

# bioètica & debat

TRIBUNA OBERTA DE L'INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA - Any IV N. 16

## La sobirania participada de l'ésser humà: evolució i recombinació genètica

### Sobirania participada

Encara que només el Creador, Déu, és sobirà, autoritat suprema i independent, dotada d'un poder absolut sobre tot, les paraules del

Gènesi: "ompliu la terra i sotmeteu-la" (Gn. 1, 28) proclamen una molt amplia participació de la sobirania divina per part de l'home, que afecta a la mateixa vida humana, salva la indisponibilitat substancial d'aquesta per la seva categoria de fi, és a dir, perquè te el seu propi destí inalienable i insubordinable, que impedeix convertir la vida individual en mitjà per un altre objectiu que no sigui la plena realització del seu ésser. En aquest destí personal radica la dignitat de tot home o dona. L'ésser humà és, a més, l'única criatura estimada per Déu en si mateixa (*Gaudium et Spes*, 24; veure també *Evangelium Vitae*, 42-43).

Anomenem normalment administració al desenvolupament d'aquest domini participat i, com a tal, limitat. On acaba l'exercici legítim d'aquest poder?. El progrés biotecnològic ha suposat una ampliació del camp que li correspon i ens obliga a delimitar-lo amb nous criteris. No es que s'ha produït una revolució en la concepció teològica del domini humà sobre la natura. El respecte degut a la sobirania del Creador sobre ella en el seu conjunt la va conver-

tir, i la manté, com a punt de referència obligat per al judici ètic sobre qualsevol actuació responsable en relació amb ella. Però aquest punt de referència, la naturalesa, concebuda fins fa poc estàticament, predeterminedada en el seu ésser i en les seves finalitats, ha començat a ser contemplada de forma dinàmica en un continu esdevenir sobre quin desenvolupament, amb certes limitacions, pot decidir l'home.

*La naturalesa, concebuda fins fa poc estàticament, ha començat a ser contemplada de forma dinàmica en un continu esdevenir sobre quin desenvolupament pot decidir l'home.*

La resistència que la concepció fixista de la naturalesa ha ofert a l'evolucionisme és fàcil de constatar; en tenim prou amb recordar que el Catecisme de l'Església Catòlica, publicat al 1992, no es fressò encara d'aquesta teoria en les seves reflexions. Malgrat això, avui la majoria dels teòlegs mantenen la visió dinàmico-evolutiva de la naturalesa, que és percebuda (passa a pàg. 3)

### sumari

|  |         |
|--|---------|
| La sobirania participada de l'ésser humà .....             | 1 a 5   |
| Editorial .....  | 2       |
| Més enllà de la notícia .....                              | 6 i 7   |
| Xenotrasplantaments (Documents del Consell d'Europa) ..... | 8 i 9   |
| La Biblioteca de l'IBB .....                               | 10      |
| Dones sanitàries: una història de gènere .....             | 11 a 15 |
| Agenda .....   | 16      |

TRIBUNA OBERTA  
DE L'INSTITUT BORJA  
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓ  
Núria Terribas i Sala

REDACCIÓ I EDICIÓ  
Irina Jurglis Talp

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

DISSENY GRÀFIC  
Elisabet Valls i Remolí

COL.LABORADORS  
Francesc Abel  
Rosa Ma. Alberdi  
Manuel Cuyàs

IMPRÈS A:  
J N P

EDITAT PER:  
Institut Borja de Bioètica,  
Fundació Privada

## Kosovo o la desfeta de la raó dialògica

**E**n una societat secular, plural i democràtica, on les decisions es prenen dialògament, què cal fer amb els qui vulneren els drets fonamentals de la persona i dels pobles de manera reiterada i sense cap escrúpol? Què s'ha de fer amb els qui trenquen les normes de joc consensuades per la comunitat internacional i opten per la lògica de la violència i del terror?

La qüestió de la injerència militar dels països de l'OTAN a Kosovo ha revifat l'històric debat al voltant de la licitud o de la il·licitud de l'intervencionisme en aquells països on es vulneren reiteradament i amb coneixement de causa els drets de les persones i dels col·lectius. Quan hom contempla atònit per la pantalla televisiva el rosari de víctimes del genocidi perpetrat per Milosevic, es planteja, una i altra vegada, quins són els límits del diàleg.

En aquest debat eticopolític, hom se sent extremadament desinformat i manipulat interessadament per les cadenes audiovisuals que fàcilment cauen en el maniqueisme explícit. Després de la Guerra del Golf, la primera guerra emesa en directe per la història de la humanitat, coneixem a fons els artilugis de la manipulació mediàtica de que va ser objecte aquell conflicte per motius descaradament econòmics i polítics. Els interessos implícits en la intervenció militar nord-americana van ser vernissats mediàticament per raons ètiques, com la protecció dels Drets Humans, però sabem, del cert, que hi havia en el substrat interessos d'un altre ordre.

Hem de reconèixer, d'entrada, que la informació que ens arriba és contradictòria i esbiaixada. No tenim dades exactes de la tragèdia humana que està causant la intervenció militar de les forces de l'OTAN en la zona del conflicte. Com acostuma a passar en tot conflicte bèl·lic, les fonts pròpies magnifiquen la barbàrie de l'oponent, però minimalitza els propis errors i els interpreta com a errors de càlcul o d'estratègia militar. Errors, però, on perden la vida persones innocents, nens i nenes, homes i dones senzills que viuen atemorits per les bombes i no tenen cap responsabilitat directa ni indirecta en allò que està passant. Al capdavall, no som espectadors neutrals davant d'aquest conflicte, sinó part implicada.

Si les informacions que rebem són certes i hem de creure que, en part, ho són, sobretot tenint en compte la pluralitat d'observadors internacionals que hi ha a la zona de litigi, sembla justificada la intervenció militar dels països de l'OTAN a fi d'aturar l'anihilament sistemàtic d'un poble. La neteja ètnica que estan portant a terme, d'una manera analítica i calculada, Milosevic i els seus seqüaços, viola el principi de justícia i l'esperit i la lletra de la *Declaració Universal dels Drets de l'Home* de 1948. Des del nostre punt de vista, la intervenció militar és acceptable com a darrera possibilitat i **només** després d'esgotar **totes** les formes possibles de diàleg i de consens pacífic. El gran Immanuel Kant, preocupat per la inestabilitat del món civilitzat, escriu un breu opuscle l'any 1784 on justifica implícitament la injerència de la comunitat internacional en el si d'un Estat, quan dins d'aquest Estat es vulneren els drets inalienables dels ciutadans. "*Fins i tot l'estat més petit -diu I. Kant- pot esperar la seva seguretat i el seu dret no del propi poder o de la seva pròpia decisió jurídica, sinó de la gran federació de nacions (Foedus Amphictyonum), d'una potència unida i de la decisió segons lleis de la voluntat unida*".

