

09:45 PRESENTACIÓN
O conflito de intereses e a Bioética
RELATOR → José Antonio Seoane
Presidente do Consello de Bioética de Galicia

10:00 MESA REDONDA
Intereses en conflito nunha sociedade plural
MODERADORA → Silvia Sánchez Radío → Consello de Bioética de Galicia

▼
Na comunidade educativa

Rogelio Altisent Trota
Universidad de Zaragoza

▼
Na industria farmacéutica

José Ramón Luis-Yagüe
Farmaindustria

▼
Nunha organización sanitaria non gubernamental

Inés del Río Pastoriza
Médicos del Mundo-Galicia

▼
No ámbito xurídico

José Luis Seoane Spiegelberg
Audiencia Provincial da Coruña

O conflito de intereses e a Bioética

12:00
DESCANSO

12:30 PRESENTACIÓN DO
Documento sobre o conflito de i
RELADORES → Rosendo Bugarín González → Mónica Suárez Berea → Consello de Bioética de Galicia

14:00
DESCANSO

13:00
Comunicacións

MODERADORAS → Irene Esperón Rodríguez → Isabel Vila Iglesias → Carmen Ramil Fraga → Consello de Bioética de Galicia

16:30 MESA REDONDA
Conflito ou harmonización na asistencia sanitaria?
MODERADORA → Ana Isabel Guillén Vilanova → Consello de Bioética de Galicia

▼
Na atención dunha enfermidade prevalente en Galicia

Susana Romero Yuste
EOXI de Pontevedra e O Salnés

▼
Nunha cirurxía con alta implicación social

Nieves Molíns Gauna
EOXI da Coruña

▼
Na resposta á dimensión social da saúde

María Jesús Lago Vilaboa
EOXI de Vigo

▼
Nos cuidados de enfermaría

María Antonia Muñoz
Povisa

▼
Solucións para convivir co conflito de intereses

Andreu Segura
Universitat Pompeu Fabra

19:00
DESCANSO

19:30 CONFERENCIA DE CLAUSURA
Conflito de intereses, conflito de valores

RELATOR → Diego Gracia Guillén → Fundación de Ciencias de la Salud

XORNADA

O conflito de intereses e a Bioética

EDICIÓN BILINGÜE

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade-Secretaría Xeral Técnica- Consello de Bioética de Galicia
Santiago de Compostela
2016

CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

O presente documento foi aprobado polo Consello de Bioética de Galicia, na sesión que tivo lugar o 16 de novembro de 2016, e formaban parte del os seguintes membros:

Presidente:

José Antonio Seoane Rodríguez

Vicepresidenta:

Ana Concheiro Guisán

Secretaria:

Teresa Conde Cid

Vogais:

Rosendo Bugarín González

Natalia Cal Purriños

Olivia Díez Lindín

Irene Esperón Rodríguez

Mariana García García

Ana Guillén Vilanova

Xurxo Hervada Vidal

Victoria Lojo Vicente

Manuel Macía Cortiñas

María Ponte García

Carmen Ramil Fraga

Antonio Rodríguez Núñez

Alberto Ruano Raviña

Silvia Sánchez Radío

Carmen Solloso Blanco

Mónica Suárez Berea

Alfredo Valdés Paredes

Isabel Vila Iglesias

G

9:15 → 9:45	INAUGURACIÓN Jesús Vázquez Almuiña
INAUGURACIÓN	→ 5 → 8
9:45 → 10:00	O CONFLITO DE INTERESES E A BIOÉTICA José Antonio Seoane
PRESENTACIÓN	→ 11 → 13
10:00 → 12:00	Intereses en conflito nunha sociedade plural
MESA REDONDA	→ 15 → 16
→ 17 → 25	Na comunidade educativa Rogelio Altisent Trota
→ 27 → 35	Na industria farmacéutica José Ramón Luis-Yagüe
→ 37 → 56	Nunha organización sanitaria non gubernamental Inés del Río Pastoriza
→ 57 → 84	No ámbito xurídico José Luís Seoane Spiegelbrg
12:30 → 13:00	O conflito de intereses no ámbito da saúde Rosendo Bugarín González Mónica Suárez Berea
PRESENTACIÓN DO DOCUMENTO	→ 87 → 89
13:00 → 14:00	COMUNICACIÓNS
PRESENTACIÓN	→ 91 → 107
16:30 → 19:00	Conflito ou harmonización na asistencia sanitaria?
MESA REDONDA	→ 109 → 110
→ 111 → 115	Na atención dunha enfermidade prevalente en Galicia Susana Romero Yuste
→ 117 → 127	Nunha cirurxía con alta implicación social Nieves Molins Gauna
→ 129 → 135	Na resposta á dimensión social da saúde M.ª Jesús Lago Vilaboa
→ 137 → 145	Nos cuidados de enfermaría Mª Antonia Muñoz Mella
→ 147 → 151	Solucións para convivir co conflito de intereses Andreu Segura Benedicto
19:30 → 20:30	Conflito de intereses, conflito de valores Diego Gracia Guillén
CONFERENCIA DE CLAUSURA	→ 153 → 172

