

LA PRESENCIA DE LA BIOÉTICA EN UN GRUPO SANITARIO PRIVADO

Discurso leído en el acto de su recepción como
Académica Correspondiente en Madrid por

Dra. Dña. María Anunciación Tormo Domínguez

el día 12 de diciembre de 2023

LA PRESENCIA DE LA BIOÉTICA EN UN GRUPO SANITARIO PRIVADO

LA PRESENCIA DE LA BIOÉTICA EN UN GRUPO SANITARIO PRIVADO

Discurso leído en el acto de su recepción como
Académica Correspondiente en Madrid por
Dra. Dña. **María Anunciación Tormo Domínguez**
el día 12 de diciembre de 2023

Arrecife (Lanzarote), Hotel Lancelot Playa

Excmo. Sr. Presidente.
Excmos. e Ilmos. Señoras y Señores académicos.
Señoras y señores:

LA PRESENCIA DE LA BIOÉTICA EN UN GRUPO SANITARIO PRIVADO

La bioética es una disciplina científica, es una rama de la ética, que se ocupa del estudio de todas las cuestiones éticas relacionadas con la vida. Así la define el recientemente publicado, el pasado mes de noviembre, Diccionario Panhispánico de Términos Médicos elaborado por la Real Academia Nacional de Medicina de España y la ALANAM (asociación latinoamericana de academias nacionales de medicina). Sirva, por tanto, esta introducción, para expresar mi reconocimiento a los autores de esta importante obra. También este diccionario precisa qué es la ética médica, término que se usa con frecuencia, en un sentido más restringido, referido sólo al estudio de los aspectos éticos de la investigación biológica y sus aplicaciones. En definitiva, se encuentran la filosofía, porque la ética es una parte de la filosofía, y las ciencias de la salud, y más en concreto la Medicina.

Van Rensselaer definió la bioética como “la ciencia de la supervivencia”, como una sabiduría que pueda proveer el conocimiento de cómo utilizar el conocimiento, lo que implica la

conjunción de dos elementos: el nuevo conocimiento biológico y los valores humanos. Consideraba que esta ciencia, la bioética, se construía desde las ciencias biológicas llevadas más allá de sus límites tradicionales a través de la introducción de los elementos más esenciales de las ciencias sociales y las humanidades, con énfasis en la filosofía.

El Diccionario de la Real Academia define la bioética como “disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos (DRA, 2001, Vol II, p.216).

Hay autores que prefieren utilizar los términos ética clínica para enfatizar el papel que desempeña la bioética en las decisiones clínicas, recordando la raíz griega klinike, que hace referencia al lecho, en este caso, al lecho del enfermo. Por ejemplo, Ruy Pérez Tamayo, en la introducción de su libro “Ética Médica Laica”, indica que la bioética incluye a la ética médica, pero que los términos no son sinónimos y define a la ética médica como “el conjunto de valores, principios morales y de acciones relevantes del personal responsable de la salud dirigidas a cumplir con los objetivos de la medicina”, pero no utiliza la palabra ciencia sino la de disciplina.

En 1999, Kraus y Carral también señalaron que bioética y ética médica no deben confundirse, de la misma manera que Beauchamp y Childress en su clásico libro Principles of Biomedical Ethics.

En esta charla no voy a exponer las diferencias entre ética y moral, aunque etimológicamente significan lo mismo: costumbres. Ethos en griego, mores en latín. Pero, de una manera convencional, actualmente se entiende por moral lo que se considera correcto en una sociedad y tiempo determinados, y por ética la reflexión

filosófica acerca de ella, buscando ésta un ámbito si no absoluto, de una temporalidad mucho mayor y de una posible aplicación que busca ser global.

Como iremos viendo, en el ejercicio de la Medicina podemos identificar un gran número de conflictos éticos y para atenderlos, en cualquier ámbito, bien de financiación y provisión públicas, o financiación y provisión mixtas o privadas, los profesionales sanitarios deben tener conocimientos de ética clínica o en su defecto poder recurrir a expertos. Diego Gracia considera que el objetivo de la ética es la excelencia y la historia de la Medicina y la Historia en general nos muestran que no siempre se ha perseguido ese objetivo, lo que, como también iremos viendo, contribuyó al nacimiento de esta disciplina, la bioética.

Confío en poder explicar con acierto la relevancia de las deliberaciones éticas en la toma de decisiones clínicas y remarcar el objetivo, ya indicado, de la ética, la excelencia, la búsqueda de esta excelencia, que según el profesor Gracia no es opcional sino obligatoria en la especie humana. Él remarca que las únicas decisiones correctas desde el punto de vista ético son las óptimas, las excelentes. Pero esto que vale para cualquier decisión humana, tiene especial relevancia en el caso de los profesionales cuyas decisiones ponen en juego la vida de las personas. Son las denominadas, profesiones de la excelencia.

En este inicio, permítanme recordar algunas celebres citas:

- “Verdaderamente, querer ser médico sin experiencia ni conocimientos en filosofía es cosa harto grosera, de donde nacen numerosísimos errores”. Paracelso, *Orígenes de las enfermedades engendradas por el Tártaro*, 1599.

- “La salud es, sin duda, el primer bien y el fundamento de los otros bienes de esta vida”, Descartes, *Discurso del método*, 1637.

Lo que me lleva a definir, brevemente, importantes términos:

¿Qué es la Salud?, ¿Qué es ser Médico y un buen médico?, y ¿es la Medicina una ciencia?

¿Por qué formulo estas preguntas e intentaré responderlas?: porque al adentrarnos en el campo de la bioética es necesario

- Saber qué es un médico.
- Saber qué es la Medicina y cuál es su objetivo.
- Mejorar las decisiones de la Medicina.
- Comprender al enfermo.
- Detectar problemas.
- y gestionar mejor la muerte

Y seguramente, ustedes podrían dar más razones.

¿Qué es la salud?

Podemos definir la salud como la ausencia de enfermedad, y para la Real Academia Española, RAE, enfermedad es “la alteración más o menos grave de la salud”. Parece que hayamos cerrado un círculo que no nos está permitiendo clarificar estos conceptos.

También podemos intentar definirla en términos positivos, la salud sería la eficacia funcional y metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como macro (social). La RAE la define como el “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. Definición similar encontramos en el diccionario panhispánico de términos médicos: “Estado de un

organismo que es capaz de ejercer normalmente todas sus funciones, incluidas las psíquicas en el ser humano, y no tiene ninguna manifestación clínica o analítica de enfermedad”.

Y también podemos abordarla en términos ideales. Es muy conocida la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, la OMS: “perfecto estado de bienestar físico, mental y social”. Numerosos autores consideran que esta definición, tan repetida, responde más al concepto de felicidad que al de salud, porque es imposible alcanzar el perfecto estado y a la vez en los tres ámbitos indicados. Otro problema de esta definición, la de la OMS, es que la salud pasa a ser una consideración individual, porque el perfecto bienestar sería diferente para cada uno de nosotros y, además, distinto en las sucesivas etapas biográficas.

Schopenhauer consideraba que nueve décimos de nuestra felicidad se basan únicamente en la salud. En definitiva, Schopenhauer estaría bastante de acuerdo con la definición de salud de la OMS. En esta misma línea, la regla 13 de El arte de ser feliz, años 1822/1823, decía que “que no hay nada que contribuya menos a la alegría que las circunstancias externas de la fortuna y nada que la favorezca más que la salud”.

En definitiva, sólo somos conscientes de la salud cuando la perdemos y cuando esto ocurre lo importante es recuperarla... lo que nos lleva a la segunda pregunta, la misión del arte curativo:

¿Qué es ser médico?, y ¿el buen médico?

Etimológicamente médico significa el que cuida, cura y sana, toma medidas (decisión) y medita, atendiendo tanto a su raíz latina, verbo mederi-medeor, y griega, medomai, que, a su vez, procede de la raíz indoeuropea, med, tomar medidas. De la raíz latina también procede el término meditari, meditar.