En definitiva, Kosovo, en aquest taquicàrdic final de segle, és l'expressió patètica i real de la desfeta de la raó dialògica i posa de manifest la precarietat de la comunitat internacional per trobar una solució digna al conflicte. Sembla evident que el responsable últim de la barbàrie és Milosevic, però com a ciutadans d'un país aliat a l'OTAN, no podem deixar de preguntar-nos si hi havia una escletxa d'esperança en la negociació verbal i de qüestionar-nos, ara i aquí, els termes i els canals de la intervenció. El que sí és evident és que, en darrer terme, els innocents anònims són els qui paguen les conseqüències dramàtiques de la fragilitat de la raó dialògica.

(ve de pàg. 1)

com una creació continuada en la que Déu compta amb la cooperació de l'home. L' "*ompliu la terra i sotmeteu-la*" ha adquirit el sentit d'una tasca perfectiva en l'esdevenir, prèviament possibilitat pel Creador. En quin punt deixaria l'home de secundar, com a diligent administrador, el pla diví i pretendria assumir prerrogatives del Creador?. Pot, sense extralimitar-se, modificar els caràcters biològics i etològics d'una espècie inferior?. És lícit que produeixi noves espècies?. Fins quin punt podria modificar fins i tot la naturalesa humana?. Les possibilitats obertes per la recombinació genètica plantegen amb rigor aquestes i altres qüestions.

■  
*És lícit que produeixi  
noves espècies?. Fins quin  
punt podria modificar  
fins i tot la  
naturalesa humana?*  
■

Dos punts de partida pretenen eliminar d'arrel el dret a modificar la dotació genètica dels éssers vius amb l'oportunitat de produir noves espècies o de canviar radicalment alguna de les que ja existeixen:

1er.- Suposaria interferir en el poder diví i envair el camp reservat al poder exclusiu del Creador.

Aquesta primera por té el punt de partida en la falsa concepció de l'acció divina. En cap cas podrà l'activitat humana entrar en col·lisió amb el poder sobirà de Déu sobre tot el que ha creat. Ell actua, de providència ordinària almenys, a nivell transcendent, sense interferir en l'àmbit de les causes segones deixant intacta l'autonomia d'aquestes al nivell que els corres-

pon. Queda, doncs, fora de lloc la por que la recombinació genètica interferís en el procedir diví.

2on.- Seria sempre irresponsable. Aquesta prevenció nega al'home la saviesa necessària per a fer ús de manera responsable de les possibilitats obertes per la recombinació genètica.

### **Natural i artificial en Teologia moral**

La contraposició dels qualificatius natural-artificial, adduïts com a punt de referència pel judici de valor ètic en diferents documents del Magisteri pontifici i en els comentaris teològics als mateixos, dóna lloc a perplexitats i desacords, impossibles de superar, si no es clarifica el sentit tècnic dels termes adduïts en el context cultural al que ens referim.

El terme **natural** qualifica una activitat originada i continuada en el mateix ésser (*ab intra*), que prossegueix de per si autònomament no obstant la possible intromissió d'una acció aliena.

■  
*La intervenció extrínseca  
en un procés natural  
està exempta de  
judici de valor ètic.  
La dificultat sorgeix quan  
la intervenció des de fora  
afecta a una activitat  
humana, és a dir,  
conscient i lliure.*  
■

Es qualifica en canvi d'**artificial** l'efecte d'una intervenció des de fora del procés natural (*ab extra*), orientada a una finalitat pròpia. Aquesta intervenció extrínseca, i l'efecte al que dóna lloc, poden quedar al marge o confluir amb el curs natural concomitant.

La intervenció extrínseca en un procés natural està exempta de judici de valor ètic. La dificultat sorgeix quan la intervenció des de fora afecta a una activitat humana, és a dir, conscient i lliure.

Aquesta intervenció extrínseca pot incorporar-se a l'activitat humana facilitant el procedir o la consecució de l'objectiu perseguit per ella (*agere*), però pot també referir-se a una prestació tècnica, actuada per si mateixa (*facere*); equival llavors a produir, fabricar.

Quan l'influx artificial es limita a facilitar el curs de l'activitat humana en la que interfereix o a aconseguir la finalitat a la que va dirigida, queden salvats la veritat i la dignitat humana del procedir. Una intervenció similar és èticament acceptable i res ha d'objectar en contra el teòleg moral.

■  
*La intervenció és,  
en canvi, desaprovada,  
quan substitueix total  
o parcialment l'activitat  
humana per la tècnica...  
Llavors té lloc  
la manipulació i l'alienació,  
en tant que priva de qualitat  
humana el procés.*  
■

La intervenció és, en canvi, desaprovada, quan substitueix total o parcialment l'activitat humana per la tècnica, entesa aquesta com a sistema o conjunt autònom de coses i forces. Llavors té lloc la manipulació i l'alienació, tant que priva de qualitat humana el procés.

A aquesta artificialitat es refereix el judici condemnatori del que és artificial, quan es contraposa al que és natural.

Clarificats els conceptes, es justifica la prevenció contra el que és

artificial en el seu sentit tècnic.

Però les activitats humanes són múltiples i heterogènies. Quines d'elles han d'estar sempre i totalment sota l'impuls i control del coneixement i de la voluntat lliure?. Existeixen a la pràctica irrupcions de la biotecnologia, que substitueixin l'activitat humana per un mecanisme?. Quines?.

La perplexitat i els desacords, al·ludits al principi, es traslladen del terreny conceptual a la controvèrsia sobre qüestions de fet.

### El cos en la persona

Dues concepcions diverses del cos expliquen la manera d'afrontar els problemes bioètics per part dels autors.

Uns consideren el cos com a substància viva sense més sentit ni finalitat que la que li atorgui la inherent voluntat lliure del subjecte al fer-se càrrec d'ell.

*Uns consideren el cos com a substància viva sense més sentit ni finalitat que la que li atorgui la inherent voluntat lliure del subjecte al fer-se càrrec d'ell.*

Altres perceben en ell una substància viva, dotada de pròpia finalitat biològica. Dins d'aquesta segona concepció es donen dues interpretacions contraposades:

a) La finalitat biològica ha de ser respectada en la seva qualitat humana i no pot ser suplantada ni suprimida a no ser que es trobi per la seva pròpia naturalesa íntegrament orientada al bé del tot i tingui en el cas l'aplicació justa del principi de totalitat.

b) La finalitat biològica suposa

una llei moral i el "ser" implica el "l'haver de ser". Condemnem aquest darrer biologisme com a *fal·làcia naturalista*.

El *personalisme* conjuga la realitat biològica del cos (les seves estructures, funcions i inclinacions) amb la singularitat del subjecte, que s'individualitza i constitueix en elles mitjançant l'autoconsciència. Des del *personalisme*, l'ètica de la llei natural contempla l'ésser humà en la seva integritat, especificat per la racionalitat.

*La intervenció de l'activitat humana en el procés evolutiu dels éssers vius ha tingut lloc, des de la més remota antiguitat.*

Els òrgans i els processos biològics de la naturalesa humana no són aliens a la persona. Qualsevol atemptat contra la integritat d'aquells afecta a la persona i això posa límits a la possible modificació de l'ésser humà en la seva dimensió corporal. La individualitat personal i també l'homogeneïtat específica han de ser sempre respectades.