C

INAUGURACIÓN Jesús Vázquez Almuiña	
→ 175 → 176	
EL CONFLICTO DE INTERESES Y LA BIOÉTICA José Antonio Seoane	
→ 176 → 178	
Intereses en conflicto en una sociedad plural	
→ 178 → 179	
→ 179 → 185	En la comunidad educativa Rogelio Altisent Trota
→ 185 → 190	En la industria farmacéutica José Ramón Luis-Yagüe
→ 190 → 202	En una organización sanitaria no gubernamental Inés del Río Pastoriza
→ 203 → 220	En el ámbito jurídico José Luís Seoane Spiegelbrg
El conflicto de intereses en el ámbito de la salud Rosendo Bugarín González Mónica Suárez Berea	
→ 221 → 222	
COMUNICACIONES	
→ 223 → 231	
¿Conflicto o armonización en la asistencia sanitaria?	
→ 232 → 232	
→ 232 → 235	En la atención de una enfermedad prevalente en Galicia Susana Romero Yuste
→ 236 → 242	En una cirugía con alta implicación social Nieves Molins Gauna
→ 243 → 247	En la respuesta está la dimensión social a la salud M.ª Jesús Lago Vilaboa
→ 247 → 252	En los cuidados de enfermería Mª Antonia Muñoz Mella
→ 252 → 255	Soluciones para convivir con el conflicto de intereses Andreu Segura Benedicto
Conflicto de intereses, conflicto de valores Diego Gracia Guillén	
→ 256 → 268	

MODO DE NAVEGACIÓN

Un click nos capítulos do índice enlaza coa páxina correspondente

Un click nos capítulos das portadillas enlaza coa páxina correspondente

Bio**é**tica

Un click nos pes de páxina enlaza co **índice**

G
C
Click de enlace

9:45 → 10:00

PRESENTACIÓN

O CONFLITO DE INTERESES E A BIOÉTICA

José Antonio Seoane

10:00 → 12:00

MESA REDONDA

INTERESES EN CONFLITO NUNHA SOCIEDADE PLURAL

Na comunidade educativa

Rogelio Altisent Trota

Na industria farmacéutica

José Ramón Luis-Yagüe

Nunha organización sanitaria non gobernamental

Inés del Río Pastoriza

No ámbito xurídico

José Luís Seoane Spiegelbrg

12:30 → 13:00

PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

O CONFLITO DE INTERESES NO ÁMBITO DA SAÚDE

Rosendo Bugarín González

Mónica Suárez Berea

13:00 → 14:00

COMUNICACIÓNS

COMUNICACIÓNS

16:30 → 19:00

MESA REDONDA

CONFLITO OU HARMONIZACIÓN NA ASISTENCIA SANITARIA?

Na atención dunha enfermidade prevalente en Galicia

Susana Romero Yuste

Nunha cirurxía con alta implicación social

Nieves Molins Gauna

Na resposta á dimensión social da saúde

M.^a Jesús Lago Vilaboa

Nos cuidados de enfermaría

M.^a Antonia Muñoz Mella

Solucións para convivir co conflito de intereses

Andreu Segura Benedicto

19:30 → 20:30

CONFERENCIA
DE CLAUSURA

CONFLITO DE INTERESES, CONFLITO DE VALORES

Diego Gracia Guillén

09:15 → 09:45

INAUGURACIÓN

Inauguración

RELATOR → [Jesús Vázquez Almuiña](#)
Conseleiro de Sanidade

Bos días a todos, buenos días a todos.

Grazas por acompañarnos nesta xornada de reflexión conxunta sobre unha cuestión tan relevante como a que constitúe o conflito de intereses e a bioética. Agradecemento, en especial, aos organizadores que fixeron posible a súa realización e, naturalmente, aos relatores que compartirán connosco os seus coñecementos e experiencias.