Y el buen médico es aquel que prioriza el cuidado de la salud sobre otras consideraciones, tales como prestigio, dinero, etc. James Drane, importante bioeticista norteamericano recientemente fallecido (abril 2023), exige al médico un compromiso pleno con su profesión y a atender a la persona enferma en todas sus dimensiones. Drane fue crítico con la ética médica norteamericana por reducirse al análisis de casos y al establecimiento de normas y reglas para resolverlos, olvidando las cualidades del carácter de los profesionales en su relación con los enfermos. Considera que muchos médicos se centran exclusivamente en los aspectos técnicos y han perdido la capacidad de ver al otro, virtud básica y esencial de la práctica médica. Esta pérdida se produce entre otros motivos porque han dejado de enseñarse las virtudes propias de la Medicina, y no se aprende lo que no se enseña. Las virtudes de la Medicina serían: la confianza, la compasión, la amabilidad, la simpatía, la escucha, la paciencia, la honestidad, la amistad, la veracidad, la actitud de servicio, la bondad, el ser atento, la actitud de respeto o la beneficencia. Y establece cuatro prioritarias: la benevolencia, el respeto al otro, la veracidad y la amistad, esta última por influencia clara de Laín Entralgo.

Pero la relación entre el médico y el paciente no se da en un campo estéril, hay elementos que intervienen, incluso que interfieren, en esa relación. Por ejemplo, la tecnología, que debe utilizarse si es beneficiosa para los pacientes y la sociedad en general, los intereses económicos, tanto por el lado de los ingresos como de los costes asistenciales, la organización de la asistencia, las leyes y normativas y...por supuesto las cuestiones o dilemas éticos.

En definitiva, en el ejercicio de la Medicina, los médicos y el personal sanitario en general, se adentran en escenarios diversos de creciente complejidad, que lleva a Benjamin Herreros a decir: “para tomar buenas decisiones, y, en consecuencia, para ser un

buen médico, el médico tiene que saber quién es y hacia dónde va”. Esta afirmación implica la elección personal de valores. En la misma línea que señaló el ya mencionado James Drean, al afirmar que para la adquisición de las virtudes de la Medicina son necesarios varios pasos y el primero es el de tener un ideal de vida.

Y llego a la última pregunta de las tres que he formulado:

¿Es la Medicina una ciencia?

La Medicina es una ciencia porque puede y debe aplicar el método científico y es, también, una técnica porque aplica procedimientos, no obstante, incorpora dos elementos adicionales:

- Los valores de los implicados -he comentado anteriormente que el médico tiene que saber quién es-, aspectos antropológicos, culturales y sociales de la enfermedad y del enfermo. Deteniéndome en esto últimos, la muerte cerebral (definida en la universidad de Harvard en el año 1968), por ejemplo, no es aceptada en todas las culturas o/y religiones.
- Y depende del médico que la practique, de su experiencia, empatía, habilidades de comunicación, etc.

Pero, la Medicina es científica desde hace poco tiempo. No fue hasta el siglo XVIII y más en el XIX cuando comenzó a practicarse una medicina más científica, y no sé hizo plenamente científica hasta el siglo XX. La capacidad actual de intervenir en el curso de la enfermedad y de la vida era impensable hace unos 125 años. La Medicina ha evolucionado más en el último siglo y cuarto que en los 40 siglos precedentes. Y, en consecuencia, la complejidad de la práctica clínica crece y los dilemas éticos aumentan. Estamos ante una ciencia, la médica, ejercida por seres humanos, con valores elegidos y a veces enfrentados, destinada a otros seres humanos en situación bien de debilidad bien de

sufrimiento, aplicada en sociedades y circunstancias diversas que: ¿debe tener límites?

En un estudio realizado por la sociedad española de medicina interna se refleja que el 70% de los internistas españoles encuentra conflictos éticos en su práctica clínica con frecuencia o casi siempre, y al 40% los problemas éticos le dificultan la práctica clínica con frecuencia y casi siempre. Estos resultados son similares a los recogidos en estudios internacionales: en una encuesta realizada a médicos de Noruega, Suiza, Italia y el Reino Unido, el 99% manifestaba enfrentarse a problemas éticos a diario.

¿Cuáles son los principales problemas éticos en la Medicina actual? (Herrerros, B)

1. Al inicio de la vida:

- a. Anticoncepción.
- b. Métodos de reproducción asistida.
- c. Células madre.
- d. Diagnóstico prenatal.
- e. Interrupción del embarazo.
- f. Selección embrionaria.
- g. Sexualidad.
- h. Cambio de sexo.

2. Final de la vida:

- a. Limitación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico.
- b. Pacientes en coma. Estados vegetativos y estados de mínima conciencia. Demencias evolucionadas.
- c. Enfermos terminales. Cuidados paliativos. Sedación paliativa.
- d. Eutanasia, suicidio asistido.
- e. Diagnóstico de muerte.

3. Relación clínica

- a. Decir la verdad.
- b. Consentimiento informado.
- c. Capacidad de los pacientes para tomar decisiones.
- d. Rechazo a procedimientos terapéuticos o diagnósticos.
- e. Desacuerdo sobre la decisión a tomar entre profesionales o con los usuarios.
- f. Rechazo del médico a los procedimientos: objeción de conciencia.
- g. Intimidación y confidencialidad de datos. Secreto profesional.
- h. Consejo genético.

4. Problemas de justicia:

- a. Distribución de recursos escasos.
- b. Costes sanitarios.
- c. Conflictos de interés entre distintas partes.
- d. Triage: trasplantes, cuidados intensivos, diálisis, emergencias, etc.

5. Tecnología:

- a. Inteligencia artificial.
- b. Big Data.
- c. Telemedicina.
- d. Medicina personalizada.
- e. Edición y terapia genética. Federico de Montalvo, que fue presidente del comité de bioética de España, encontraba que la gran amenaza bioética del futuro sería, precisamente, la edición genética.

Pues bien, la bioética o ética clínica nace en el siglo XX, entorno a los años 70. A España, como expondré más adelante, llegará un poco después, pero no mucho después. Y debe responder, ante el gran avance científico que se estaba

produciendo, al interrogante que ya he señalado: ¿si todo lo que se puede hacer se debe éticamente hacer? Esta pregunta sigue plenamente vigente.

Esta disciplina no nace sólo por el incremento de las posibilidades técnicas al servicio de la práctica de la medicina, existía, además, un contexto histórico que favoreció el nacimiento de la ética clínica: reivindicaciones de los derechos civiles, derechos de las personas de raza negra, derechos de la mujer, movimientos estudiantiles, movimientos pacifistas, etc. En definitiva, los roles que desempeñaban el médico y el paciente estaban cambiando. Y, también, una serie de escándalos en la investigación médica, que después comentaré, que contribuyeron, de alguna manera, a ese nacimiento.

Esos substratos histórico y social permiten concluir que para abordar convenientemente los conflictos éticos presentes en la práctica de la Medicina es conveniente la implicación de un gran número de disciplinas, medicina, biología, sociología, teoría moral, pedagogía, psicología, economía, etc.

La disciplina de la bioética es, en consecuencia, relativamente nueva, pero no la historia de la ética médica. Valga recordar aquí el JURAMENTO HIPOCRÁTICO O PROMESA DEL MÉDICO, (La Asociación Médica Mundial (AMM) aprobó, octubre 2017, en su 68ª Asamblea General celebrada en Chicago, una nueva versión de la Declaración de Ginebra, equivalente al Juramento Hipocrático), que dice:

COMO MIEMBRO DE LA PROFESION MEDICA:

PROMETO SOLEMNEMENTE dedicar mi vida al servicio de la humanidad;

VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mi paciente;

RESPETAR la autonomía y la dignidad de mi paciente;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente;

EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente y conforme a la buena práctica médica;

PROMOVER el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;

COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y el avance de la salud;

CUIDAR mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel;

NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza;

HAGO ESTAS PROMESAS solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

En otras culturas también encontramos códigos de ética de la Medicina. El primer código de ética médica chino fue escrito por Sun Szu-miao, quien murió en el año 682 d.c., que fijaba normas de buena conducta, de moral social y prohibiciones y restricciones.