La intervenció de l'activitat humana en el procés evolutiu dels éssers vius ha tingut lloc, des de la més remota antiguitat a les explotacions agrícoles i ramaderes, mitjançant la selecció de llavors i dels sementals millor dotats per assolir les finalitats perseguides amb l'agricultura i amb la zootecnia. La intervenció amb aquest mètode selectiu en la reproducció, només a llarg termini i suposada una afortunada permanència de l'orientació escollida, podia donar lloc a canvis significatius i estadísticament rellevants en les variants

d'una determinada espècie d'éssers vius.

En els nostre temps la recombinació de segments de DNA i la transferència d'un ésser viu a un altre, possibilita de manera directa la modificació dels éssers vius.

### La recombinació genètica en l'home

La recombinació genètica altera la base biològica de l'ésser. Quan l'apliquem a l'home s'imposa tutelar la seva especificitat i salvar la diversitat entre els individus. Perque privar a algun d'ells de les seves qualitats més nobles implica una degradació inacceptable. La producció en sèrie d'individus repetits amb la mateixa dotació genètica atempta contra la singularitat per més que, amb això, no es suprimeixin les semblances.

*La producció en sèrie d'individus repetits amb la mateixa dotació genètica atempta contra la singularitat per més que, amb això, no es suprimeixin les semblances.*

Atesa la finalitat intrínseca a cada persona és precís establir com a pressupost fonamental que només són acceptables les intervencions ordenades a millorar el patrimoni genètic de l'individu (teràpia en sentit ampli). "*Cap utilitat social o científica i cap motivació ideològica podrà mai justificar una intervenció sobre el genoma humà que no sigui terapèutica, és a dir, orientada en si mateixa al desenvolupament natural de l'ésser humà*" (Joan Pau II, 5-XII-1987 en ocasió del Congrés Nacional sobre

els "Problemes jurídics de la biomedicina" Itàlia. AAS 1968; 80: 728-730, cita 729).

La recombinació genètica en cèl·lules somàtiques per a corregir disfuncions de l'organisme (teràpia reparadora) no presenta cap dificultat ètica, quan es superin les dificultats de caràcter científic i tècnic per salvar la proporcionalitat entre el risc afrontat i el benefici perseguit.

La intervenció en cèl·lules germinals (teràpia preventiva) ha de tenir en compte que afectarà a individus que no han prestat el seu consentiment a la intervenció. De tota manera, entenc que seria més respectuós suposar el permís que deixar a la descendència afectada amb la mateixa patologia que van patir els progenitors (teràpia correctiva). El mateix valdria respecte a proveir la descendència de més defenses (teràpia immunològica) en la mesura que fos possible.

■

*En qualsevol hipòtesi seria  
inacceptable procurar  
condicions de privilegi  
a uns quants,  
si no fos interinament,  
deixant obert l'accés de tots  
a les mateixes possibilitats,  
quan la difusió dels  
coneixements i de les  
condicions requerides  
ho permetin.*

■

La dificultat més gran la presenta la perspectiva de millorar el patrimoni genètic dels descendents (teràpia perfectiva), perquè no existeix un model ideal, perenne i cert d'home o dona i ni tan sols sabem quina proporció de qualitats físiques, intel·lectuals i artístiques consideraran envejable

els nostres immediats successors.

En qualsevol hipòtesi seria inacceptable procurar condicions de privilegi a uns quants, augmentant així les diferències entre uns i altres, si no fos interinament, deixant obert l'accés de tots a les mateixes possibilitats, quan la difusió dels coneixements i de les condicions requerides ho permetin. És una exigència de la justícia i de l'equitat.

MANUEL CUYÀS, S.I.

PROFESSOR DE BIOÈTICA  
FACULTAT DE TEOLOGIA DE CATALUNYA

## Xenotrasplantaments: més investigació preclínica millor que moratòria

**E**l 3 de març d'aquest any els delegats del Comitè de Ministres de la Unió Europea varen aprovar la creació d'un grup de treball, sota la direcció conjunta del Comitè Europeu de la Salut i del Comitè Director de Bioètica, amb el mandat de seguir els treballs de recerca que sobre els xenotrasplantaments (trasplantaments de cèl·lules, teixits i òrgans procedents d'animals) es realitzen en els països de la Unió Europea (vegi's pàgines centrals), vetllant per la qualitat científica, la protecció de la salut pública, a curt i llarg termini, els drets de les persones i el tracte correcte dels animals que s'utilitzen en els experiments. En altres paraules, pels aspectes ètics, jurídics, psicològics i socials de la recerca.

*El fons, correcte èticament, científicament i legalment és que no podem donar llum verda a assaigs clínics amb humans si no tenim resolts els problemes immunològics de rebuig de l'òrgan trasplantat.*

Aquesta decisió ajudarà a superar la perplexitat creada per l'adopció el 29 de gener del mateix any per l'Assemblea Parlamentària de la Unió Europea, de la Recomanació 1399/1999, que demana una moratòria indiscriminada de la recerca en xenotrasplantaments. La perplexitat que va crear era més de forma que de fons. El fons és clar i és fàcil estar-hi d'acord. La forma és massa ambigua.

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

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

Diario Médico, 12 de febrero de 1999

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

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

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

El Mundo, 10 de febrero de 1999

El fons, correcte èticament, científicament i legalment és que no podem donar llum verda a assaigs clínics amb humans si no tenim resolts els problemes immunològics de rebuig de l'òrgan trasplantat, d'assegurar, en la mesura del possible, la seva funcionalitat i el que és més important per a la Salut Pública fins que s'hagin pres totes les mesures que la ciència pot aportar per impedir que virus d'origen animal puguin causar una pandèmia. Aquesta és la posició que la subcomissió espanyola de xenotrasplantaments de la Comissió Permanent de Trasplantaments del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, ha mantingut des de la seva creació, el 29 de juny de 1997.

La forma de la Recomanació 1399 resulta excessivament imprecisa, des de la perspectiva científica, no va avalada per cap Comitè d'Ex-

perts en Xenotrasplantaments i cas que es seguís paralitzaria tota recerca, fins i tot preclínica en aquest terreny. Sembla que la fórmula per potenciar la recerca preclínica rigorosa resulta més adient que la paràlisi de tota recerca.

*Sembla que la fórmula per potenciar la recerca preclínica rigorosa resulta més adient que la paràlisi de tota recerca.*

D'altra banda si la moratòria no té caràcter universal, la qual cosa sembla bastant utòpica, no serviria als efectes de protecció de la salut pública. Pensi's, per exemple, que als Estats Units els assaigs amb humans no estan prohibits per la *Food and Drug Administration*, organisme que supervisa els temes mèdics i alimentaris, si es compleixen els requisits legals. Tot

i que la Recomanació 1399 expressa el desig d'un acord mundial, és poc concreta per poder ser viable. Per això ens sembla molt adient la decisió del Comitè de Ministres del més de març, abans esmentada.