Reflexionar é pensar atenta e detidamente sobre algo, e creo que o tema o merece. Nos últimos anos, vivimos cambios sen precedentes no exercicio e a práctica da asistencia sanitaria. Estas transformacións desencadearon un intenso proceso de revisión da autonomía e regulación das profesións sanitarias e as súas relacións coa cidadanía e a Administración, e tamén sobre os principios éticos que deben rexer as nosas actuacións.

Non podemos obviar que, en realidade, o conflito é parte natural das relacións humanas, posto que xorde das diferenzas e incompatibilidade de intereses, percepcións ou obxectivos, entre dúas ou máis persoas. No noso campo, Thompson, hai xa máis de 20 anos, establecía que se podía orixinar un conflito de intereses naquelas circunstancias nas que o xuízo dun profesional en relación co seu interese primario (tal como pode ser o benestar do paciente para o clínico, a validez da investigación para o investigador, ou o interese educativo ou asistencial), se ve influenciado indebidamente ou en exceso por un interese secundario, como pode ser un proveito económico (beneficio financeiro) ou un afán de notoriedade, prestixio persoal ou o recoñecemento e promoción profesional. Dito doutra forma, falamos de potenciais conflitos entre o deber profesional e outro tipo de intereses, que á súa vez poden ou non ser lexítimos.

Bioética

Convén precisar que a presenza dun conflito de intereses non supón por si mesma que se producirá un resultado incorrecto desde o punto de vista ético, pero é evidente que incrementa a súa posibilidade. Dependerá precisamente de como leve, de como se realice, esta particular situación. Por outra banda, todos temos intereses, aínda que sexa en diferente grao ou obxecto, e case non hai actividade humana que, no fondo, non pretenda obter algún tipo de beneficio, sexa este lícito ou non.

É desde logo un tema apaixonante. Trátase de reflexionar sobre os valores que deben guiar as decisións da organización e das persoas que a conforman. Se a bioética clínica subliña o valor da autonomía e revisa o significado da beneficencia médica, a ética das organizacións debe apuntar á xustiza, á equidade, á eficiencia, e a calidade. Singularmente, facémolo mediante a xestión eficaz e equitativa dos recursos que a cidadanía pon á nosa disposición, pero non esquecemos reflexionar sobre outros valores no coidado da saúde. En definitiva, vemos a bioética como un instrumento de calidade para a atención sanitaria no sistema público de saúde de Galicia.

Nesta liña, queremos dar un paso adiante; o recoñecemento da necesidade de mellorar a formación en bioética das persoas que conformamos a organización sanitaria de Galicia a todos

Bioética

os niveis: equipos directivos, profesionais e cidadáns: pacientes e usuarios. Esta xornada é un exemplo diso. A finalidade última é mellorar a calidade do noso sistema e difundir unha cultura bioética na organización sanitaria. É importante para os nosos profesionais, e tamén para os cidadáns galegos, fomentar a deliberación pública sobre as propias necesidades de saúde, a responsabilidade no coidado da saúde, o uso equitativo dos recursos sanitarios e os posibles conflitos de intereses que poden xurdir no noso día a día.

Temos que ser capaces de contribuír a facer posible un cambio de cultura no noso sistema publico de saúde. Cremos que os fins e os valores dunha organización marcan e orientan as súas actuacións e que deben ter reflexo na súa planificación estratéxica. Así, e tamén nesta liña, hai uns meses modificamos a regulación das funcións, composición e funcionamento do Consello Galego de Bioética, cuxo presidente, José Antonio Seoane, procederá a continuación a presentar a xornada. Constituíuse como un órgano colexiado de carácter permanente, consultivo, independente e interdisciplinar, que ten como finalidade asesorar nos aspectos éticos da práctica sanitaria o Sistema de Saúde de Galicia, as entidades, organizacións e institucións de carácter sanitario, tanto públicas como privadas, e ser foro de referencia do debate bioético na sociedade galega.

ética

Tamén ampliamos o abano das titulacións dos membros do Consello de Bioética de Galicia, incluídas ciencias da saúde, humanidades e ciencias xurídicas e sociais. Con iso, queremos darlle un novo impulso á bioética para profundar no debate social sobre esta materia, que entendemos fundamental para o noso presente e o noso futuro.

Nada máis. Queda inaugurada esta xornada, que de seguro resultará interesantísima.

Moitas grazas.

