteritzen per les seves dependències i la seva fragilitat, les seves limitacions i condicionants. (...) Però, podem comprendre veritablement el significat del consentiment dels malalts sense qüestionar-nos sobre les contingències que de vegades poden empènyer un individu a "consentir" alguna cosa, a desgrat de les seves conviccions i de les seves creences personals? Podem negar la importància que tenen, sota el pretext que cap decisió no està lliure de condicionants físics o psíquics? És possible fer veure que ignorem que la capacitat d'actuar consisteix en llaurar un camí entre les tries que es fan, sense tenir en compte les condicions socials i al mateix temps condicionades per aquestes? I al contrari, és possible seguir defensant una posició paternalista de l'ètica mèdica, segons la qual existiria una concepció determinada del bé que poca gent coneix i que cal imposar, de grat o per força, a tothom, independentment dels desigs i la voluntat de cadascú?»

Marzano M. Què és l'ètica aplicada. Cànoves i Samalús: Proteus; 2009. p. 35-36.

«**Reunió anual de la European Association of Centres of Medical Ethics (EACME)**». La reunió d'enguany de l'EACME serà a Oslo (Noruega), del 16 al 18 de setembre de 2010. Més informació: http://www.med.uio.no/iasam/sme/seminar/eacme_2010/post-sme@samfunnsmed.uio.no

[Els temes de debat d'aquesta reunió versaran sobre: ètica empírica i metodologia, ètica empírica i pràctica clínica, ètica empírica i recerca, ètica empírica, biopolítica i drets humans.]

«**III Jornada de Patologia Dual: Salut mental, addiccions i mesures penals alternatives**». Promoguda per la Unitat de Patologia Dual i el Centre d'Atenció i Seguiment (CAS) de drogodependències de Benito Menni CASM. Les jornades es portaran a terme el 14 i 15 d'octubre de 2010 a Sant Boi de Llobregat (Catalunya).

Més informació: congresos.barcelona@viajesiberia.com

[Aquesta jornada tractarà sobre les mesures penals alternatives des de la perspectiva jurídica, l'avaluació o gestió de mesures d'internament psiquiàtric i el seguiment de les mesures de seguretat.]

Congrés Associació Mundial de Psiquiatria - WPA: «Migració, salut mental i transculturalitat en el segle XXI». El Congrés de la WPA se celebrarà el 30, 31 d'octubre i 1 de novembre de 2010 a Barcelona (Catalunya).

Més informació: <http://www.congresowpabarcelona2010.com>

[Les àrees temàtiques del congrés són, entre d'altres: mediació, síndrome d'Ulisses, depressió, trastorns d'ansietat, psicosis, trastorn per estrès posttraumàtic, experiència d'integració, salut comunitària, racisme, dol migratori...]

Congrés Internacional «La presa de decisions en l'àmbit bioètic».

Organitzat pel Grup d'Investigació Bioètica: Dignitat humana, els estadis de la vida i el respecte a la diferència, de la Universitat de Barcelona, pels dies 8 i 9 de novembre de 2010. El lloc del congrés serà la Facultat de Filosofia de la Universitat de Barcelona (Catalunya).

Més informació: mpiperberg@ub.edu

[L'objectiu és fer una anàlisi i establir propostes dels procediments de decisió en els diferents àmbits de la bioètica, considerant no només l'estudi dels processos de caràcter individual, sinó també la dinàmica de la presa de decisions a nivell social i institucional.]

«**III Jornades d'aspectes ètics de la investigació biomèdica: Bones pràctiques científiques. Capacitació dels CEI**». Organitzades per l'Institut de Salut Carlos III. Se celebraran els dies 19 i 20 de novembre a Madrid (Espanya). Més informació: l.suarez@aymon.es

[Els temes de les jornades posaran èmfasi en les bones pràctiques científiques, la capacitació dels comitès d'ètica d'investigació. També es parlarà dels biobancs i del consentiment informat i assegurances del dany en investigació.]

«**II Jornada d'actualització Sociosanitària i Residencial de les terres de Lleida: Atenció final de vida: Realitat del present. Perspectiva de futur**». Tindrà lloc el 28 de gener de 2011 a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (Catalunya).

Més informació: sociosanitari@gmail.com

[La matinal tractarà en una taula rodona quines atencions cal dispensar al final de la vida en les demències, malalties degeneratives i oncològiques. També hi haurà tallers sobre presa de decisions, disfàgia i atenció geriàtrica a urgències en situació de final de vida. La jornada finalitzarà amb una reflexió sobre ètica i final de vida.]