

Nuevos desafíos bioéticos en la formación de los profesionales de la salud: reflexiones a partir de la experiencia en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)*.

YOLANDA GARCÍA RUIZ.**

Mi intervención se va a dividir en cuatro partes: en primer lugar, haré una breve introducción, destacando cómo surge la bioética y su relevancia como materia formativa; a continuación, en segundo lugar, les facilitaré algunos datos relativos a la impartición de la bioética en los títulos universitarios en España y en Europa en el nuevo marco del EEES; en tercer lugar, abordaré algunos de los problemas bioéticos con los que se están encontrando los profesionales médicos y sanitarios en su ejercicio profesional y cuáles son los recursos de los que disponen para enfrentar dichos conflictos y, por último, apuntaré algunas ideas para intentar mejorar la formación bioética en el ámbito universitario y en el marco de la educación en Ciencias de la Salud.

1. INTRODUCCIÓN: BIOÉTICA Y FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA VIDA

El momento histórico que vivimos marca, sin duda, una nueva etapa que se está caracterizando, entre otros factores, por una fecunda y deslumbrante expansión del conocimiento en materia científica. Los últimos años del siglo XX sentaron las bases de dicho conocimiento y las perspectivas que se vislumbran, en la actualidad, permiten intuir un avance que parece imparable y que se prevé revolucionario en muchos ámbitos, de manera destacada, en el relativo a la investigación biomédica y su aplicación clínica.

Esta expansión exponencial del conocimiento científico y biomédico ha ido acompañada de la adopción de una serie de principios éticos-bioéticos que surgen con la intención de delimitar moralmente el loable anhelo científico por avanzar en el conocimiento, por descubrir, en definitiva, los secretos de la vida.

La preocupación por el posible mal uso de los avances científicos y su aplicación médica no es una preocupación nueva. Desde el momento mismo en el que surge la medicina se hace evidente que los médicos, los pacientes y sus allegados pueden enfrentarse a situaciones éticas difi-

ciles, que requieran una especial prudencia y manejo de valores a la luz de la especial importancia de los bienes en juego. Por eso, ya desde los griegos, existen manifestaciones de deontología médica (la primera, como ustedes bien saben, y la más conocida es el famoso juramento hipocrático del s. V A. C., que es el precedente de los códigos deontológicos que surgen a partir del siglo XIX).

La bioética supone un paso más respecto al compromiso ético contenido en los códigos deontológicos. El término en sí, como es bien sabido, surge a principios del siglo XX. Es acuñado por Fritz Jahr¹, en 1927, para redefinir las relaciones de los seres humanos con los animales y las plantas. Su tesis es que los nuevos descubrimientos sobre el medio ambiente y el mundo animal obligan a replantearse la ética aplicada a la relación del ser humano con el medio y con los animales. Esta nueva concepción se extiende, a mediados del siglo XX, al ámbito de los descubrimientos biológicos que se produce en dicha época². Y, como saben, será Potter³, en 1970, en un artículo titulado "Bioética, la ciencia de la supervivencia", el que defienda la necesidad de que los nuevos avances científicos encuentren nuevas respuestas por parte de la Ética para que la humanidad pueda manejar estos descubrimientos de manera responsable.

Los descubrimientos científicos en el ámbito de la biología tuvieron rápidamente repercusión en la Medicina y, por ello, a partir de los años 70 se empieza a utilizar el término bioética aplicado al campo médico y se identifican los principios clásicos de la bioética que, como saben, son el principio de beneficencia, el de autonomía, el de justicia y el de no maleficencia. Los tres primeros -beneficencia, autonomía y justicia- aparecen ya, como es sabido, en el Informe Belmont, de 1978, elaborado por la Comisión Nacional de Bioética de Estados Unidos, dependiente del Congreso. Y, un año después, en 1979, con la publicación del libro de Beauchamp y Childresing (*Principles of biomedical ethics*) se añade el cuarto principio: el de no maleficencia.

Estas rápidas pinceladas sobre el origen de la bioética

* Conferencia dictada en la Jornada de la Sociedad de Educación en Ciencias de la Salud: "Explorando buenas prácticas en educación de la bioética y el bioderecho para carreras de la salud" realizada el 23 de Junio de 2011 en la Escuela de Medicina sede Santiago de la Universidad Pedro de Valdivia.