Jesús Vázquez Almuiña
Conselleiro de Sanidade
Consellería de Sanidade, 3 de novembro de 2016

9:15 → 9:45

INAUGURACIÓN

INAUGURACIÓN

Jesús Vázquez Almuiña

10:00 → 12:00

MESA REDONDA

INTERESES EN CONFLICTO NUNHA SOCIEDADE PLURAL

Na comunidade educativa

Rogelio Altisent Trota

Na industria farmacéutica

José Ramón Luis-Yagüe

Nunha organización sanitaria non governamental

Inés del Río Pastoriza

No ámbito xurídico

José Luís Seoane Spiegelbrg

12:30 → 13:00

PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

O CONFLICTO DE INTERESES NO ÁMBITO DA SAÚDE

Rosendo Bugarín González

Mónica Suárez Berea

13:00 → 14:00

COMUNICACIÓNS

COMUNICACIÓNS

16:30 → 19:00

MESA REDONDA

CONFLITO OU HARMONIZACIÓN NA ASISTENCIA SANITARIA?

Na atención dunha enfermidade prevalente en Galicia

Susana Romero Yuste

Nunha cirurxía con alta implicación social

Nieves Molins Gauna

Na resposta á dimensión social da saúde

M.^a Jesús Lago Vilaboa

Nos cuidados de enfermaría

M.^a Antonia Muñoz Mella

Solucións para convivir co conflito de intereses

Andreu Segura Benedicto

19:30 → 20:30

CONFERENCIA
DE CLAUSURA

CONFLITO DE INTERESES, CONFLITO DE VALORES

Diego Gracia Guillén

...e a Bioética

O conflito de intereses e a Bioética

09:45 → 10:00

PRESENTACIÓN

RELATOR → José Antonio Seoane
Presidente do Consello de Bioética de Galicia

Sexamos ou non conscientes, a Bioética atinxe a todos. Esta é a razón máis salientable de que a educación ética sexa esencial para orientar as persoas e os órganos deliberativos. Como individuos, non temos outra alternativa que navegar nun sistema de saúde máis e máis complexo. Como votantes, membros da comunidade e cidadáns que pagan os seus impostos, temos de decidir que valores comunitarios deberían guiar as políticas públicas en cuestións tan fundamentais como o nacemento, a morte, a saúde e o benestar. Como científicos, clínicos ou xuristas, e para cumprir os nosos deberes profesionais debemos resolver problemas, comprender as obrigas das nosas profesións e prestar atención ao amplo impacto social do noso traballo. En cada un destes roles a capacidade de recoñecer, artellar e resolver os desafíos éticos é absolutamente esencial.

Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, Bioethics for every generation. *Deliberation and education in health science, and technology*, May 2016, páxinas 52-53.

O Consello de Bioética de Galicia está a cumprir o seu primeiro ano, tras meses intensos, difíciles e produtivos nos que aprendeu o comportamento singular das institucións, máis lento e complexo que o dos individuos e dos grupos informais, pero cunha vocación de firmeza e estabilidade maiores. Soubo tamén da distancia entre o ideal e o real, a teoría e a praxe, a proposta razoable e a súa custosa realización. Foi tempo, á fin, de axustes persoais e institucionais, de traballo e de manifestación do compromiso.

Así é calquera camiño cara á madurez, que non chega por acelerarmos, senón por percorrermos cada paso ao seu tempo. E hoxe, tras a sementeira, agroman os primeiros froitos, algúns dos cales presentamos e compartimos hoxe.

Segundo indica a súa Orde reguladora do 16 de outubro de 2015, o Consello de Bioética de Galicia é un órgano colexiado de carácter permanente, consultivo, interdisciplinario e independente que ten como finalidade asesorar nos aspectos éticos da práctica sanitaria do sistema de saúde de Galicia as entidades, organizacións e institucións de carácter sanitario públicas e privadas, profundar no debate social sobre a Bioética e servir de referente nesta materia para os profesionais e institucións do ámbito da saúde e para a cidadanía. Deste xeito completa as características da súa predecesora, a Comisión Galega de Bioética, e amplía as súas funcións, a súa composición e o seu funcionamento. O Consello expresa así a evolución da Bioética: dun-

Bioética

ha banda, a súa condición de criterio de calidade e boa práctica profesional; e doutra, a súa relevancia no debate social sobre a dimensión ética e sociosanitaria do coidado da saúde.

Xa que logo, a misión do Consello de Bioética de Galicia é espallar a Bioética na sociedade e no Sistema Galego de Saúde. Ou en palabras semellantes ás da Comisión presidencial norteamericana, democratizar a Bioética como ferramenta indispensable no exercicio da cidadanía.