*Hi ha molts interessos en joc i per tant hem d'estar a l'aguait dels que són legítims i responen a una lleial competència dels que poden representar un perill per a tots a curt o llarg termini.*

Ben lluny de nosaltres el negar que hi ha molts interessos en joc i que hem d'estar a l'aguait dels que són legítims i responen a una lleial competència dels que poden representar un perill per a tots a curt o llarg termini. En el moment actual les mesures recomanades per la subcomissió de trasplantaments, tot i ser prudents, poden ser objecte de discussió i modificació. Aquesta possible modificació, però, ha de ser fonamentada en criteris científics, ètics o legals rigorosos i no estar a l'albir de l'anomenat "factor Frankenstein": la por a allò desconegut crea un monstre. Per això la transparència del que es fa i la consulta als ciutadans és considerada molt important i necessària.

Entre els interessos hem de remarcar:

- Els científics: excel·lència i prestigi professionals.
- Els econòmics: animals transgènics, reactius, patents, etc.
- Els de mercat: s'espera que en la primera dècada el mercat representarà de 6 a 8 milions de dòlars.
- Els de societats protectores d'animals oposades a la creació d'animals transgènics.

Hem de manifestar que a criteri de la Subcomissió de Xenotrasplantaments es considera requisit imprescindible per a poder pensar en un assaig clínic el tenir un **estudi preclínic** (investigacions de trasplantament del porc al mono) que compleixi les següents condicions:

a) Haver-se demostrat la supervivència i funció de les cèl·lules, teixits, o òrgans implantats durant un període mínim de 6 mesos.

b) Haver-se demostrat l'absència de transmissió de gens infecciosos durant 6 mesos a l'animal receptor.

c) Cas que es demostrés la transmissió de gens infecciosos, serà precís el seguiment mínim d'un any per avaluar les conseqüències d'aquesta transmissió, en l'animal receptor i en el seu entorn.

d) Haver-se demostrat l'absència de transmissió no accidental de gens infecciosos als cuidadors i personal implicat en l'experimentació.

*A Espanya, que és el país amb més donacions d'òrgans per mil·lió d'habitants, per poder atendre a tots els malalts que necessitarien trasplantament i que estan en llista d'espera, caldria duplicar la quantitat d'òrgans disponibles.*

Pensem en la importància d'aquesta recerca tenint en compte que a Espanya, que és el país amb més donacions d'òrgans per mil·lió d'habitants, per poder atendre a tots els malalts que necessitarien trasplantament i que estan en llista d'espera, caldria duplicar la quantitat d'òrgans disponibles, la

qual cosa seria més fàcil d'assolir amb la nova font d'òrgans de procedència animal.

A títol informatiu cal dir que l'animal que ofereix més avantatjes per a xenotrasplantaments és el porc pel tamany dels seus òrgans potencialment trasplantables, pels coneixements que en tenim de producció d'animals lliures d'organismes patògens específics i de producció de transgènics que evitaria el rebuig agut immunològic de l'òrgan trasplantat. L'home porta segles convivint amb el porc que constitueix una important font d'alimentació sense que s'hagin detectat problemes importants en el terreny de la Salut Pública.

FRANCESC ABEL I FABRE, S.I.

DIRECTOR DE L'IBB  
MEMBRE DE LA COMISSIÓ DE  
XENOTRASPLANTAMENTS  
DEL MINISTERI DE SANITAT  
EN QUALITAT D'EXPERT EN BIOÈTICA

# Xenotrasplantament: Reco

## Recomanació No. R (97)15 del Comitè de Ministres del Consell d'Europa - 30.09.97

El Comitè de Ministres, segons l'art. 15.b de l'Estatut del Consell d'Europa;

Considerant que l'objectiu del Consell d'Europa és assolir una unitat més gran entre els seus membres i que aquest objectiu pot aconseguir-se *inter alia* mitjançant l'adopció d'una acció comuna en l'àmbit de la salut;

Tenint en compte la Resolució (78)29 sobre l'harmonització de la legislació dels estats membres en relació a l'obtenció, empelt i trasplantament de substàncies humanes, el text final de la tercera conferència de ministres de salut europeus (Paris, 16-17, nov. 1987) i els arts. 19 y 2 del Conveni Europeu de Drets Humans i Biomedicina;

Considerant que el xenotrasplantament, és a dir, l'ús de cèl·lules, teixits o òrgans vius procedents d'animals, modificats genèticament o no, per al seu trasplantament en éssers humans, pot ser una intervenció terapèutica practicable en un futur molt proper;

Conscients que existeix el risc de transmissió de malalties com a resultat de la pràctica de xenotrasplantaments:

### RECOMANA

Que els governs dels Estats Membres, amb l'objectiu de minimitzar els riscos de transmissió de malalties i infeccions conegudes o desconegudes als éssers humans o als animals, haurien d'establir el mecanisme de registre i regulació dels següents aspectes del xenotrasplantament:

- a) Recerca fonamental i assaigs clínics.
- b) Font i cura d'animals per ser utilitzats en el xenotrasplantament.
- c) Programa de xenotrasplantament.
- d) Seguiment a llarg termini i revisió dels receptors del xenotrasplantament així com dels animals origen del xenotrasplantament.

## Recomanació 1399 (1999) aprovada per l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa el 29 de gener de 1999

1. L'avenç de la tecnologia de trasplantaments ha assolit notables èxits en els trasplantaments d'òrgans entre humans (alotrasplantaments) i promet un desenvolupament radical del trasplantament de cèl·lules, teixits i òrgans animals en humans (xenotrasplantaments).
2. En l'alotrasplantament és possible controlar satisfactòriament els problemes de rebuig i la transmissió de malalties entre humans; en canvi, els riscos són avui incontrolables respecte als xenotrasplantaments.
3. La transmissió de retrovirus i prions animals als humans mitjançant el xenotrasplantament pot causar malalties i, si aquestes es transmeten a altres humans, pandèmies greus.
4. Cal, doncs, calibrar els riscos de salut pública davant els beneficis que s'espera que tingui el xenotrasplantament i s'han de trobar mètodes per eliminar qualsevol risc per a la salut pública.
5. Hi ha problemes considerables d'orde científic, mèdic, ètic, social i legal als que s'ha de donar resposta abans de començar els xenotrasplantaments.
6. L'Assemblea, tenint en compte la Recomanació número (97)15 del Comitè de Ministres als Estats Membres sobre xenotrasplantament, recomana al Comitè de Ministres que:
  - a) Treballi per a que tots els Estats Membres introdueixin ràpidament una moratòria legalment vinculant sobre els xenotrasplantaments clínics;
  - b) Prengui mesures per aconseguir que aquesta moratòria es converteixi en un acord mundial;
  - c) Sol·liciti als seus comitès de Salut Pública i de Bioètica que dissenyin, en cooperació amb l'Organització Mundial de la Salut, una estratègia que valori els aspecte ètics, mèdics, científics, legals, socials, i de salut pública dels xenotrasplantaments abans que s'autoritzi als metges i científics començar els assaigs clínics en humans.