** Doctorado en Derechos Fundamentales 1997, Instituto Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III de Madrid. Doctora en Derecho 2003. Universitat de Valencia. Profesora del Departamento de Derecho Romano y Derecho Eclesiástico del Estado de la Universidad de Valencia y Secretaria del Departamento.

nos recuerdan que su aparición está unida a los nuevos desafíos provenientes del progreso científico y biomédico y a la necesidad de gestionar dicho progreso y aplicarlo responsablemente.

Impulsar el progreso en el conocimiento y su gestión responsable son dos directrices que no pueden faltar en la formación de los profesionales en el ámbito de las ciencias de la salud y, en general, en todas aquellas titulaciones relacionadas con las ciencias de la vida.

Esta toma de conciencia, respecto a la necesidad de aunar el avance en el conocimiento y el respeto a los límites que marca la bioética en el ámbito de las ciencias biomédicas, se ha ido consolidando, en España, a través de la creciente oferta de la bioética como materia formativa en los planes de estudios. Oferta que se ha visto reforzada, si cabe, en el proceso que ha desembocado en la construcción del nuevo Espacio Europeo de Educación Superior.

2. LA BIOÉTICA EN LOS PLANES DE ESTUDIOS EN ESPAÑA Y EN EL EEES

Este ambicioso proyecto educativo se inició, en 1999, con la firma de la denominada Declaración de Bolonia por los Ministros europeos de educación. La Declaración de Bolonia es un compromiso voluntario de cada país firmante para reformar su propio sistema de enseñanza. En este sentido, en principio, la reforma no se impone a los gobiernos nacionales ni tampoco a las universidades. A título de ejemplo, les puedo indicar que Alemania no ha transformado ni los estudios de Derecho ni los de Medicina y, respecto a las demás titulaciones, el Gobierno alemán ha dejado libertad a cada Universidad para que proceda o no a la adaptación de sus estudios al nuevo sistema europeo.

Otra cuestión importante que quisiera señalar es que los Estados miembros han conservado todas sus competencias sobre los contenidos de la enseñanza y la organización de sus sistemas educativos, así como su diversidad cultural y lingüística. Esta última cuestión, el respeto a la diversidad, es una constante en todas las iniciativas de convergencia europeas: el propósito siempre es alcanzar la unidad desde la diversidad.

Partiendo de los postulados anteriores, la Declaración de Bolonia se concreta en las acciones y compromisos⁴ siguientes:

1. Se adopta un sistema de educación superior **basado fundamentalmente en dos ciclos**: un primer ciclo – denominado grado – orientado, básicamente, al mercado laboral y con una duración mínima de tres años, y un segundo ciclo (máster) al que se accede sólo si se completa el primer ciclo.
2. Se establece un **sistema de grados académicos fácilmente reconocibles y comparables**. Esto ha supuesto la modificación de los títulos que ahora incluyen no sólo el documento con el reconocimiento del título sino un suplemento en el que se relacionan todas las competencias y habilidades que los estudiantes han

adquirido durante su formación, con el objeto de favorecer la transparencia.

3. Se reconoce un **sistema de acumulación y transferencia de créditos (ECTS)**⁵ similar al sistema que se utilizaba para los intercambios Erasmus. Es decir, que un alumno podrá cursar una serie de créditos (1 crédito son 10 horas de docencia) en España y continuar su formación en cualquier otro país acumulando créditos de las diversas Universidades por las que quiera pasar hasta que complete el número de créditos exigidos de la titulación que esté cursando. (Una de las críticas al proceso de Bolonia ha sido que esta idea no se vea acompañada de un fuerte sistema de becas que permita a los estudiantes llevar a efecto esta movilidad).
4. Se apuesta por el incremento de la **movilidad de los estudiantes, docentes e investigadores**.
5. Se refuerza **la cooperación**, en especial, en lo que respecta a la garantía de la calidad.
6. Y se ha impulsado la **dimensión europea en la enseñanza superior** a través del aumento del número de módulos, cursos y planes de estudios cuyo contenido, orientación y organización presenten una dimensión europea.