A Bioética non pertence ao reino da necesidade, senón ao da posibilidade e da elección, a un mundo que debe ser configurado mediante a deliberación pública sobre o tipo de sociedade e de sistema de saúde que queremos ter. Por esta razón a educación bioética convértese nunha cuestión de xustiza.

Porén, non é o mesmo divulgar que vulgarizar. A Bioética esixe dar razóns, e por iso rexeita tanto a tiranía como o populismo. Todas as opinións e achegas son importantes e benvidas, pero non todas valen o mesmo.

A Bioética esixe respectar a todos, pero tamén xustificar cada afirmación mediante un proceso de deliberación, que serve para desenmascarar falacias, avaliar a forza de cada razoamento e seleccionar os argumentos óptimos para acadar unha decisión eticamente prudente.

Por que teimar na Bioética? O obxectivo da educación é aprender a mirar/escouitar. As nosas sociedades son en xeral cegas/xordas ante a Bioética: a dimensión ética da vida e da saúde está diante de nós, pero pasa inadvertida. A información e a formación amplían o enfoque e nos aprenden mirar a realidade con ollos bioéticos, a sentir outras voces e consideralas importantes na construción desa dimensión ética sen a cal a imaxe e o son da realidade quedan incompletos.

Bioética

Isto mesmo afirma o documento que presentamos hoxe. O conflito de intereses, isto é, o conxunto de circunstancias que orixina un risco de que o xuízo ou a actuación dun profesional respecto dun interese primario poida verse influído de forma indebida por un interese secundario, existe pero adoita pasar desapercibido, en boa medida porque a xente non observa nin examina realidade, senón que só se fixa no que xa coñece; aquilo que non recoñece permanece oculto ou invisible.

Facer visible e poñer de relevo a importancia ética do conflito de intereses no ámbito da saúde é o propósito do documento e da xornada, combinando disciplinas clínicas con saberes alén do mundo sanitario, e experiencias galegas con outras de fóra de Galicia.

Remato co agradecemento debido do Consello de Bioética de Galicia aos relatores e aos comunicantes da xornada, que reflicten a apertura e diversidade da Bioética. Á Consellería e ao conselleiro de Sanidade da Xunta de Galicia e, dun xeito especial, á Secretaría Xeral Técnica e á súa titular, dona Josefina Montea-gudo, polo seu apoio.

O Consello de Bioética de Galicia está ao servizo da cidadanía, das institucións e dos profesionais sanitarios galegos, que deben aproveitalo e colaborar con el. Non se esqueza que a Bioética é un ben público que enriquece a quen o dá e a quen o recibe, e que sempre está aí, ao dispor de todos para mellorar a calidade do coidado da saúde e acompañarnos na procura da excelencia.

José Antonio Seoane

Presidente do Consello de Bioética de Galicia

Santiago de Compostela, 3 de novembro de 2016



... unha sociedade plural

9:15 → 9:45
INAUGURACIÓN

INAUGURACIÓN
Jesús Vázquez Almuiña

9:45 → 10:00
PRESENTACIÓN

O CONFLICTO DE INTERESES E A BIOÉTICA
José Antonio Seoane

Na comunidade educativa
Rogelio Altisent Trota

Na industria farmacéutica
José Ramón Luis-Yagüe

Nunha organización sanitaria non governamental
Inés del Río Pastoriza

No ámbito xurídico
José Luís Seoane Spiegelbrg

12:30 → 13:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

O CONFLICTO DE INTERESES NO ÁMBITO DA SAÚDE
Rosendo Bugarín González
Mónica Suárez Berea

13:00 → 14:00
COMUNICACIÓNS

COMUNICACIÓNS

16:30 → 19:00
MESA REDONDA

CONFLICTO OU HARMONIZACIÓN NA ASISTENCIA SANITARIA?

Na atención dunha enfermidade prevalente en Galicia
Susana Romero Yuste

Nunha cirurxía con alta implicación social
Nieves Molins Gauna

Na resposta á dimensión social da saúde
M.^a Jesús Lago Vilaboa

Nos cuidados de enfermaría
M.^a Antonia Muñoz Mella

Solucións para convivir co conflito de intereses
Andreu Segura Benedicto

19:30 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

CONFLICTO DE INTERESES, CONFLICTO DE VALORES
Diego Gracia Guillén

Intereses en conflito nunha sociedade plural

10:00 → 12:00

MESA REDONDA

MODERADORA → Silvia Sánchez Radío
Consello de Bioética de Galicia

Bos días. Son Silvia Sánchez Radío, membro do Consello de Bioética de Galicia, e hoxe correspóndeme a moderación desta mesa que tratará sobre “Intereses en conflito nunha sociedade plural”, primeira mesa dunha xornada que pretende ser un punto de encontro para aquelas persoas interesadas nos aspectos éticos da práctica sanitaria do Sistema de Saúde de Galicia e que está focalizada no conflito de intereses, tema, sen dúbida, controvertido e de gran relevancia. Confío en que a través dela sexamos quen de aclarar conceptos, así como de sensibilizar os profesionais da saúde e a cidadanía sobre a súa existencia e importancia, para con iso lograr xestionalo desde a corrección ética.