En la India, también encontramos códigos deontológicos desde el siglo I d.c., fecha del Caraka Amhita. Se exigía, entre otros, estar día y noche empeñado de “corazón y alma” en el alivio de sus pacientes y nunca abandonar a lastimar a un paciente, nunca cometer adulterio ni en pensamiento ni envidiar.

En el código de Hamurabi, los párrafos 215 a 225 se refieren específicamente a la regulación de las responsabilidades y castigos derivados de acciones quirúrgicas.

En el judaísmo, el primer antecedente lo encontramos en el juramento de Asaph, médico hebreo cuya vida se ha situado con gran imprecisión entre los siglos III y VII d.c., autor de un libro de medicina con un juramento final. Sin embargo, el personaje central en esta cultura es Maimónides, nacido en Córdoba y fallecido en El Cairo, en 1204. A él se adscribe la paternidad de un documento en forma de oración en la que pide a Yahvé que conceda al médico apoyo y claridad para poder cumplir con sus deberes profesionales.

En el Islam, el juramento hipocrático fue traducido al árabe, cambiando Apolo por Alá, pero sin modificar su contenido. Más próximo a nosotros, en 1981, se promulgó en Kuwait un Código Islámico de Ética Médica aprobado en la primera conferencia internacional de Medicina islámica que se inicia con un juramento plenamente inspirado en el hipocrático, jurando por Alá y poniéndole como testigo y declarando el deber de actuar siempre como instrumento de la merced divina.

Regresando a Europa, a lo largo de la historia proliferan los juramentos médicos, el de la escuela de Salerno, el de Federico II para Sicilia, el de Venencia, el de Valencia..., aunque el juramento Hipocrático se considera la clave del deber médico.

En el siglo XVIII, con la ilustración, destacan tres médicos formados en Inglaterra, John Gregory, Thomas Percival y

Benjamín Rush. Gregory definió las bases de una ética médica dirigida al acceso a la virtud y al cumplimiento de la etiqueta profesional. Percival, en su libro de “Ética Médica” edita diversos preceptos en forma de código.

La sociedad médica de Boston tomó los pensamientos y extractos de los textos de Percival para elaborar su código, ejemplo que siguieron gran parte de las sociedades médicas de los EE. UU.

El primer código de ética médica de Asociación Médica American data del año 1847 que en su primera versión se iniciaba con un capítulo sobre los deberes de los médicos con sus pacientes, y de las obligaciones de los pacientes con sus médicos. Este código ha sufrido, lógicamente, numerosas revisiones, pero sigue manteniendo en su inicio los siete principios de ética clínica:

- I. El médico debe dedicarse a proveer competentemente servicios médicos con compasión y respeto a la dignidad humana.
- II. Ser honesto con sus pacientes y colegas y poner en descubierto faltas de competencia y fraudes.
- III. Debe respetar la ley y reconocer su responsabilidad ante peticiones contrarias a ella y a los mejores intereses de los pacientes.
- IV. Respetar los derechos de pacientes, colegas y otros profesionales de la salud y salvaguardar la confidencialidad.
- V. Estar al día de sus conocimientos.
- VI. Debe respetar la libre decisión del paciente excepto en urgencias.
- VII. Participar en actividades que contribuyan a mejorar en la comunidad.

El Código internacional de Ética Médica data de 1949 y toma como base la estructura del código de la American Medical

Association.

Pero volviendo a la bioética, como ya he adelantado, en su nacimiento como disciplina no podemos desdeñar el impacto de acontecimientos, lamentables y muy dolorosos, eugenésicos, esterilizadores y eutanásicos que se dieron en la primera mitad del siglo XX.

En España recordaré solo dos fechas:

- En 1928 es suspendida por la dictadura de Primo de Rivera el primer curso eugénico español impulsado por la revista *Gaceta Médica Española*.
- En 1933 tienen lugar en Madrid las primeras jornadas eugénicas españolas, organizadas por la revista *Gaceta Médica Española*, la asociación profesional de estudiantes de Medicina y la liga española para la reforma sexual sobre bases científicas. Estas jornadas fueron inauguradas por el ministro de instrucción pública, Fernando de los Ríos, y clausuradas por el presidente del gobierno, Manuel Azaña. Intervinieron en ellas, entre otros, Novoa Santos, Pio Baroja, Lafora, Ramón J. Sender, Marañón, Alberti y García Lorca. Con estas jornadas la medicina y la política española se situaron en la onda de las doctrinas eugenésicas tan de moda en el primer tercio del siglo XX en las sociedades occidentales.

Más adelante, todos sabemos lo que ocurrió en Europa, en palabras de Pablo Simón, “la Física perdió su inocencia en Hiroshima y la Medicina la perdió en Auschwitz”.

Desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO -la Unesco tiene una división de bioética y una red de cátedras de bioética- o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el

Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con los derechos de los pacientes. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

Tiene gran relevancia el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, en vigor en España desde el 1 de enero de 2000. Este convenio es, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo precedieron, el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben.

Y llegados a este punto, quisiera señalar que la bioética como disciplina es un producto típico de la cultura norteamericana.

En 1957 la sentencia del caso Salgo contra Leland Stanford introduce por primera vez el término consentimiento informado en la jurisprudencia norteamericana. En 1969 se creó el actualmente denominado Hasting Center, posiblemente el centro de investigación en bioética más importante del mundo. Posteriormente, en 1972, se creó otro centro de investigación muy importante, Kennedy Institute of Ethics, actualmente ligado a la universidad de Georgetown.

En 1972 el New York Times publicó una noticia acerca del estudio de sífilis de Tuskegee. Se trataba de un estudio realizado en

una zona muy pobre del estado de Alabama para observar la evolución natural de la sífilis. El estudio había comenzado en 1932 y se estaba realizando en 400 varones de raza negra con sífilis. El grupo control estaba formado por otras 200 personas. Ningún individuo de los participantes en el estudio observacional había sido informado y tampoco se les había administrado tratamiento alguno frente a la enfermedad a pesar de que la penicilina estaba disponible desde 1941. En otro estudio, realizado en Willowbrook, se inyectaba artificialmente destilados de heces a niños deficientes para investigar la hepatitis.

Al escándalo del estudio de sífilis, el Congreso norteamericano respondió creando una comisión, en 1974, a la que encargó definir los principios éticos que deberían respetarse en las investigaciones con personas en biomedicina y en las ciencias de la conducta. En 1978 esta comisión publicó su informe, llamado Belmont, ciudad donde tenía su sede la comisión. Este informe tenía tres partes:

- Primera parte: Reflexiona sobre la práctica y la investigación.
- Segunda parte: Se formulan los principios éticos básicos que deben respetarse en toda investigación:
- Tercera parte: se describen los procedimientos que se aplicarán conforme a los principios definidos anteriormente.

Posteriormente los redactores de este informe publicaron el libro, *Principios de la ética biomédica*, 1979, exponente del denominado enfoque principialista de la bioética. El enfoque ha sido criticado, entre otros, por Javier Sádaba por no entender que se limite a cuatro el número de principios: no maleficencia, beneficencia, justicia y equidad. ¿Por qué solo cuatro principios y no más? Y, en 1982, Jonsen, Siegler, Winslade, publicaron el libro

Clinical Ethics, que proponen el estudio de cada problema concreto, este enfoque es conocido como casuismo.

Uno de esos autores, el Dr. Mark Siegler, mi maestro, internista y fundador del Institute McLean de la Universidad de Chicago, considera que, en ética clínica, el término que él utiliza, es necesario identificar los detalles de los casos problemáticos, porque los principios y conceptos éticos abstractos son poco prácticos para resolver los casos problemáticos. En su libro *Decision-making strategy for clinical ethics problems in medicine* (1982), señala que las decisiones no son fáciles, porque la Medicina es, como describió William Osler, una ciencia de la incertidumbre y un arte de probabilidad. La estrategia casuística del profesor Siegler se basa en cuatro pasos:

- 1°. Análisis de las indicaciones médicas.
- 2°. De las preferencias del paciente.
- 3°. De la calidad de vida.
- 4°. De los factores externos, más adelante denominados contextuales.