Referidos a grandes rasgos los objetivos del proceso, por lo que respecta a España, la adaptación de los títulos tomó como punto de partida la elaboración de los denominados “libros blancos” de las distintas titulaciones. Estos documentos son, en definitiva, una Guía Marco cuya misión ha permitido analizar el estado de las distintas titulaciones en las diversas Universidades españolas y establecer las directrices básicas que deberían marcar el proceso de convergencia con Europa en cada una de las titulaciones. En este sentido, los libros blancos han sido un referente en todo el proceso de elaboración de los nuevos planes de estudios.

Por lo que respecta a la bioética como materia formativa, encontramos que está contemplada, como materia objeto de estudio, en el libro blanco de los Grados de Medicina, Enfermería, Veterinaria y Fisioterapia. De todos ellos, es en el Grado en Medicina en el que se contempla como una materia de mayor relevancia. (En enfermería se imparte con anterioridad a Bolonia en varias Universidades: En el CEU, tercer curso, 2.5 créditos; en la Universidad de Navarra, segundo curso 3.4 créditos; en la Universidad Pontificia de Comillas: segundo curso, 2.5 créditos; en Las Palmas de Gran Canaria, segundo curso, 3.3 créditos; en la Universidad Ramón Llull 2.9 créditos. En el Grado de Veterinaria hay un bloque sobre “gestión ética y legislación” que contempla la bioética como asignatura. En el Grado en fisioterapia hay un bloque denominado “Administración deontológica y legislación de la profesión” que contempla la bioética como asignatura con 3 créditos).

El libro blanco de Medicina, reconoce la posibilidad de que cada Universidad tenga un margen de discrecionalidad en el establecimiento de los contenidos formativos, pero prevé 7 grandes bloques (1. Valores profesionales y ética, 2.

Medicina preventiva y salud pública, 3. Manejo de la Información, Análisis crítico e investigación, 4. Morfología, estructura y función del cuerpo humano normal en las diferentes etapas de la vida, 5. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos, 6. Patología humana, 7. Habilidades de comunicación) que, en todo caso, deberían formar parte de los planes de estudio de Medicina en todas las Universidades españolas. Uno de dichos bloques se denomina: “valores profesionales y ética” y, entre los contenidos del mismo, se menciona, explícitamente, el conocimiento de las “Principales situaciones conflictivas en bioética”.

La inclusión de la bioética como materia de estudio para la formación en Medicina no es, sin embargo, una novedad resultado del proceso de Bolonia. El propio libro blanco recoge un análisis comparado de los planes de estudios previos al proceso de Bolonia en las distintas Universidades españolas. En dicho análisis, se constata que la bioética estaba ya contemplada, como materia troncal y obligatoria, en 8 Universidades (Cantabria, Complutense, La Laguna, Las Palmas, Navarra, San Pablo CEU, Sevilla y Zaragoza), con una media de carga docente de unos 6 créditos (60 horas lectivas). En el resto de Universidades, no se impartía la bioética como tal pero, en todas ellas, se estudiaban, bajo una denominación u otra, temas de deontología, ética y legislación médica.

Uno de los niveles educativos en el que la bioética ha tenido una presencia muy notable, con anterioridad a la entrada en vigor del nuevo EEES y también después, es en el ámbito de los Masters. En España, varias Universidades ofertaban Masters de especialización en bioética con anterioridad al proceso de Bolonia (entre otras, la Universidad Complutense y la Universidad de Barcelona) y, tras dicho proceso, la oferta formativa se ha visto incrementada (Universidad de Castilla la Mancha y Universidad de Murcia, por ejemplo).

Esta tendencia a incorporar los estudios de bioética en el ámbito de los Masters se ha impulsado también en otros países en el marco del nuevo EEES y no sólo en el marco de los estudios de medicina. A título de ejemplo, la Universidad de Radboud en los Países Bajos, en su Master sobre *Ciencias de la vida molecular*, cuenta con una asignatura denominada “Bioética para las ciencias de la vida” de 3 créditos. La Universidad de Linköping en Suecia oferta un módulo de Master, de 6 créditos, sobre “Bioética global”, en especial, para quienes hayan realizado estudios de sociología, historia, filosofía, salud pública y ética aunque también se hace extensivo a los estudiantes de medicina y ciencias naturales. La Universidad checa de *Ciencias de la vida* de Praga, en su Facultad de Agrobiología, alimentos y recursos naturales oferta un módulo formativo sobre “Bioética y derecho” en su “Master sobre mejora de los cultivos”. Y la Universidad Montpellier I, en su Master sobre “Derecho, economía y gestión: mención en gestión de la salud”, cuenta también con un bloque formativo sobre “Bioética y derechos humanos”.