# Recomanacions del Consell d'Europa


## 2-3 març de 1999. Creació d'un grup de treball (CDBI/CDBS - XENO)


El Comitè de Ministres, conscient de la importància dels problemes plantejats per l'Assemblea Parlamentària en la Recomanació 1399 (1999) comparteix les preocupacions de l'Assemblea referents als aspectes ètics i de seguretat sanitària de possibles xenotrasplantaments.

Per aquesta raó, el Comitè de Ministres ha decidit constituir un grup de treball sobre xenotrasplantaments (CDBI/CDBS-XENO) sota la doble autoritat del Comitè Director de Bioètica (CDBI) i del Comitè Europeu de la Salut (CDSP).

El mandat d'aquest grup expira el 31 de desembre del 2001, reunint-se dos cops a l'any, i tenint com a missió, respectant l'esperit de la recomanació 1399 (1999) de l'Assemblea Parlamentària:

a)  Seguir el desenvolupament dels xenotrasplantaments en els Estats membres i altres Estats, cooperant amb altres organitzacions internacionals que s'ocupen d'aquesta qüestió (entre elles OMS, OCDE i UE).


 Reunir i posar a disposició les informacions referents a reglamentació i investigació, assaigs clínics i treballs actualment en curs.


 Presentar periòdicament als Estats membres del Consell d'Europa un informe sobre l'evolució de coneixements i avaluació de les repercussions.

Amb aquesta finalitat, el grup podrà a través dels experts del CDBI i del CDSP demanar a les autoritats de cada estat membre que enviïn la informació en relació als xenotrasplantaments, especialment dels projectes experimentals i clínics així com el desenvolupament reglamentari dels projectes.

b) Examinar a la llum dels treballs contemplats en l'apartat a), tenint en compte els diferents interessos en joc, (especialment la protecció dels drets fonamentals dels pacients, els objectius de salut pública, les prioritats en matèria de cures de la salut, la protecció dels animals i els interessos de la indústria), les implicacions derivades del xenotrasplantament

per als estats membres del Consell d'Europa, en referència a:

 Respecte del principis ètics i jurídics;

 Protecció de la seguretat i qualitat en matèria de xenotrasplantaments tant a curt com a llarg termini (aspectes intergeneracionals) i sobre el terreny de l'ambient, en particular:

✓ Aspectes mèdics: seguretat sanitària i qualitat d'òrgans i teixits d'origen animal, condicions de cria dels animals i utilització d'òrgans i teixits d'origen animal, reaccions immunitàries per anticossos, comportaments fisiològics i riscos de transmissió de virus o d'infeccions, conseqüències psicològiques, vigilància a llarg termini dels receptors.

✓ Problemes relacionats amb la circulació internacional d'òrgans i teixits d'origen animal.

✓ Eficàcia i rendibilitat tenint en compte solucions substitutives.

✓ Protecció dels animals.

c) Elaborar recomanacions sobre la informació al públic i als mitjans de comunicació sobre els xenotrasplantaments incloent, si es dóna el cas, l'organització d'una conferència europea.

d) Preparar, en base als elements a dalt indicats, un projecte de línies directrius en matèria de xenotrasplantaments que tinguin en compte els treballs efectuats per altres instàncies, en particular les internacionals, i la necessària cooperació a nivell mundial.

---

Composició del grup de treball: 5 membres designats pel CDBI, 5 designats pel CDSP, 2 representants i 2 designats pel grup d'Estats Parts de la "Convenció europea per a la protecció d'animals vertebrats utilitzats amb finalitats experimentals o altres finalitats científiques". Poden enviar un representant l'OMS, l'OCDE, l'Assemblea Parlamentària del propi Consell d'Europa, Estats Units i altres estats convidats pel grup de treball.

**En el present número donem a conèixer una selecció de les monografies que s'han incorporat a la biblioteca de l'Institut en l'últim trimestre (de gener a març), i que per la seva temàtica poden ser d'interès pel lector.**

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

# Dones sanitàries: una història de gènere

## Introducció

El contingut d'aquest treball és fruit de la consciència de que hi ha *quelcom* a la nostra societat que condiciona el paper que en els seus diferents àmbits poden desenvolupar les dones. Aquest *quelcom* te dues característiques:

a) Ve d'antic i s'ha suavitzat però encara està vigent.

b) Es reproduïx i té conseqüències en el sistema sanitari.

Per suposat, m'estic referint a la identificació de les dones i homes amb determinats estereotips i especialment a les limitacions a les que estan sotmeses les dones per aquesta identificació.

Deia que aquest *quelcom* ve d'antic i s'ha suavitzat, però encara està vigent i de la seva vigència n'és prova el fet que constantment dones d'àmbits diferents (polítiques, mestres, periodistes, advocadesses...) han de dedicar la seva feina a remarcar i a eliminar les seves conseqüències negatives.

També és una bona prova d'aquest *quelcom*, que constitueix el nucli d'aquest article, un esdeveniment que va protagonitzar el desaparegut François Mitterrand. Mitterrand, en un dels seus darrers actes com a president de la República Francesa, va decidir concedir a Marie Curie l'honor més gran que existeix en el país veí: la va anomenar "gran home", traslladant les seves restes mortals al "Panteó dels homes il·lustres".

Crec que efectivament alguna cosa passa a la nostra societat quan

l'honor més gran que se li pot fer a una científica és anomenar-la "gran home" o per no anar més lluny, quan quasi qualsevol aportació social costa doble esforç si qui la realitza és una dona.

Aquest treball, doncs, està dedicat a tractar sobre les conseqüències que aquell *quelcom* que es produeix a la societat té en el sistema sanitari i especialment en l'evolució de la professió infermera, on la dona és majoritària.

Pretenc complir dos objectius:

1. Demostrar la idea de la identificació existent entre la professió mèdica i infermera i els estereotips de gènere masculí i femení respectivament.

2. Oferir una reflexió sobre el doble condicionament que produeix la identificació de les infermeres amb estereotips de gènere femení:

\* Al configurar el model d'atenció que brinden.

\* Al limitar el desenvolupament de les seves possibilitats professionals i, per tant, la seva aportació al conjunt del sistema sanitari.

## El gènere: conceptes i valors

En aquest apartat es desenvolupen bàsicament tres idees. La primera és la relativa a que al nostre entorn socio-cultural s'assignen diferents característiques (valors, atributs, possibilitats de desenvolupament personal i social...) als individus en funció de la seva pertinença al gènere femení o masculí.

La segona és que, a partir de l'assignació de gènere als individus, es produeix un fenomen de generalització pel qual també s'atribueix a algunes ocupacions (que després s'han transformat en professions) la seva pertinença a l'estereotip de gènere femení o masculí.

■

*Al nostre entorn socio-cultural s'assignen diferents característiques (valors, atributs, possibilitats de desenvolupament personal i social...) als individus en funció de la seva pertinença al gènere femení o masculí.*

■

Per últim, la tercera idea és que concretament, en les professions del sistema sanitari, es dona una forta identificació de la Medicina amb l'estereotip de gènere masculí i de la Infermeria amb el de gènere femení.