En definitiva, considera que es absurdo tratar de identificar principios, valores o normas que sirvan para resolver todos los casos, porque siempre habrá casos y situaciones concretas en las que otros principios o valores tendrán más prioridad que los identificados. Esto no significa aceptar el relativismo, sino reconocer que es necesario adaptar el campo prescriptivo de los principios, valores y normas a las circunstancias y detalles del caso- problema.

La bioética se desarrolla en España a partir de mediados de los años ochenta. Mencionaré sólo dos leyes por su relevancia: Ley

General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, que establece el derecho universal a la asistencia sanitaria.

Esta Ley, a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Por un lado, mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

Por La ley orgánica 3/2007 se modifican algunos artículos, como el tercero que incorporará un nuevo punto:

“Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.”

No debemos sorprendernos por la incorporación de este punto porque está demostrado el infradiagnóstico de algunas patologías en las mujeres, por ejemplo, el infarto de miocardio.

Y la segunda Ley a la que me referiré es la básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica del año 2002. El artículo dos dice:

“Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.

3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.”

Define el consentimiento informado: *“Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.*

Y el artículo nueve establece los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No obstante, lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

5. La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de

urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

Y un Real Decreto, el 426/1980, de 22 de febrero, que desarrolla la Ley de Trasplantes, porque entre las aportaciones importantes de este texto figura la enunciación de los criterios diagnósticos de muerte cerebral.

Es mismo año, en 1980, se crea la organización nacional de trasplantes. Y en 1981 se constituye el primer Comité de ética hospitalaria de España en el hospital San Juan de Dios de Barcelona.

En 1989 el profesor Diego Gracia publica el libro *Fundamentos de Bioética*, el primer ensayo español en esta materia.

En la evolución de la bioética en España podemos identificar cuatro factores:

1. La deontología clásica profesional era insuficiente para afrontar los nuevos dilemas éticos.
2. El papel desempeñado por un buen número de moralistas católicos como impulsores de un acercamiento pluralista y multidisciplinario a los conflictos éticos.
3. La preponderancia de la legislación
4. Ausencia casi total de una reflexión bioética laica, racional, multidisciplinaria y elaborada desde la experiencia profesional e investigadora.

El contexto histórico español llevó a la preponderancia de la legislación, pero hay que admitir que es imposible tener preparadas

soluciones legales para todos los problemas que los profesionales sanitarios se encuentran a diario en su práctica clínica.

Es evidente que el médico necesita conocimientos en bioética y si no los tiene tener la posibilidad de recurrir bien a comités de expertos bien a consultores en bioética. Y en este punto, llego al desarrollo de esta disciplina en una organización sanitaria concreta, que bien puede ser de titularidad pública o privada, porque los conflictos éticos no entienden de personalidades jurídicas. Un inciso para poner en evidencia la importancia asistencial de las organizaciones sanitarias privadas en España, con y sin ánimo de lucro. El último informe de la fundación IDIS, “Sanidad privada aportando valor”, 2023, facilita los datos siguientes correspondientes al año 2020, todavía en plena epidemia por COVID-19:

- El 22,6% de los ingresos hospitalarios de España se registran en los hospitales privados.
- El 21,9 % de las altas hospitalarias.
- El 17,5% de las estancias hospitalarias.
- El 21,6% de las consultas
- El 24,5% de las urgencias.
- El 33 % de las intervenciones quirúrgicas totales

Y paso a describir una experiencia de éxito para alcanzar el título de esta charla:

Una organización sanitaria privada, una cooperativa, ASISA/Lavinia, crea en el año 2008 un comité de bioética y derecho sanitario. Se creó para dar un servicio a todos los médicos y personal sanitario que trabajaba en la misma, y ofrecía la posibilidad de realizar cuantas consultas aquellos considerasen oportunas, respetando siempre el anonimato de los pacientes. No era una iniciativa novedosa en el campo hospitalario privado, pero

sí en el ámbito extrahospitalario privado, precisamente aquel en el que el médico trabaja más a menudo en solitario sin el cobijo del servicio hospitalario al que pudiese pertenecer. El nombre del comité puede sorprender, por la crítica previa que he realizado a la preponderancia del Derecho, pero era inevitable y conveniente si se quería prestar un servicio amplio a los facultativos y personal sanitario.

Una breve referencia acerca de los orígenes de los comités de bioética en los hospitales. Como he señalado anteriormente, la bioética nació en EE. UU. y los comités de ética clínica y ética de la investigación también, y en ellos se buscaba proteger los derechos de los pacientes y ciudadanos que intervenían en las investigaciones. El comité constituido en Seattle en 1960 para la selección de pacientes que se someterían a tratamiento de diálisis se considera el precursor de los comités de ética asistencial por dos razones:

- El dilema de abordar qué pacientes tienen derecho a iniciar tratamiento de diálisis cuando no se puede ofrecer a todos los que lo necesitaban.
- Y porque algunos de sus miembros no eran personal sanitario. Se contemplaba, en consecuencia, un abordaje multidisciplinar de los conflictos éticos.

En 1976, el Tribunal Supremo de New Jersey aconsejó la creación de comités de bioética en los hospitales para poder orientar la actuación en casos como el de una paciente en coma prolongado cuyos padres solicitaron la retirada de la respiración artificial ante la negativa del hospital a practicarla. Más adelante, una comisión creada por el presidente Carter, en 1983, recomienda la constitución de comités hospitalarios para orientar los dilemas éticos de las decisiones en pacientes terminales y en niños

gravemente enfermos. Como he indicado anteriormente, en España se constituyó el primer comité en el año 1981.

El comité creado por nosotros en una organización sanitaria privada en el año 2008 tiene las siguientes funciones reglamentarias:

1. Asesorar a los profesionales de la salud, a los responsables de los centros sanitarios de ASISA, a los estudiantes de Ciencias de la Salud de los centros de ASISA, en los conflictos éticos y legales que pudieran derivarse de la asistencia sanitaria.
2. Analizar y proponer, si procede, posibles alternativas o soluciones a los conflictos éticos y legales planteados.
3. Proponer protocolos de actuación interna para situaciones que, por su mayor frecuencia o gravedad, generen conflictos éticos y legales en su ámbito de actuación. Uno de ellos fue el procedimiento de contención mecánica y química de los pacientes encamados que la necesitasen.
4. Promover la formación y la reflexión en bioética y en derecho sanitario en los profesionales sanitarios y no sanitarios de ASISA y de sus estudiantes de Ciencias de la Salud. Se han realizado numerosas jornadas formativas y hemos contado con invitados ilustres del campo de la bioética como, por ejemplo, Mark Siegler, Amnon Carmi, fundador de la International Chair in Bioethics, y Mario Bunge, a través de nuestra participación en el seminario internacional de biomedicina, impartió su última conferencia antes de su fallecimiento desde su domicilio en Canadá.
5. Evaluación del riesgo médico legal.

6. Optimización de las posibilidades de defensa en litigios.
7. Asesoramiento a la Dirección Técnica.

Nuestro comité está constituido mayoritariamente por médicos, pero con diferentes experiencias, internista, forense y gestores sanitarios. También participa un abogado.

El comité ha elaborado tres libros:

- *El consentimiento informado*, 2010
- *La historia clínica, accesos y uso*, 2012
- *Casos prácticos de bioética*, disponible en español e inglés, 2022, presentado en la décima sexta Conferencia Mundial de Bioética celebrada el pasado mes de octubre en la ciudad portuguesa de Oporto. Este libro agrupa los casos estudiados en seis grupos:
 - Casos sobre relación clínica.
 - Casos sobre confidencialidad.
 - Casos sobre rechazo a los procedimientos médicos.
 - Casos sobre el final de la vida.
 - Casos sobre el inicio de la vida.
 - Casos sobre profesionalismo.

El comité se unió a la red de cátedras de la UNESCO, el 9 de abril del 2018, y más tarde, el 18 de junio del 2021, a la International Chair in Bioethics, ICB, donde yo misma soy miembro de su órgano de gobierno y dirijo uno de sus departamentos.