Además de los Masters referidos, en consonancia con el propósito integrador que persigue el nuevo EEES, tres

Universidades europeas (la Universidad Católica de Lovaina en Bélgica, la Universidad de Nimega en Nijmegen, Países Bajos y la de Padua en Padova-Italia) han impulsado un Master de Bioética, enmarcado en el Programa Erasmus Mundus, que tiene 60 créditos y que se imparte durante 1 año en las tres Universidades.

Las referencias formativas que les he comentado son, sin duda, los primeros pasos que se están dando en el marco del EEES en temas de bioética. En todo caso, lo más probable es que el progresivo desarrollo del conocimiento científico y biomédico favorezca la consolidación de estas propuestas formativas y propicie la creación de otras. Y es probable que así sea porque, como saben, los profesionales que trabajan en el campo de las ciencias de la vida y, en especial, en el ámbito de la salud se encuentran cada día ante situaciones complejas que, en muchas ocasiones, son auténticos conflictos bioéticos.

3. CONFLICTOS BIOÉTICOS Y RECURSOS PARA ADOPTAR SOLUCIONES

De los múltiples conflictos bioéticos que se plantean, con el objeto de no extenderme, haré referencia tan sólo a dos y a los recursos de los que disponen los profesionales médicos y sanitarios en dichas situaciones:

En primer lugar, me referiré al diagnóstico genético preimplantacional en el marco de las técnicas de reproducción asistida.

Y, en segundo lugar, comentaré sobre la posibilidad de que los pacientes renuncien o rechacen un tratamiento terapéutico.

El primero de los temas, el relativo al diagnóstico genético preimplantacional, nos sitúa, como saben, ante una práctica a la que se recurre, en el marco de las técnicas de reproducción humana asistida, cuando una pareja sufre una enfermedad de transmisión genética y se recurre a la fecundación *in vitro* para poder seleccionar los embriones sanos. Desde una perspectiva ética los interrogantes son muchos: ¿es ético generar un número de embriones suficiente como para poder seleccionar embriones sanos? ¿Qué destino debe darse a los embriones sobrantes, tanto a los portadores de la patología como a los no portadores que, finalmente, no son implantados? Incluso podemos dar un paso más, ¿es ético utilizar el diagnóstico genético preimplantacional con fines terapéuticos para terceros? Es decir, ¿es ético engendrar un hijo genéticamente compatible con otro con el objeto de que sus células, tejidos, etc. sirvan para curar al hermano enfermo?

En los últimos años, esta temática ha sido objeto de un debate intenso en España. Nuestra primera Ley de reproducción asistida era de 1988 y no ofrecía respuesta explícita a dicha cuestión porque, en 1988, los desafíos científico-médicos, en el marco de la reproducción asistida, eran otros. No obstante, aquella primera Ley lo que sí previó fue la creación de una Comisión Nacional de Reproducción Asistida que, entre sus funciones, tenía las de:

- orientar en la utilización de estas técnicas reproductivas.
- colaborar con la administración en cuanto a la recopilación y actualización de conocimientos científicos y técnicos.
- y elaborar criterios de funcionamiento de los centros o servicios donde se realizan estas técnicas para facilitar su mejor utilización.

La necesidad de adaptar la regulación legal al estadio de los avances científicos en materia de reproducción asistida llevó al legislador español a promulgar dos leyes posteriores. Una, en el año 2004 y, dos años más tarde, en el 2006, tras un cambio de gobierno, se aprobó otra Ley que es la que está en vigor actualmente. En esta última ley, la cuestión relativa a la práctica del diagnóstico genético preimplantacional está prevista y regulada en su artículo 12.