Per desenvolupar-les és necessari recordar alguns conceptes fonamentals de la teoria del gènere perquè, des dels anys 70, aquesta s'ha convertit en una de les principals categories que s'utilitzen des del feminisme per l'anàlisi de la societat i de la història.

L'antropòloga Margaret Mead va escriure fa 60 anys una frase que resumeix tres conceptes clau d'aquesta teoria. Va dir: "*facin el que facin els homes, encara que sigui vestir nines per una cerimònia, apareixerà sempre dotat de més valor*". **Valor, dotat, i home** són aquells conceptes fonamentals:

✓ **Valor** perquè en la relació entre els gèneres hi ha un ordre jeràrquic i la seva primacia la té l'home.

✓ **Dotat** perquè aquest valor no està determinat per la natura si no que és un atribut assignat culturalment.

✓ **Home** davant dona.

En quant al concepte mateix del gènere, he escollit la definició de Gerda Lerner (1979) que em sembla una de les més clarificadorres. Segons aquesta autora, el gènere és *“la definició de la conducta apropiada als sexes en una societat i en una època donada”*.

■

*Són professions que han tingut i segueixen tenint una forta “tipificació” ... el procés de canalització selectiva de les persones cap a elles en raó de la seva pertinença al gènere femení o masculí.*

■

Per centrar el tema en els aspectes professionals, és necessari aclarir que quan dic que la Infermeria i la Medicina són professions que han tingut i segueixen tenint una forta “tipificació” o “polarització”, ha d'entendre's sota aquests termes el procés de canalització selectiva de les persones cap a elles en raó de la seva pertinença al gènere femení o masculí. Tanmateix, ambdues professions són “estereotipades” en funció del gènere perquè una gran majoria dels seus components és d'un dels dos gèneres i s'entén socialment que és apropiat que sigui així.

En aquests moments, aquest darrer aspecte ja no es compleix en la professió mèdica perquè el nombre de dones que estudien en els primers cursos de les Facultats de

Medicina ja és més alt que el nombre d'homes. Aquest fenomen, completament nou, de feminització d'una carrera tradicionalment masculina, és molt interessant d'observar ja que posarà de manifest quines són les conseqüències d'aquesta feminització.

Partint de la idea que el gènere és una construcció social integrada per valors i pautes de conducta esperades, convé recordar quins són els principals atributs que la nostra societat, considera que són propis del gènere masculí i quins del femení. Per a fer-ho utilitzo un document de l'OMS, institució, fins ara, molt poc qualificable de feminista. Es tracta del llibre *“Función de las mujeres en la asistencia sanitaria”*, publicat l'any 1988. En ell es pot llegir: *“en la societats occidentals, l'estereotip masculí inclou característiques com l'ambició, la competitivitat, l'agressivitat, la dominació, la racionalitat i l'objectivitat... mentre que l'estereotip femení es caracteritza per la submissió, la passivitat, la dependència, la cura pels altres, l'emotivitat i la subjectivitat.”*

Sense cap dubte, l'atribució d'aquests valors “femenins” i “masculins” a infermeres i metges dins del sistema sanitari, és una realitat de la que té perfecta constància qualsevol observador interessat en el nostre sistema sanitari.

En quant a la finalitat i al funcionament dels estereotips, Herrero Brasas (1994) assenyala que *“a l'estereotipar, s'encasella a un grup d'individus en una categoria fixa i s'atribueix una sèrie determinada de característiques a tots els membres d'aquella categoria (tant al grup com a cada individu en par-*

*ticular).”*

En relació al funcionament de l'estereotip, el mateix autor diu que les creences estereotipades influeixen en l'individu que les manté quan aquest intenta recordar informació sobre la persona o la professió estereotipada i, en conseqüència, tendeix a tenir una memòria selectiva i a reinterpretar esdeveniments de tal manera que s'ajustin a l'estereotip (*“memòria constructiva” i “record preferencial”*).

Fins aquí, s'han recordat els conceptes fonamentals que permeten entendre què és el gènere i quins són els valors en que es sostenen. Igualment, s'ha fet referència als arguments essencials que justifiquen l'afirmació que la Infermeria i la Medicina són professions considerades femenina i masculina respectivament. Ho són, cal insistir-hi, en el sentit que se les identifica socialment amb els valors atribuïts a les dones i als homes i per tant, s'espera dels seus components que reproduïxin (individual i col·lectivament) dins del sistema sanitari, el paper que dones i homes realitzen en la societat.

■

*La Infermeria i la Medicina són professions considerades femenina i masculina respectivament.*

■

El següent apartat està dedicat a donar les raons que sostenen les afirmacions inicials relatives a que la identificació de les dones infermeres amb l'estereotip de gènere femení, configura el model d'atenció que presten i limita el paper que les mateixes desenvolupen en el conjunt de l'atenció de salut.

## El gènere com a condicionant

La qüestió de la identificació de la professió infermera amb l'estereotip de gènere fa temps que constitueix una de les meves principals línies de treball i per això, he tingut l'oportunitat d'aprofundir en alguns dels seus aspectes.

D'aquesta manera, i des de fa ja deu anys, vinc desenvolupant una caracterització dels models d'atenció que presten infermeres i metges, i el seu origen està en la identificació amb els valors i els comportaments socialment assignats a dones i homes.

L'existència d'aquest treball previ i els objectius fixats pel present article, m'han portat a plantejar de manera molt breu la part que fa referència a la proposta sobre l'existència de dos models de prestació de l'atenció sanitària. Així, la mateixa es limita a presentar un quadre sobre els cinc atributs que els caracteritzen.

Des d'una perspectiva d'identificació d'infermeres i metges amb els estereotips de gènere, es pot afirmar que ambdós grups de professionals, desenvolupen dos mo-

dels diferents d'atenció sanitària, quines característiques fonamentals es reflexen en el Quadre (peu de pàgina)

Al presentar la proposta sobre els dos models d'atenció que desenvolupen les infermeres i els metges, poso a mans d'altres dones i homes interessats/des en aquest tema, l'indispensable contrast i aprofundiment que la mateixa requereix.

A continuació i complint la darrera part dels objectius plantejats, es tracta sobre els aspectes limitadors que produeix la identificació de la professió infermera amb l'estereotip de gènere femení. La base dels plantejaments que s'exposen es troba en els estudis de dues autores, la historiadora Milagros Rivera i l'antropòloga, Dolores Juliano.