Haberá, pois, que profundar no debate social implícito no tema en cuestión, co fin de promover a consideración ética como criterio de calidade que ha de ir indisolublemente unido a toda práctica asistencial. O reto dos relatores será darnos a coñecer a existencia destes conflitos, co fin de promover a reflexión sobre en que situacións poden xurdir conflitos de intereses, e será clave a rigorosidade para non entrar en demagogia, nin falsear o debate.

Bioética

Con este ambicioso obxectivo elaborouse un programa que se inicia con esta mesa redonda, na que contamos con representantes de distintos ámbitos, que xenerosamente restaron tempo das súas axendas para poder hoxe acompañarnos neste evento.

Permitinme para con todos os relatores a licenza de facer un exercicio de “recorte” dos seus amplos currículos co fin de non lles restar tempo á exposición e ao posterior debate, debate que sen dúbida suscitarán as charlas, pois a previsión é que vostedes participen, que haxa un feed-back posterior aos relatorios.

*Sen máis dilación paso a presentar a **Rogelio Altisent Trota**, é licenciado e doutor en Medicina. Especialista en Medicina de Familia e Comunitaria.*

- Diplomado en Sanidade*
- Foi profesor asociado da Facultade de Medicina de Zaragoza, ata 2003. Responsable da docencia de Bioética. Graduado en Bioética pola Universidade de Melbourne. Exerceu ata o 2007 como presidente do Comité Asesor de Bioética de AP do Servizo Aragonés*
- Presidente da Comisión Central de Deontoloxía da OMC desde 2006 ata 2009. Membro da delegación española na AMM ata 2008*
- É director de proxectos académicos da Cátedra de Profesionalismo e Ética Clínica da Universidade de Zaragoza*
- Na actualidade é presidente do Comité de Bioética de Aragón*

A razón da súa presenza será achegarnos ao tema do conflito de intereses focalizado na comunidade educativa

Bioética

1.1 Na comunidade educativa

RELATOR → Rogelio Altisent Trota
Universidade de Zaragoza

Nos últimos anos o mundo do medicamento familiarizouse coa valoración dos “conflictos de interese” (CDI)⁽¹⁾. Nas revistas científicas xeneralizouse o requisito de que os autores declaren os seus CDI en relación cos artigos que propoñen publicar. A miúdo ábrense discusións sobre os CDI na toma de decisións sobre prescrición. Tamén se xeraron controversias relacionadas cos CDI de quen ocupa postos de responsabilidade en institucións científicas, asistenciais ou de representación profesional. Quizais as cuestións relacionadas coa comunidade docente foron as menos analizadas na bibliografía.

Estes debates son coherentes coa preocupación das sociedades democráticas pola xustiza e a ética social que esixe xogo limpo na toma de decisións que afectan a terceiros. Con todo, na miña opinión, convén advertir que tamén se observa unha tendencia ao abuso do termo, probablemente por unha confusión conceptual, que pode levar á condena *a priori* e indiscriminada ante a presenza dun “conflicto de interese”, que é unha circunstancia frecuente e, ás veces, inevitable na vida das persoas, da que non se pode deducir directamente unha conduta reprochable. É, por iso, necesario

ética

reflexionar e precisar o significado dos CDI para lograr unha mellor comprensión desta noción e do seu adecuado tratamento.

O concepto

A noción de “conflicto de interese” é unha figura moral que aparece na conduta de quen ten un deber ou obriga (interese primario) que choca cun interese de carácter persoal (interese secundario), que pode distorsionar o xuízo profesional dun modo imprudente ou inaceptable, e fai temer que a xustiza sexa lesionada ^(2,3,4).

Con todo, tal como avanzamos, o feito de que se presenten circunstancias catalogables como un “conflicto de interese” non significa que automaticamente se produza un comportamento condenable ou unha decisión inxusta por parte da persoa implicada. O desafío ético está no modo de afrontar ou resolver o conflito.