El libro de casos prácticos de bioética, anteriormente comentado, recoge una de las actividades más importantes de nuestro comité: la elaboración de casos prácticos, muchos de ellos reales, y su difusión mensual a más de 14.000 médicos españoles

con alto nivel de seguimiento y aceptación. El pasado mes de noviembre, remitimos el número 38.

He mencionado nuestra participación en la ICB, organización asociada a la WMA, asociación médica mundial, que engloba los colegios generales de médicos de más de 150 países; pues bien, a través de la WMA, nuestros casos se distribuyen a los facultativos de todo el mundo, habiéndose remitido 18 casos hasta la actualidad.

¿Por qué es una experiencia de éxito?:

Porque establece dos premisas claras:

- los dilemas éticos se dan en la práctica clínica, sin más calificativos, no se definen porque la oferta asistencial sea de titularidad pública o privada. No se definen porque, en general, la oferta privada sea más permeable a las demandas de todo tipo de los pacientes. Se definen por su contenido y por la importancia de su resolución para prestar la mejor asistencia debida a los pacientes. Es decir, nos coloca en la excelencia de la profesión médica, lo que nos lleva de nuevo a las aportaciones del profesor Gracia.
- Todos los sanitarios deben tener un soporte bioético para la toma de decisiones, ejerzan en el sector público o/y en el privado, con o sin ánimo de lucro.

Y porque ha aguantado los envites del tiempo: “el tiempo pone a cada uno en su sitio”. El tiempo demuestra la solidez y separa las ideas de las ocurrencias.

En definitiva, por la importancia biográfica que tiene la salud en nuestras vidas, por su importancia social, por la exigencia que le pedimos al médico y la complejidad creciente de la ciencia médica la disciplina bioética ha aflorado por innegable necesidad y

cada día será más necesaria en nuestra sociedad y en las organizaciones sanitarias. Como dice Benjamín Herreros: la medicina maneja los límites de la vida... y todo hace indicar que lo hará más y más.

Así, en el primer epígrafe de la declaración transhumanista (1999) de la Asociación Transhumanista Mundial, se justifica la aplicación de las técnicas de mejoramiento: “en el futuro, la humanidad cambiará de forma radical por causa de la tecnología, prevemos la viabilidad de rediseñar la condición humana, incluyendo parámetros tales como lo inevitable del envejecimiento, las limitaciones de los intelectos humanos y artificiales, la psicología indeseable, el sufrimiento y nuestro confinamiento en el planeta tierra”. Para conseguir sus objetivos, los transhumanistas quieren acabar con las prohibiciones fundadas, según argumentan, en una tecnofobia injustificada. Se trataría de poder emplear toda la tecnología que permita ampliar las capacidades físicas y mentales humanas. Se deberán derribar limitaciones al uso de la tecnología: edición genética, nanotecnología (tecnología molecular) neuronal, creación de vida artificial, bioinformática (por ejemplo, desarrollo de interfaz hombre máquina), inteligencia artificial aplicada, robótica, técnica criónica. Pero, muchas de estas técnicas son médicas o precisan de intervención médica, por lo que la Medicina y, por supuesto, la Bioética tiene mucho que decir y todas las organizaciones deberíamos de estar preparadas... en la medida de nuestras posibilidades.

Hay autores que indican “que no hay razones para suponer que los algoritmos no serán capaces de superar al humano medio incluso en ética”. Se habrán percatado que se refiere “al humano medio”, no al profesional médico formado, conocedor del alcance del sufrimiento que provoca la enfermedad y de la dificultad de la toma de decisiones. En este terreno, la directora general de la UNESCO, Audrey Azoulay, ha dicho que: “los propios

profesionales que están trabajando en inteligencia artificial se hacen preguntas sin parar, y no quieren que se les deje solos en este debate”.

Además, hay que tener en cuenta las posiciones dispares, con standares cuestionables, de los países. Un ejemplo es China. Los pacientes se desplazan allí donde sea necesario buscando “la solución”, por ejemplo la festación subrogada. En consecuencia, ¿son necesarios nuevos consensos éticos o basta con recordar las normas existentes?

Permítanme que me refiera a Harari, cuando dice:

“La inteligencia artificial y la biotecnología están ofreciendo a la humanidad el poder de remodelar y rediseñar la vida. Muy pronto alguien tendrá que decidir cómo utilizar este poder, sobre la base de algún relato implícito o explícito acerca del significado de la vida”.

Y término, recordando a Laín Entralgo y Diego Gracia:

La fe, esperanza y el amor, además de virtudes teologales son virtudes humanas y, por supuesto, también laborales. No se puede vivir bien, ni tampoco trabajar bien, quien no crea en lo que hace. La fe es fundamental en la vida en general, y en la profesión en particular, Y junto a ello, esperar, que con ello se está contribuyendo a incrementar el valor de la sociedad humana, a hacer a la especie humana un poco mejor. Y, sobre todo, el amor, hay que amar lo que se hace, hacerlo con la mayor diligencia. Fe, esperanza y amor... Solo con este talante puede aspirarse a la excelencia, que como sabemos es el objetivo de la ética.

Muchas gracias.

REFERENCIAS

- AAVV. Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. DHEW Publication No. (OS) 78-0012.1978.
- American Medical Association. Code of Medical Ethics. 150th Anniversary Edition Chicago, III, 1997.
- Arranz, S., Arranz Carrillo de Albornoz, P., Coca Pereira, C., Pérez Viejo, J.M., Costa Cabanillas, M., Cervera Barba, E., García Llana, H. Comunicación consciente para acompañar de forma eficaz: protocolo de 5 pasos. *Psicooncología*.2020; 17:165-177.
- Bandrés Moya, F. Tecnología y humanización de la asistencia sanitaria. Colección sinergia.2021.
- Bandrés Hernández, S. Código básico de derecho sanitario. Comunicación Gráfica, 2016.
- Beauchamp, T., Childress J.F. Principios de ética biomédica. Ed. Masson. 1999.
- Borrell, F., Júdez, J., Segovia, J.L., Sobrino, A., Álvarez, T. El deber de no abandonar al paciente. *Med.Clin.* 2001; 117:262-273.
- Broggi, M.A. Gestión de los valores “ocultos” en la relación clínica. *Med. Clin.* 2003; 121(18):705-9.
- Bunge, M. La ciencia. Su método y su filosofía. Laetoli.2013, pp: 16-22.
- Cárdenas de la Peña, E., La oración de Maimónides, en E. Cárdenas de la Peña, D. Sodi Pallares y B. Fishleder, La Oración de Maimónides, Sociedad Médico Hispano Mexicana/Instituto Cultural Domecq. 1989, pp15-26.

- Código de Hamurabi. Editora Nacional, 1982.
- Comité de bioética y derecho sanitario de ASISA/Lavinia. El consentimiento informado. 2010.
- Comité de bioética y derecho sanitario de ASISA/Lavinia. La historia clínica, accesos y usos. 2012.
- Couceiro, A. Bioética para clínicos. Ed. Triacastela. 1999
- De la Torre, J. Mujer, mujeres y bioética. Universidad Pontificia Comillas. 2010.
- Descartes., R. Discurso del método. Ed. Tecnos. 1990.
- Diccionario panhispánico de términos médicos. RANME. ALANM. 2023.
- Drane, J.F. Becoming a good doctor. The place of virtue and character in medical ethics. Sheed and Ward. 1995, pp: 14-23.
- Foro de la profesión médica de España. OMC. Consejo general de Colegios oficiales de médicos. Manual de la relación médico-paciente. 2019.
- Gracia Guillén, D. Ética de la sanidad militar en operaciones. Ministerio de Defensa. 2022.
- Gracia Guillén, D. Fundamentos de bioética. Ed. Eudema. 1989.
- Gracia Guillén, D. Los cambios en la relación médico-enfermo. Med. Clin. 1989; 93:100-102.
- Gracia Guillén, D. La bioética: una nueva disciplina académica. Jano 1987; 781:69-74.
- Gracia Guillén, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Medicina clínica.2001, 117:18-23.
- Harari, Y.N. 21 lecciones para el siglo XXI. Ed. Debate 2018.