Dicho artículo 12 señala:

“1. Los centros debidamente autorizados podrán practicar técnicas de diagnóstico preimplantacional para:

- a. La detección de enfermedades hereditarias graves, de aparición precoz y no susceptibles de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, con objeto de llevar a cabo la selección embrionaria de los preembriones no afectos para su transferencia.*
- b. La detección de otras alteraciones que puedan comprometer la viabilidad del preembrión.*

La aplicación de las técnicas de diagnóstico preimplantacional en estos casos deberá comunicarse a la autoridad sanitaria correspondiente, que informará de ella a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

2. La aplicación de técnicas de diagnóstico preimplantacional para cualquiera otra finalidad no comprendida en el apartado anterior, o cuando se pretendan practicar en combinación con la determinación de los antígenos de histocompatibilidad de los preembriones in vitro con fines terapéuticos para terceros, requerirá de la autorización expresa, caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, que deberá evaluar las características clínicas, terapéuticas y sociales de cada caso”.

De este modo, por tanto, se ha intentado resolver, en España, una cuestión bioéticamente conflictiva. Y se ha hecho recurriendo al Derecho para establecer un marco claro de actuación para los profesionales que trabajan en el ámbito de la reproducción humana y, al mismo tiempo, derivando la decisión sobre las cuestiones más controvertidas a la Comisión Nacional de Reproducción Asistida que, como les he indicado anteriormente, fue creada ya, en 1988, en la primera Ley que reguló estas prácticas reproductivas.

La Comisión está integrada por 6 representantes de las Comunidades Autónomas, 4 representantes de la Admi-

nistración General del Estado, 6 representantes de sociedades profesionales relacionadas con la fertilidad humana, la bioética médica y la obstetricia y ginecología y 10 representantes designados por entidades y corporaciones, entre personas de reconocido prestigio, con capacidad para aportar conocimientos sobre aspectos científicos, jurídicos, sociales y éticos en materia de reproducción humana asistida. De estos 10: uno es nombrado por el Consejo General del Poder Judicial, otro por el Ministerio Fiscal, otro por el Consejo de Consumidores y usuarios, otro por la asociación de usuarios de las técnicas de reproducción asistida, otro por el Consejo General de la Abogacía, otro por el Consejo General del Colegio de médicos y otros son representantes de colegios profesionales como el de farmacéuticos y biólogos y por los colegios de Doctores como el de sociólogos, politólogos, el de filosofía y letras y el de ciencias.

En relación con el diagnóstico genético preimplantacional con fines terapéuticos para terceros, la Comisión ha aprobado ya varios casos. El primer niño nació el 12 de octubre de 2008. Y se utilizaron las células del cordón umbilical para tratar a su hermano que padecía Beta Talasemia mayor -anemia severa congénita-. Pero ¿qué hubiera sucedido si se hubieran necesitado células o tejidos del hermano recién nacido?

Este supuesto es muy complejo desde una perspectiva bioética, si tenemos en cuenta los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. El recién nacido no es autónomo y no puede prestar su consentimiento libre e informado. En consecuencia, serán los padres los que tendrán que prestar el consentimiento por sustitución o representación pero deberán hacerlo respetando los principios de beneficencia y no maleficencia.

En España, la posibilidad de prestar el consentimiento por representación está regulada en la Ley sobre la autonomía del paciente, del año 2002, en la cual se señala que: “La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal.”

Siempre a favor del paciente. Esta limitación, es decir que sólo se pueda consentir una intervención sobre un tercero cuando sea en su favor, no afecta al uso de las células del cordón umbilical, en el supuesto del diagnóstico preimplantacional con fines terapéuticos para terceros, pero sí afecta a la utilización de las células o los tejidos del hermano que ha sido engendrado para curar al hermano enfermo. La cuestión es ¿se encuentra prohibida la posibilidad de intervenir en el recién nacido para intentar sanar al hermano?

Pues bien, aunque la legislación interna parece no permitirlo, España ha ratificado el *Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina* del Consejo de Europa. Dicho Convenio forma parte de nuestro ordenamiento jurídico y, en su artículo 20, señala:

Con carácter general, que no podrá procederse a ninguna extracción de órganos o de tejidos de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento.

Sin embargo, de modo excepcional, la extracción de tejidos regenerables de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento podrá autorizarse: a) si no se dispone de un donante compatible para prestar el consentimiento; b) si el receptor es hermano o hermana y c) si la donación es para preservar la vida del receptor.