Diagnóstico diferencial do concepto

Ao tratar sobre os CDI convén precisar moi ben de que estamos a falar, pois con facilidade pódese confundir o significado duns termos que non sempre se usan con propiedade, xa sexa no ámbito coloquial, no profesional ou no académico. Non nos estamos referindo, por exemplo, ao “conflicto de intereses” entre varias persoas ou institucións, entendido como un enfrontamento entre os intereses de diferentes suxeitos físicos ou morais na consecución dun obxectivo. Dous candidatos a un posto universitario poden ter un “conflicto de intereses” ao competir pola praza que ofrece unha institución. Dun modo diferente pode ocorrer que un membro do tribunal que debe outorgar a praza teña un “conflicto de interese”, debido a que mantén un vínculo familiar con algún dos candidatos, xa que existiría o risco de que esta circunstancia poida influír introducindo un rumbo de parcialidade na toma de decisión.

Bioética

Pola mesma razón un funcionario da facenda pública non pode inspeccionar o comportamento tributario dunha persoa coa que ten unha manifesta relación de amizade ou de inimidade. En ambos os casos cabería o risco ou a sospeita dunha actuación inxustamente parcial por parte de quen toma decisións, debido á potencial influencia dun interese persoal sobre a súa obrigaón de proceder con xustiza. Este é o sentido no que dicimos que se expón un “conflicto de interese”.

Tamén nos convén diferenciar o “conflicto de interese” da figura ben coñecida do suborno, que vai máis aló do risco, porque xa supón a comisión dun delito, o que ocorre, por exemplo, cando o responsable de tomar unha decisión recibe un agasallo a cambio de favorecer un dos candidatos. Existe un caso análogo na profesión médica coa prescrición que levou a que o Código de Deontoloxía Médica condene “solicitar ou aceptar contraprestacións a cambio de prescribir un medicamento ou utilizar un produto sanitario”⁽⁵⁾.

De natureza diferente é, na miña opinión, o denominado conflito de obrigas ou lealdades que, por exemplo, ten un médico ante un paciente que lle solicita unha baixa laboral por un motivo formalmente inapropiado, aínda que sexa humanamente comprensible no contexto da relación clínica; mentres que, á vez, ten un deber ante a sociedade que lle confía a xestión desta prestación social que dá protección a aqueles que non poden traballar por causa dunha enfermidade.

Por tanto, convén diferenciar con claridade os seguintes conceptos: a) o “conflicto de interese” como figura que se estuda para previr a integridade moral na toma de decisións; b) o “conflicto de intereses” como descrición dunha pugna entre os intereses de diferentes suxeitos, que, en si mesmo, non ten necesariamente unha valoración moral; c) o suborno, que supón directamente un comportamento contrario á xustiza, e lesiona tanto a ética como a lei; d) o conflito entre dúas lealdades ou obrigas que unha persoa comparte, o cal se adoita presentar na práctica como un dilema moral ante unha toma de decisión.



Outra situación que xera confusión conceptual cos CDI prodúcese cando un comportamento profesional se pode distorsionar por unha excesiva implicación emocional coas persoas cuxo problema se aborda. Un bo exemplo diso é a falta de distancia terapéutica que se produce cando un médico atende a unha persoa próxima por lazos familiares ou de amizade, o cal convén evitar polo risco de erro que se asocia á falta de obxectividade na valoración profesional. Aínda que a anatomía desta situación se asemella a un CDI (advértase que non estamos a falar dun posible trato de favor cara a un familiar, o cal si sería un xenuíno conflito de interese), non o consideramos como tal porque o posible erro na decisión se produce por unha distorsión cognitiva condicionada polo compoñente afectivo. Unha argumentación parecida levou a que algúns códigos deontolóxicos prohiban explicitamente que os profesionais do medicamento –particularmente no campo da psiquiatría– teña relación sentimental cos seus pacientes.

Outro escenario que merece ser considerado é o afán de seguridade xurídica e o temor a unha denuncia legal pode xerar actuacións profesionais que non teñen como obxectivo o interese do paciente senón a protección do profesional. Este é o denominado medicamento defensivo que algúns autores definiron como auténtico conflito de interese, aínda que, en realidade, cando por esta motivación xa se produciu un exceso de probas diagnósticas ou un custo evitable, buscando só a protección legal, atopámonos xa ante unha conduta profesional que se considera contraria á deontoloxía médica ⁽⁶⁾, e non só ante un mero CDI.