- Herrero Ezquerro, T., Anatomía de los ganglios basales en 4D: del cadáver al ser humano in vivo. RANME. 2021.
- Herreros Ruiz-Valdepeñas, B. Filosofía y Medicina, una historia de amor. Ed. Tangenit. 2021. 195-202, 67-69, 111, 191-192.
- Hipócrates, Juramento. Tratados. Colección Gredos, 2015, pp 33-41.
- Jonsen, A.R., Siegler, M., Winslade, W. Clinical Ethics: A practical approach to ethical decision in clinical medicine. Ed. McGraw Lange. 1982.
- Laín Entralgo, P. Conceptos fundamentales para la historia de la anatomía. Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina, 1. 1949.
- Laín Entralgo, P. Historia de la Medicina. Ed. Salvat Editorial. 1978.
- Laín Entralgo, P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Revista de Occidente-Rústica editorial. 1964, pp: 235-249.
- Lázaro, J. Gracia, D. La relación médico-enfermo a través de la historia. An.Sist.Snit.Navar. 2006. Vol. 29, suplemento 3.
- Mill, J.S. Sobre la libertad. Ed.Alianza. 1970.
- Mill, J.S. Utilitarismo. Ed.alianza.1994.
- Montserrat, J. El transhumanismo de Ray Kurzweil. ¿Es la ontología biológica reductible a computación? Pensamiento. Revista de investigación e información filosófica.71 (269) S. Esp: 1417-1441.
- Montero Delgado, F., Morlans Molia, M. Para deliberar en los comités de ética. Fundación Dr. Robert. 2009. 157-160.

- Nussio, E. Un médico innovador, Dr. Espriu. Ed. ASISA. 2014.
- Pinto, P., Tormo, M., Herreros, B. Casos Prácticos de bioética. Fundación ASISA.2022
- Shaw, D., Elger, B. Evidence-based persuasion. JAMA. 2013. Vol. 309. N.16.
- Siegler, M. Decision-making strategy for clinical ethics problems in medicine. Archives of Internal Medicine.1982; 142(12):2178-2179.
- Siegler, M. “La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales de la salud. La experiencia del McLean Center for Clinical Medical Ethics”, en Educar en bioética al profesional de ciencias de la salud. Herreros, B., Bandrés, F. (coords). Además Comunicación gráfica. 2010, pp: 47-58.
- Siegler, M. “Searching for moral certainty in medicine: a proposal for a new model of the doctor-patient encounter”. Bulletin of the New York Academy of Science. 1981. 57(1): 56-69.
- Siegler, M. La relación médico-paciente en la era de la medicina de gestión. En limitación de prestaciones sanitarias. Fundación ciencias de la Salud/Doce calles. 1997, pp: 44-64.
- Simon Lorda, P., Barrio Cantalejo, I.M. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. Medicina clínica. Vol. 105. Núm. 15. 1995.
- Viesca, C., Ramos, MB. Relevancia de la ética en la práctica quirúrgica. Aspectos históricos, juramentos y códigos. 2023

COLECCIÓN: *DISCURSOS ACADÉMICOS*

Coordinación: **Dominga Trujillo Jacinto del Castillo**

1. *La Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote en el contexto histórico del movimiento académico.* (Académico de Número). **Francisco González de Posada**. 20 de mayo de 2003. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
2. *D. Blas Cabrera Topham y sus hijos.* (Académico de Número). **José E. Cabrera Ramírez**. 21 de mayo de 2003. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
3. *Buscando la materia oscura del Universo en forma de partículas elementales débiles.* (Académico de Honor). **Blas Cabrera Navarro**. 7 de julio de 2003. Amigos de la Cultura Científica.
4. *El sistema de posicionamiento global (GPS): en torno a la Navegación.* (Académico de Número). **Abelardo Bethencourt Fernández**. 16 de julio de 2003. Amigos de la Cultura Científica.
5. *Cálculos y conceptos en la historia del hormigón armado.* (Académico de Honor). **José Calavera Ruiz**. 18 de julio de 2003. INTEMAC.
6. *Un modelo para la delimitación teórica, estructuración histórica y organización docente de las disciplinas científicas: el caso de la matemática.* (Académico de Número). **Francisco A. González Redondo**. 23 de julio de 2003. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
7. *Sistemas de información centrados en red.* (Académico de Número). **Silvano Corujo Rodríguez**. 24 de julio de 2003. Ayuntamiento de San Bartolomé.
8. *El exilio de Blas Cabrera.* (Académica de Número). **Dominga Trujillo Jacinto del Castillo**. 18 de noviembre de 2003. Departamento de Física Fundamental y Experimental, Electrónica y Sistemas. Universidad de La Laguna.
9. *Tres productos históricos en la economía de Lanzarote: la orchilla, la barrilla y la cochinilla.* (Académico Correspondiente). **Agustín Pallarés Padilla**. 20 de mayo de 2004. Amigos de la Cultura Científica.
10. *En torno a la nutrición: gordos y flacos en la pintura.* (Académico de Honor). **Amador Schüller Pérez**. 5 de julio de 2004. Real Academia Nacional de Medicina.
11. *La etnografía de Lanzarote: " El Museo Tanit".* (Académico Correspondiente). **José Ferrer Perdomo**. 15 de julio de 2004. Museo Etnográfico Tanit.
12. *Mis pequeños dinosaurios. (Memorias de un joven naturalista).* (Académico Correspondiente). **Rafael Arozarena Doblado**. 17 diciembre 2004. Amigos de la Cultura Científica.
13. *Laudatio de D. Ramón Pérez Hernández y otros documentos relativos al Dr. José Molina Orosa.* (Académico de Honor a título póstumo). 7 de marzo de 2005. Amigos de la Cultura Científica.
14. *Blas Cabrera y Albert Einstein.* (Acto de Nombramiento como Académico de Honor a título

- póstumo del Excmo. Sr. D. **Blas Cabrera Felipe**). **Francisco González de Posada**. 20 de mayo de 2005. Amigos de la Cultura Científica.
15. *La flora vascular de la isla de Lanzarote. Algunos problemas por resolver*. (Académico Correspondiente). **Jorge Alfredo Reyes Betancort**. 5 de julio de 2005. Jardín de Aclimatación de La Orotava.
 16. *El ecosistema agrario lanzaroteño*. (Académico Correspondiente). **Carlos Lahora Arán**. 7 de julio de 2005. Dirección Insular del Gobierno en Lanzarote.
 17. *Lanzarote: características geoestratégicas*. (Académico Correspondiente). **Juan Antonio Carrasco Juan**. 11 de julio de 2005. Amigos de la Cultura Científica.
 18. *En torno a lo fundamental: Naturaleza, Dios, Hombre*. (Académico Correspondiente). **Javier Cabrera Pinto**. 22 de marzo de 2006. Amigos de la Cultura Científica.
 19. *Materiales, colores y elementos arquitectónicos de la obra de César Manrique*. (Acto de Nombramiento como Académico de Honor a título póstumo de **César Manrique**). **José Manuel Pérez Luzardo**. 24 de abril de 2006. Amigos de la Cultura Científica.
 20. *La Medición del Tiempo y los Relojes de Sol*. (Académico Correspondiente). **Juan Vicente Pérez Ortiz**. 7 de julio de 2006. Caja de Ahorros del Mediterráneo.
 21. *Las estructuras de hormigón. Debilidades y fortalezas*. (Académico Correspondiente). **Enrique González Valle**. 13 de julio de 2006. INTEMAC.
 22. *Nuevas aportaciones al conocimiento de la erupción de Timanfaya (Lanzarote)*. (Académico de Número). **Agustín Pallarés Padilla**. 27 de junio de 2007. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
 23. *El agua potable en Lanzarote*. (Académico Correspondiente). **Manuel Díaz Rijo**. 20 de julio de 2007. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
 24. *Anestesiología: Una especialidad desconocida*. (Académico Correspondiente). **Carlos García Zerpa**. 14 de diciembre de 2007. Hospital General de Lanzarote.
 25. *Semblanza de Juan Oliveros. Carpintero – imaginero*. (Académico de Número). **José Ferrer Perdomo**. 8 de julio de 2008. Museo Etnográfico Tanit.
 26. *Estado actual de la Astronomía: Reflexiones de un aficionado*. (Académico Correspondiente). **César Piret Ceballos**. 11 de julio de 2008. Iltre. Ayuntamiento de Tías.
 27. *Entre aulagas, matos y tabaibas*. (Académico de Número). **Jorge Alfredo Reyes Betancort**. 15 de julio de 2008. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
 28. *Lanzarote y el vino*. (Académico de Número). **Manuel Díaz Rijo**. 24 de julio de 2008. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
 29. *Cronobiografía del Dr. D. José Molina Orosa y cronología de acontecimientos conmemorativos*. (Académico de Número). **Javier Cabrera Pinto**. 15 de diciembre de 2008. Gerencia de Servicios Sanitarios. Área de Salud de Lanzarote.
 30. *Territorio Lanzarote 1402. Majos, sucesores y antecesores*. (Académico Correspondiente).