En consecuencia, la práctica sería posible, los profesionales de la salud que intervinieran estarían actuando en el marco de la legalidad y lo que yo les planteo es intentar determinar bajo qué criterios bioéticos se ha adoptado esa decisión que, como les he indicado, está prevista en un instrumento jurídico de carácter internacional.

Otra cuestión bioética que les quería comentar es la que se plantea cuando un paciente decide, consciente y libremente, en ejercicio de su autonomía en materia de salud, renunciar a un tratamiento terapéutico. En España, esta cuestión se ha planteado, en reiteradas ocasiones, en el supuesto de los Testigos de Jehová cuando se niegan a recibir transfusiones de sangre. La práctica habitual que siguen los médicos, en estos supuestos, consiste, inicialmente, en acudir a los documentos orientativos que suelen preparar los Comités de Ética de los hospitales sobre aquellos temas que suelen ser recurrentes en los hospitales. En este sentido, hay que tener en cuenta que todos los hospitales públicos, en España, cuentan con un Comité de Ética que está compuesto por especialistas formados en bioética, juristas, psicólogos, trabajadores sociales, representantes de los usuarios, puede haber también algún religioso que preste sus servicios asistenciales en el hospital y médicos. Aproximadamente, lo conforman unas 15 personas.

En el supuesto de las negativas a las transfusiones de sangre de los Testigos de Jehová, la pauta de actuación habitualmente establecida consiste en solicitar, por parte de los médicos, una autorización judicial para proceder a la transfusión que el paciente se niega a recibir. Dicha autorización judicial, por un lado, sustituye la voluntad del paciente, cuando se considera que no se encuentra en condiciones de decidir, y, por otra, protege a los médicos de posibles denuncias posteriores del paciente.

Esta dinámica ha venido funcionando durante años pero, recientemente, el 25 de enero de 2011, la Audiencia Provincial de Lleida decidió desautorizar una transfusión que se había realizado a un paciente Testigo de Jehová porque él, por motivos religiosos, la había rechazado.

En el caso planteado, los médicos, a la vista del estado que presentaba el paciente, le comunicaron que necesitaba una transfusión sanguínea y, ante su negativa, solicitaron autorización al Juzgado para proceder a practicar la transfusión porque consideraron que era el tratamiento adecuado, dado el riesgo vital que presentaba. El paciente, una vez recuperado, recurrió la decisión judicial y el Tribunal le ha dado la razón por considerar que la intervención médica vulneró la decisión autónoma, libre y consciente que él había adoptado, tras recibir la información oportuna.

En su valoración, además, el Tribunal ha considerado que, en el supuesto planteado, no se daban ninguna de las excepciones al consentimiento de los pacientes previstas en

la Ley de autonomía del paciente. Dichas excepciones hacen referencia a la existencia de riesgo para la salud pública o a aquellos casos en los que hay un riesgo inmediato y grave para la salud física o psíquica del enfermo y no es posible obtener su consentimiento o el de sus familiares. (Artículos 7 y 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

El Tribunal, al razonar su decisión, menciona, como precedente jurisprudencial, una Sentencia del Tribunal Constitucional del año 2002 en la que se reconoció la vulneración del derecho de libertad religiosa de unos padres -Testigos de Jehová- que habían sido condenados, por el Tribunal Supremo, por un delito de homicidio por la muerte de su hijo de 13 años, debido a que no se le practicó una transfusión de sangre.

En este supuesto del año 2002, el Tribunal Constitucional, en mi opinión, reconoció la vulneración del derecho fundamental de libertad religiosa con el objeto de anular las Sentencias del Tribunal Supremo y no condenar penalmente a unos padres que ya habían vivido la desgracia de perder a su hijo. Además, en aquel supuesto, los padres, aunque manifestaron su disconformidad con las transfusiones como método terapéutico, no se opusieron, abiertamente, a la transfusión de su hijo sino que fueron los propios médicos los que decidieron no practicar la transfusión al ver la reacción del menor cuando iban a proceder a trasfundirle la sangre. El menor se encontraba totalmente fuera de sí.