Al començar a tractar el gènere com a variable limitadora de l'aportació infermera, és necessari recordar unes paraules de l'antropòloga Dolores Juliano, que fan referència als mecanismes socials de "feminització" de determinades professions. Diu Juliano (1989): *"la confluència sistemàtica de pressions fa que el model social-*

*ment presentat (el de gènere)... sigui interioritzat per un gran nombre de dones com l'únic possible. Això fa que experimentin angoixa i trasbals si opten per una forma de vida que s'allunyi en algun punt de l'esquema "normal" i les porti a intentar compatibilitzar les seves aspiracions intel·lectuals i professionals amb el que s'espera d'elles, escollint estudis i treballs que resultin en realitat una ampliació de l'àmbit domèstic i les seves tasques. La majoria de les "feines femenines"..., es caracteritzen per recolzar-se en un ensinistrament previ rebut a casa i que, per ser considerat naturalesa i no aprenentatge, permet catalogar-los com a no especialitzats i pagar-los per sota del que seria necessari en cas de reconèixer la seva especificitat."*

En aquest sentit i d'acord plenament amb Juliano, considero que la identificació de les cures amb una funció "natural" de la dona, ha estat durant segles el principal instrument de colonització intel·lectual i de marginació usat per a limitar el desenvolupament de la ciència infermera i del poder de qui són les seves dipositàries i sa-

| CARACTERÍSTICA                  | ATENCIÓ MÈDICA   | ATENCIÓ INFERMERA  |
|---------------------------------|--|--|
| OBJECTIU BÀSIC                  | Triomfar sobre la malaltia i la mort.<br>Allargar la vida.   | Assegurar el manteniment de la vida.<br>Promocionar el seu desenvolupament   |
| EIX DE LA FEINA                 | La patologia.  | La necessitat alterada.  |
| ESTIL OPERATIU                  | Prescriptiu.   | Substitutori. Foment del autocura.   |
| ESTIL DE RESOLUCIÓ DE PROBLEMES | Basat en la intel·ligència racional  | Basat en la intel·ligència emocional.  |
| CLAUS                           | * Anàlisi i estratègia per a competir amb la patologia.<br>* Implicació emocional baixa.<br>* Jerarquització alta.<br>* Concentració de la informació. | * Comprensió i col.laboració per a crear condicions favorables.<br>* Implicació emocional alta.<br>* Jerarquització baixa.<br>* Autoresponsabilització alta. |

ben exercir-la.

Molt probablement, també sigui aquesta identificació la causa de l'expropiació que durant segles ha patit el pensament de les dones sanitàries per part dels homes i que constitueix actualment un important treball de reelaboració de la història -de recuperació de genealogia- en el que estan ficades moltes companyes historiadores, metgesses i infermeres.

Les dues primeres idees de la teoria del gènere que vaig a comentar, relacionen els conceptes de gènere i poder. La primera d'elles diu: **En totes les societats conegudes, el gènere és un principi bàsic d'organització social.** D'acord amb això, els valors i atributs de gènere defineixen el possible marc en el que ha de moure's un individu (o una professió) per respondre a les expectatives socials, ocupant, d'aquesta manera, l'espai de reconeixement i autoritat que li ha estat assignat.

***En totes les societats conegudes, el gènere és un principi bàsic d'organització social.***

La segona idea és que **aquest principi d'organització que és el gènere no opera de manera neutra, i és pràcticament universal el predomini del gènere masculí sobre el femení.**

Per suposat, això no vol dir que no hi hagi dones que han tingut influència i poder, però aquesta influència i aquest poder quasi mai estan legitimats culturalment. En referència a això, Joan W. Scott (1986) ha escrit que el poder que tenen les dones tendeix a ser percebut com a manipulador, com a disruptiu de les relacions socials o

com a fora de lloc i escassament important ja que, si per cas, són *"la gran dona que sempre hi ha darrere d'un gran home"*.

***Aquest principi d'organització que és el gènere no opera de manera neutra, i és pràcticament universal el predomini del gènere masculí sobre el femení.***

En el sistema sanitari, en l'entorn on es reproduïen els estereotips socials, i en relació al poder de les infermeres, el paral·lelisme és evident i les seves conseqüències han significat i significuen greus obstacles. Per demostrar-ho només cal recordar unes quantes qüestions que serveixin d'exemples.

La primera d'elles és la relativa al poder de les "assessories". Com és fàcilment demostrable, durant els anys de reforma sanitària (dècada dels 80), moment de canvis fonamentals en el sistema sanitari espanyol, els llocs d' "assessora" van ser fonamentals i quasi únic àmbit de poder accessible que van poder assolir les infermeres.

En aquest sentit, en una conferència de 1989 reflexionava al respecte: *"...quina és la missió del que assessora?: aconsellar, orientar i, fins i tot, influir en qui té poder de prendre decisions encara que, això si, mantenint-se sempre dins de la seva tasca, en un estricte segon pla. Així, el mecanisme per el qual les "assessores" accedeixen al poder reproduceix, en bona part, el que tradicionalment han utilitzat les dones per influir sobre els homes en la seva qualitat de companyes legals o il·legals..."*.

La segona consideració que és oportú destacar respecte al poder

que assoleixen les infermeres, és la freqüent devaluació a que són sotmeses les decisions que aquestes prenen dins els equips. La manera més freqüent que adopta aquesta devaluació és l'acusació de "corporativisme". Aquestes acusacions, al ser només instruments d'infravaloració, resulten no fonamentades en la immensa majoria dels casos i, fins i tot, ridícules per estar tan allunyades de la realitat.

Per últim, es remarca que, com a conseqüència del poc prestigi que té el poder exercit per les infermeres en el si del sistema sanitari, molt freqüentment es produeix una percepció minimitzada de les idees i solucions aportades per elles. Aquesta minimització les obliga, en ocasions, a cercar "transmissors" de les seves idees per a que aquestes semblin menys "ofensives" (menys trencadores de l'ordre establert, com diu Scott), per caure en el -de vegades útil però sempre perillós- joc de "la mare i Salomó" i que consisteix a pensar que és igual qui s'apodera de la idea, el que importa és que surti.

És oportú recordar aquí que quan en el si del sistema sanitari es produeixen fenòmens de discriminació com els descrits respecte al pensament femení en general i a l'infermer en particular, no només perden les dones o les infermeres, si no que perd fonamentalment el sistema, i amb ell les persones que l'utilitzen, al no poder "escoltar" tota la contribució que aquest pensament pot aportar als seus objectius: en la planificació, en la gestió al més alt nivell, en la investigació, i per suposat, en la selecció i atenció de les necessitats de salut de la comunitat...

Les altres dues idees (Rivera, 1994) tenen a veure amb l'assignació i control del gènere. La primera diu: "el gènere s'assigna a les persones al néixer i el criteri exclusiu de classificació és l'aparença física en el moment del naixement... no existint vies fàcils per passar d'un gènere a un altre... la identitat masculina i femenina sembla que s'inculquen mitjançant la socialització." En quant al reforç del mateix: "...totes les societats tenen formes de control del manteniment de la identitat de gènere al llarg de la vida, control que acostuma a ser bastant rígid."

A continuació es citen alguns exemples sobre com repercuteixen negativament aquestes idees de l'assignació i el control del gènere en el desenvolupament professional de les dones infermeres:

✓ Les infermeres que s'atreveixen a "de-generar-se" -o sigui, a adoptar actituds i idees que es consideren fora de l'estereotip-, han de pagar un preu molt alt que consisteix en la pèrdua de la identitat, la discriminació per "rarsa", "masculinitat", els "acudits fàcils", sempre difícils de suportar. I en el fons, un reguitzell de mecanismes que fomenten la seva desvalorització personal i professional.