- Luis Díaz Feria**. 28 de abril de 2009. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
31. *Presente y futuro de la reutilización de aguas en Canarias*. (Académico Correspondiente). **Sebastián Delgado Díaz**. 6 de julio de 2009. Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información.
32. *El análisis del tráfico telefónico: una herramienta estratégica de la empresa*. (Académico Correspondiente). **Enrique de Ferra Fantín**. 9 de julio de 2009. Excmo. Cabildo de Fuerteventura.
33. *La investigación sobre el fondo cósmico de microondas en el Instituto de Astrofísica de Canarias*. (Académico Correspondiente). **Rafael Rebolo López**. 11 de julio de 2009. Instituto de Astrofísica de Canarias.
34. *Centro de Proceso de Datos, el Cerebro de Nuestra Sociedad*. (Académico Correspondiente). **José Damián Ferrer Quintana**. 21 de septiembre de 2009. Museo Etnográfico Tanit.
35. Solemne Sesión Académica Necrológica de Homenaje al Excmo. Sr. D. Rafael Arozarena Doblado, Académico Correspondiente en Tenerife. *Laudatio Académica* por **Francisco González de Posada** y otras *Loas*. 24 de noviembre de 2009. Ilte. Ayuntamiento de Yaiza.
36. *La Cesárea. Una perspectiva bioética*. (Académico Correspondiente). **Fernando Conde Fernández**. 14 de diciembre de 2009. Gerencia de Servicios Sanitarios. Área de Salud de Lanzarote.
37. *La “Escuela Luján Pérez”: Integración del pasado en la modernidad cultural de Canarias*. (Académico Correspondiente). **Cristóbal García del Rosario**. 21 de enero de 2010. Fundación Canaria “Luján Pérez”.
38. *Luz en la Arquitectura de César Manrique*. (Académico Correspondiente). **José Manuel Pérez Luzardo**. 22 de abril de 2010. Excmo. Ayuntamiento de Arrecife.
39. *César Manrique y Alemania*. (Académico Correspondiente). **Bettina Bork**. 23 de abril de 2010. Ilte. Ayuntamiento de Haría.
40. *La Química Orgánica en Canarias: la herencia del profesor D. Antonio González*. (Académico Correspondiente). **Ángel Gutiérrez Ravelo**. 21 de mayo de 2010. Instituto Universitario de Bio-Orgánica “Antonio González”.
41. *Visión en torno al lenguaje popular canario*. (Académico Correspondiente). **Gregorio Barreto Viñoly**. 17 de junio de 2010. Ilte. Ayuntamiento de Haría.
42. *La otra Arquitectura barroca: las perspectivas falsas*. (Académico Correspondiente). **Fernando Vidal-Ostos**. 15 de julio de 2010. Amigos de Écija.
43. *Prado Rey, empresa emblemática. Memoria vitivinícola de un empresario ingeniero agrónomo*. (Académico Correspondiente). **Javier Cremades de Adaro**. 16 de julio de 2010. Real Sitio de Ventosilla, S. A.
44. *El empleo del Análisis Dimensional en el proyecto de sistemas pasivos de acondicionamiento térmico*. (Académico Correspondiente). **Miguel Ángel Gálvez**

- Huerta**. 26 de julio de 2010. Fundación General de la Universidad Politécnica de Madrid.
45. *El anciano y sus necesidades sociales*. (Académico Correspondiente). **Aristides Hernández Morán**. 17 de diciembre de 2010. Excmo. Cabildo de Fuerteventura.
 46. *La sociedad como factor impulsor de los trasplantes de órganos abdominales*. (Académico de Honor). **Enrique Moreno González**. 12 de julio de 2011. Amigos de la Cultura Científica.
 47. *El Tabaco: de producto deseado a producto maldito*. (Académico Correspondiente). **José Ramón Calvo Fernández**. 27 de julio de 2011. Dpto. Didácticas Espaciales. ULPGC.
 48. *La influencia de la ciencia en el pensamiento político y social*. (Académico Correspondiente). **Manuel Medina Ortega**. 28 de julio de 2011. Grupo Municipal PSOE. Ayuntamiento de Arrecife.
 49. *Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico*. (Académico Numerario). **Fernando Conde Fernández**. 13 de diciembre de 2011. Italfármaco y Pfizer.
 50. *En torno al problema del movimiento perpetuo. Una visión histórica*. (Académico Correspondiente). **Domingo Díaz Tejera**. 31 de enero de 2012. Ayuntamiento de San Bartolomé
 51. *Don José Ramírez Cerdá, político ejemplar: sanidad, educación, arquitectura, desarrollo sostenible, ingeniería de obras públicas viarias y de captación y distribución de agua*. (Académico Correspondiente). **Álvaro García González**. 23 de abril de 2012. Excmo. Cabildo de Fuerteventura.
 52. *Perfil biográfico de César Manrique Cabrera, con especial referencia al Municipio de Haría*. (Académico Numerario). **Gregorio Barreto Viñoly**. 25 de abril de 2013. Ilte. Ayuntamiento de Haría.
 53. *Tecnología e impacto social. Una mirada desde el pasado hacia el futuro*. (Académico Correspondiente). **Roque Calero Pérez**. 26 de abril de 2013. Mancomunidad del Sureste de Gran Canaria.
 54. *Historia del Rotary Club Internacional: Implantación y desarrollo en Canarias*. (Académico Correspondiente). **Pedro Gopar González**. 19 de julio de 2013. Construcciones Lava Volcánica, S.L.
 55. *Ensayos en vuelo: Fundamento de la historia, desarrollo, investigación, certificación y calificación aeronáuticas*. (Académico Correspondiente). **Antonio Javier Mesa Fortún**. 31 de enero de 2014. Instituto Nacional de Técnica Aeroespacial.
 56. *El cielo nocturno de Fuerteventura: Recurso para la Ciencia y oportunidad para el Turismo*. (Académico Numerario). **Enrique de Ferra Fantín**. 20 de mayo de 2015.
 57. *La Unión Europea ante las crisis internacionales*. (Académico Numerario). **Manuel Medina Ortega**. 24 de julio de 2015.
 58. *Seguridad alimentaria y disruptores endocrinos hoy*. (Académico Correspondiente). **Antonio**