La reciente Sentencia de enero de este año ha optado por reforzar la autonomía del paciente, su consentimiento libre, por encima, incluso, del riesgo que corra su vida. Una situación similar, de rechazo de un tratamiento, podría plantearse también en el supuesto de los enfermos que se encuentran en fase terminal y rechazan posibles tratamientos terapéuticos alternativos y/o experimentales. En dicho casos, ¿Qué decisión se debería adoptar? ¿Hay que respetar la voluntad del enfermo o luchar con todo el conocimiento científico del que se disponga para prolongar su vida?

La complejidad que plantean estas situaciones, especialmente cuando se trata de enfermos en fase terminal, ha propiciado, en España, la reciente aprobación de un Proyecto de Ley sobre cuidados paliativos que está pendiente de tramitación y aprobación parlamentaria y que, creará un marco legal claro de actuación muy útil para los profesionales médicos. En dicho proyecto, el Gobierno ha buscado el máximo consenso social posible, dialogando con diversos agentes sociales y también con la Iglesia Católica. El proyecto pretende tomar distancia tanto de posibles prácticas de encarnizamiento terapéutico, que se alejan en puridad de la buena práctica médica, como de opciones eutanásicas porque, como suelen decir quienes trabajan en cuidados paliativos, "el enfermo que dice que no quiere vivir, lo que está diciendo es que quiere vivir de otra manera"⁶.

Lo último que quiero abordar, es lo relativo a

metodología docente a seguir en la formación en bioética. A mi modo de ver, y dada la enorme complejidad que revisten los conflictos bioéticos, los equipos docentes deberían ser multidisciplinares. Es necesario ofrecer programas en los que haya formación técnica sobre medicina, conocimientos filosóficos, éticos y humanistas y, por supuesto, formación jurídica básica. Pero, además, resultaría muy enriquecedor, sobre todo en los Master sobre bioética, contar con estudiantes procedentes de estudios de Grado distintos. Esta diversidad en el conocimiento apriorístico que pueden aportar los estudiantes permitiría crear estructuras de aprendizaje más acordes con la realidad y establecer dinámicas docentes más enriquecedoras. Las clases magistrales se mantendrían, pero se deberían complementar con la realización de talleres de trabajo, recurriendo a simulaciones o mecánicas de juegos de rol con el objeto de situar a los estudiantes en tesituras complejas sobre las cuales tener que tomar decisiones, bajo roles diversos, y utilizando la denominada "metodología

del caso".

Algunas de las iniciativas que se están ofertando actualmente en la formación en el EEES están en la línea señalada. El mayor o menor éxito de esta nueva apuesta europea de integración educativa lo revelará el tiempo. No es posible desconocer que, desde sus comienzos, la Unión Europea ha tenido dificultades en el proceso de integración pero hay un dato muy importante con el que me gustaría concluir: quienes de verdad están construyendo Europa no son los representantes de los Estados en las Instituciones europeas. Quienes más han hecho y están haciendo por ese proyecto de Europa unida han sido los estudiantes universitarios del Programa Erasmus que, desde hace años, cursan parte de sus estudios en otro país europeo. Ellos son la primera generación que han comenzado a sentirse europeos y digo "sentirse" porque la integración requiere esa emoción, necesita ese sentimiento, ese sentirse parte de un Proyecto común.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jahr F. Bioética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas (Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze). Kosmos. Handweiser für Naturfreunde 1927; 24(1): 2-4.
2. Gracia D. Biología molecular, manipulación de la información genética de los seres vivos. Voz: bioética, Enciclopedia de bioderecho y bioética, Tomo I, Cátedra interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, Universidad de Deusto-Universidad del País Vasco.
3. Potter V.R. Bioethics: the science of survival, "Perspectives in Biology and Medicine". New York, 1970; Potter V.R. Bridge to the Future, Prentice-Hall Pub, Englewood Cliffs, NJ, 1971.
4. http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11088_es.htm
5. ECTS: European Credits Transfer System.
6. Vid. Entrevista a Diego Gracia en: http://www.um.es/campusdigital/entrevistas/Diego_Gracia.htm.

Correspondencia:

Dra. Yolanda García Ruiz.

Derecho Eclesiástico del Estado

Facultad de Derecho, Universidad de Valencia

Avda. Tarongers s/n 46022 Valencia, España

Teléfono 961625324 Fax 963828159

e-mail: yolanda.garcia-ruiz@uv.es