■

*Les infermeres que s'atreveixen a "de-generar-se" -o sigui, a adoptar actituds i idees que es consideren fora de l'estereotip-, han de pagar un preu molt alt...*

■

✓ Si la seva opció és desenvolupar llocs de poder, es veuen abocades a construir camins inexistents; intermedis o barreja dels dos possibles.

✓ Les infermeres, com la resta de les dones, estan obligades a combinar i realitzar les responsabilitats dels dos gèneres: la càrrega familiar i laboral, desenvolupant el que la sociòloga A. Durán (1987) anomena el temps "circular" (en el que es barregen contínuament ambdós papers) davant el temps "lineal" dels homes.

D'aquesta necessitat de desenvolupar les funcions d'ambdós gèneres, es deriva l'exclusió de determinats àmbits de poder -i de les prerrogatives que comporten, perquè es produeixen "fora de temps" per a les dones: després del treball, a la nit, en dies no laborables. Em refereixo, per exemple, a moltes activitats polítiques, sindicals, d'associacions i col·legials.

En quant a la feina de les infermeres, considero que ens hem d'aturar a mirar no tan sols a les funcions quotidianes que desenvolupen si no sobretot, l'accés real que tenen a les responsabilitats del sistema que, en teoria, poden i han de realitzar "aquells i aquelles que siguin més capaços", sense importar la seva titulació de base.

Al final d'aquest treball, crec que es pot dir que hi ha proves més que suficients per afirmar que existeix una forta identificació entre les infermeres i l'estereotip femení i que aquesta ha afectat i afecta, limitant la seva contribució a l'atenció a la salut.

Encara així, sabent d'aquesta realitat, considero que ser dona, igual que pertànyer a una professió "femenina" no és estar situada en una posició tan dolenta com a vegades pot semblar.

Crec que adonar-se d'això, del bo que és ser dona i exercir una professió sanitària, facilita l'ente-

sa que, quasi sempre, les arrels del que ens limita són les mateixes que les d'allò que ens possibilita.

La meua proposta va, doncs, en aquest sentit. Es tracta d'arribar a aquelles arrels, reconèixer en elles les immenses i gratificants possibilitats de ser i estar que té el que és "femení" i esforçar-se en explicar-les i defensar-les. Sens dubte, així assoliran, les dones i les professions femenines, no tan sols ser la meitat de la terra si no també ocupar en ella els espais de responsabilitat i poder que els pertanyen.

ROSA MA. ALBERDI CASTELL

INFERMERA

DIRECTORA DE L'E.U.E.

«VIRGEN DEL ROCÍO» - SEVILLA

PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN

ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE

#### Bibliografia :

✓ Alberdi Castell, R.M. "Enfermería y poder". Conferència dictada en les "1es Jornades d'Infermeria del Partit dels Socialistes de Catalunya". Barcelona, 24 de febrer de 1989 (sense publicar).

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

✓ Juliano, D. "Ambito doméstico y autorreproducción social". Material fotocopiado. Master en "Estudios de les Dones". Centre d'Investigació Històrica de la Dona. Universitat de Barcelona, curs 1989.

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

✓ Rivera Guerra, M.M. "Nombrar el mundo en femenino". Barcelona, Icaria, 1994.

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

✓ VIII Simposium de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense "El peritaje psiquiátrico: aspectos éticos, médicos y legales". Organitzat per la "Universidad de Zaragoza", "Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen" i "Clínica Médico-Forense" pels dies 7 i 8 de maig a Saragossa. Secretaria: Persuasión, S.L. Telf. 976.21.26 Fax: 976.21.68.19 e-mail: persuade@encomix.es

✓ Jornada de Treball "Envejecer en el año 2000: cuestiones bioéticas". Organitzat pel "Centro de Estudios de Bioética e Instituto de Ciencias Neurológicas y Gerontológicas" pel dia 8 de maig a Barcelona. Secretaria: Universitat Internacional de Catalunya. Telf. 93.254.18.00

✓ Curs sobre «Aspectos éticos de los cuidados en enfermería». Organitzat pel "Centro de Humanización de la Salud" en col·laboració amb FERS-Catalunya pels dies 28 al 30 de maig a Barcelona. Informació: C.H.S. Sector Escultores, 39. 28760 Tres Cantos (Madrid). Telf. 91.806.06.96 Fax. 91.804.00.33

✓ Curs sobre «Apoyo emocional al enfermo de sida y elaboración del duelo». Organitzat pel "Centro de Humanización de la Salud" pels dies 4 al 6 de juny a Sevilla. Informació: C.H.S. Sector Escultores, 39. 28760 Tres Cantos (Madrid). Telf. 91.806.06.96 Fax. 91.804.00.33.

✓ Ethics & Science "The Social, Juridical and Philosophical Debate". Organitzat pel "Center for Ethics in the Sciences and Humanities" de la Universitat de Tübingen pels dies 10 i 11 de juny a Tübingen (Alemanya). Secretaria: Center for Ethics. Telf. +49.7071.2977516 Fax. +49.7071.295255 e-mail: eu-congress@uni-tuebingen.de

✓ Intensive Bioethics Course «Contemporary Challenges in Health Care Ethics». Organitzat pel «Kennedy Institute of Ethics» pels dies 12 al 17 de juny a Washington DC (EUA). Secretaria: Kennedy Institute of Ethics Box 571212 Washington DC 20057-1212. e-mail: kicourse@gunet.georgetown.edu

✓ Conference «Kantian Approaches in Applied Philosophy». Organitzada pel "The Centre for Professional Ethics" per el dia 23 de juny a Preston (UK). Secretaria: University of Central Lancashire. Preston PR1 2HE. Telf. 01772 892250 FAX. 01772 892938 e-mail: s.edmundson@uclan.ac.uk

✓ Conference "The genetics revolution and the future for health & social care". Organitzada per "Welsh Institute for Health and Social Care" pels dies 23 i 24 de juny a la University of Glamorgan (Regne Unit). Secretaria: Welsh Institute for Health and Social Care. Telf. +44.0.1443.433070 Fax. +44.0.1443.483079 e-mail: mpisavad@glamorgan.ac.uk

✓ The Second International Conference of Art, Culture, Nature. Organitzada per la "University of Washington" i la "Salisbury State University" pels dies 9 a 11 de juliol a Seattle (EE.UU.). Secretaria: Dept. of Communication Arts. Salisbury State University. E-mail: axhepburn@ssu.edu

✓ 31st Anniversary «The Genome Plant, Animal, Human». Organitzat pel "The Institute for Theological Encounter with Science and Technology" pels dies 1 al 5 d'agost a la Loyola University a Chicago (EUA). Secretaria: Marianne Postiglione, Rsm, 3601 Lindell Boulevard, St. Louis, Missouri 63108. Telf. 314.977.2703 e-mail: postigm@wpogate.slu.edu

bioètica & debat

AMB LA COL·LABORACIÓ DE



FUNDACION MAPFRE MEDICINA