- Burgos Ojeda.** 14 de diciembre de 2015.
59. *El Dr. Tomás Mena y Mesa: Médico filántropo majorero.* (Académico Numerario). **Aristides Hernández Morán.** 15 de diciembre de 2015.
60. *Callejero histórico de Puerto de Cabras - Puerto del Rosario.* (Académico Numerario). **Álvaro García González.** 20 de abril de 2016.
61. *El moderno concepto de Probabilidad y su aplicación al caso de los Seguros/Il moderno concetto di Probabilità e il suo rapporto con l'Assicurazione.* (Académico Correspondiente en Italia). **Claudio de Ferra.** 25 de julio de 2016.
62. *Comentarios históricos sobre la obra de Boccaccio. “De Canaria y de las otras islas nuevamente halladas en el océano allende España”.* (Académico Numerario). **Cristóbal García del Rosario.** 25 de julio de 2016.
63. «*Literatura Viva*”, Una iniciativa en Lanzarote para fomentar la práctica de la *Lectura en VozAlta*». (Académico Correspondiente). **Manuel Martín-Arroyo Flores.** 26 de julio de 2016.
64. *La herencia centenaria de un soñador. Huella y legado de Manuel Velázquez Cabrera (1863-1916).* (Académico Correspondiente). **Felipe Bermúdez Suárez.** 17 de octubre de 2016.
65. *Propuesta para la provincialización de las islas menores del archipiélago canario.* (Académico Correspondiente). **Fernando Rodríguez López-Lannes.** 18 de octubre de 2016.
66. *Cambio Climático y Tabaco: El negocio está en la duda.* (Académico Numerario). **José Ramón Calvo Fernández.** 12 de diciembre de 2016.
67. *Los RPAS, un eslabón más en la evolución tecnológica.* (Académico Numerario). **Juan Antonio Carrasco Juan.** 30 de enero de 2017.
68. *La Seguridad de los Medicamentos.* (Académico Numerario). **José Nicolás Boada Juárez.** 31 de enero de 2017.
69. *Teoría de Arrecife.* (Académico Numerario). **Luis Díaz Feria.** 26 de abril de 2017.
70. *Sistemas críticos en aeronaves no tripuladas: Un ejemplo de optimización y trabajo en equipo.* (Académico Numerario). **Antonio Javier Mesa Fortún.** 28 de abril de 2017.
71. *1878 – 1945: La Arquitectura en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria en tiempos de Blas Cabrera Felipe.* (Académico Numerario). **José Manuel Pérez Luzardo.** 17 de mayo de 2017.
72. *Energía osmótica: una renovable prometedora en desarrollo.* (Académico Numerario). **Sebastián N. Delgado Díaz.** 20 de julio de 2017.
73. *El descubrimiento de Lanzarote y de Canarias por parte del navegante italiano Lanzarotto Malocello.* (Académico Correspondiente). **Alfonso Licata.** 21 de julio de 2017.
74. *La Palma Canaria: Una cultura agrícola-artesanal.* (Académico Correspondiente). **Gerardo Mesa Noda.** 25 de septiembre de 2017.

75. *El Reloj de Sol del Castillo de San Gabriel en Arrecife: Su carácter primicial y la difusión del modelo.* (Académico Numerario). **Juan Vicente Pérez Ortiz**. 22 de diciembre de 2017.
76. *Mis recuerdos de César Manrique.* (Académico Numerario). **José Dámaso Trujillo -“Pepe Dámaso”-**. 23 de abril de 2018.
77. *Un nuevo modelo de desarrollo sostenible: necesidad y características.* (Académico Numerario). **Roque Calero Pérez**. 24 de abril de 2018.
78. *Reserva de la Biosfera de Fuerteventura en la red mundial de Reservas de la Biosfera. Logros y retos de futuro.* (Académico Correspondiente). **Antonio Gallardo Campos**. 25 de abril de 2018.
79. *La Extraposofía o la Arquitectura del Universo.* (Académico Correspondiente). **Antonio Padrón Barrera**. 25 de abril de 2018.
80. *La huella del Vaticano II en Fuerteventura.* (Académico Numerario). **Felipe Bermúdez Suárez**. 16 de julio de 2018.
81. *La construcción de la nueva comisaría de Arrecife.* (Académico Numerario). **Fernando Rodríguez López-Lannes**. 19 de julio de 2018.
82. *Acupuntura médica occidental / Western medical acupuncture.* (Académico Correspondiente en el Reino Unido). **Bill Ferguson**. 12 de diciembre de 2018.
83. *Leonardo da Vinci. Quinto centenario de su fallecimiento.* (Académico Numerario). **Alfonso Licata**. 22 de mayo de 2019.
84. *De Lanzarote a la Luna y a Marte: Claves geológicas y astrobiológicas.* (Académico Correspondiente). **Jesús Martínez Frías**. 30 de enero de 2020.
85. *Remembranza de un académico poeta, Rafael Arozarena.* (Académico Numerario). **Manuel Martín-Arroyo Flores**. 10 de diciembre de 2020.
86. *La conservación del patrimonio paleontológico de Lanzarote.* (Académica Correspondiente). **Esther Martín González**. 18 de mayo de 2021.
87. *El Geoparque Mundial de la UNESCO Lanzarote y Archipiélago Chinijo.* (Académica Correspondiente). **María Elena Mateo Mederos**. 19 de mayo de 2021.
88. *Los ángeles en la obra fresquista de Francisco de Goya.* (Académica Correspondiente). **María Teresa Fernández Talaya**. 8 de septiembre de 2021.
89. *Integración en edificios de viviendas de la tecnología de enfriamiento pasivo (o de bajo gasto energético) por re-irradiación de onda larga.* (Académico Numerario). **Miguel Ángel Gálvez Huerta**. 9 de septiembre de 2021.
90. *Medio ambiente y salud, reflexiones post pandémicas.* (Académico Numerario). **Antonio Gallardo Campos**. 13 de diciembre de 2021.
91. *Control sanitario del tráfico marítimo en los puertos canarios occidentales: Epidemias.* (Académico Numerario). **Antonio Burgos Ojeda**. 14 de diciembre de 2021.

92. *Interlingua: La lengua global*. (Académico Numerario). **Domingo Díaz Tejera**. 3 de febrero de 2022.
93. *Los recuerdos de Blas Cabrera en Lanzarote hasta 1978*. (Académico Correspondiente). **Enrique Díaz Herrera**. 26 de mayo de 2022.
94. *Canarias: Cuando el magma alcanza el Cosmos*. (Académico Numerario). **Jesús Martínez Frías**. 27 de mayo de 2022.
95. *Consideraciones en torno al lenguaje. Las variedades atlántica y canaria de la Lengua Española*. (Académica Correspondiente). **María Dolores Fajardo Espino**. 27 de mayo de 2022.
96. *Julio Palacios frente a Einstein y a la Relatividad*. (Académico Correspondiente). **Albino Arenas Gómez**. 17 de mayo de 2023.
97. *El reformismo de Felipe V y la derrota atlántica del comercio con las Indias: Una tarea de José Patiño*. (Académico Correspondiente). **Fernando López Rodríguez**. 17 de mayo de 2023.
98. *La globalización: amenazas y oportunidades*. (Académico Correspondiente). **Alfredo Rocafort Nicolau**. 18 de mayo de 2023.
99. *La trimilenaria Cádiz, madre de la Cirugía moderna y contemporánea española*. (Académico Correspondiente). **José Antonio Salido Valle**. 19 de mayo de 2023.
100. *El registro fósil marino de Macaronesia: interpretando eventos de su historia geológica*. (Académica Numeraria). **María Esther Martín González**. 19 de mayo de 2023.
101. *Antonio de Nebrija. El humanista que amaba las palabras. Quinto centenario de su fallecimiento (1444-1522)*. (Académica Correspondiente). **Cecilia Kindelán Amorrich**. 13 de julio de 2023.
102. *La inteligencia artificial y la estupidez natural*. (Académico Correspondiente). **Jordi Martí Pidelaserra**. 14 de julio de 2023.
103. *Liderazgo empresarial en el siglo XXI: creación de valor compartido y nuevos estilos de dirección*. (Académico Correspondiente). **Jaume Llopis Casellas**. 26 de octubre de 2023.
104. *La usura en la España del Siglo XXI*. (Académico Correspondiente). **Xabier Añoveros Trias de Bes**. 26 de octubre de 2023.
105. *Observaciones acerca de la navegación desde nuestros días hasta su origen histórico*. (Académico Correspondiente). **Félix Martín de Loeches Martín**. 27 de octubre de 2023.
106. *El enfoque una sola salud, en la lucha para el control de la resistencia a los antibióticos*. (Académica Correspondiente). **M^a Àngels Calvo Torras**. 11 de diciembre de 2023.
107. *La presencia de la bioética en un grupo sanitario privado español*. (Académica Correspondiente). **María Anunciación Tormo Domínguez**. 12 de diciembre de 2023.

**HOTEL LANCELOT PLAYA
ARRECIFE (LANZAROTE)**