Outro ámbito diferente e peculiar que pode constituír un CDI en calquera profesión relaciónase coas necesidades menos materiais da persoa, como son o descanso, o recoñecemento entre os seus iguais ou o prestixio social, o cal ten as súas particularidades no mundo do medicamento. Trátase de intereses lexítimos pero que poden influír indebidamente na conduta profesional e que, aínda que non encaixan no modelo tradicional de CDI, desde un punto de vista académico reúnen os requisitos teóricos, e na práctica tamén convén consideralos para prever comportamentos indebidos condicionados por intereses secundarios.



Modos de afrontar os conflitos de interese

Non hai nada intrinsecamente inmoral no conxunto de elementos e circunstancias que compoñen o CDI. Que un profesor asista a unha cea promocional dunha empresa, que colabore cientificamente cunha compañía farmacéutica ou que se preocupe da súa seguridade legal, non é en si mesmo contrario á ética profesional. O problema moral xorde cando a influencia que un interese secundario exerce sobre unha decisión profesional (interese primario) se trivializa ou se acepta como algo natural. Por iso é polo que o primeiro requisito para xestionar prudentemente os CDI sexa recoñecer a súa existencia, noutras palabras, aceptar a súa potencial influencia en comportamentos inadecuados.

Pódese dicir que un CDI é unha tentación que debe diferenciarse da súa aceptación e tradución nunha conduta reprobable. Con todo, hai tentacións que cando se ignoran ou se admiten conscientemente supoñen asumir un exceso de risco que xa se debe considerar como algo moralmente inaceptable.

A xestión ética dos CDI nas institucións docentes débese realizar mediante normativas explícitas e supervisión corporativa polos seus órganos de goberno ou comisións *ad hoc*. Con todo, ante a dúbida, sempre é recomendable a reflexión individual e a petición de asesoramento ante a variedade de situacións susceptibles de CDI onde o docente con sensibilidade ética procurará consultar poñendo de manifesto os matices e circunstancias implicadas que el coñecerá mellor que ninguén.

Consideráanse as seguintes estratexias par afrontar os CDI: declaración pública, revisión con autorización, inhibición e recusación.

A transparencia mediante declaración pública é considerada como a regra de ouro dos CDI. É moralmente moi saudable poñer de manifesto os intereses secundarios que poderían afectar a rectitude do xuízo profesional porque dalgún modo supón unha toma de conciencia do potencial rumbo que de maneira

Bio

intencionada se desexa previr ofrecendo a súa exposición de maneira limpa e aberta. É recomendable facerse unha pregunta *prima facie* que sería decisiva neste punto: sentiríame cómodo se os meus pacientes, os meus alumnos, os meus colegas ou outras persoas relacionadas coa miña actividade profesional coñecesen o meu interese secundario nesta materia? Cando a resposta é non, a conveniencia de transparencia é evidente. É dicir, se un médico tivese reparos en lles dar a coñecer aos seus pacientes que recibe unha determinada atención comercial ou un incentivo da xerencia, habería que poñelos en dúbida. Esta norma é un requisito habitual para os autores en revistas científicas e algunhas sociedades científicas esíxenllelo aos seus cargos científicos ou de representación. De maneira análoga débense aplicar no ámbito da docencia.

A revisión dos CDI para a súa posterior autorización por un comité é un sistema de control que algunhas institucións levan a cabo cos seus membros, despois de realizar a declaración de CDI. Por exemplo, hai universidades que revisan as condicións dos contratos dos seus investigadores cos patrocinadores de proxectos para garantir que non teñen restricións na publicación de resultados negativos. Unha sociedade científica que vai promover unha guía terapéutica debería avaliar a idoneidade dos autores que a van elaborar en función da súa declaración de potenciais CDI en relación coas compañías farmacéuticas relacionadas coa temática da guía.

Ademais da transparencia e a revisión logo da autorización, tamén se pode chegar á recusación *a priori* ante determinadas situacións que xeran CDI de alto risco; por exemplo, compensacións económicas moi elevadas para a captación de pacientes dun ensaio clínico. Un caso característico deste tipo de restricións previas é o establecemento de incompatibilidades para ocupar determinados postos directivos, co fin de lle evitar un dano á imaxe pública dunha institución ou para previr CDI que poidan prexudicar aos seus membros. Un caso particular de incompatibilidade dáse en altos cargos da Administración pública ao establecer un período de cadencia antes de poder traballar para unha compañía

privada que teña intereses cruzados co cargo ocupado. Un caso característico de inhibición para evitar CDI é a retirada de forma voluntaria dunha comisión ou tribunal cando se vai avaliar un caso que implica a unha persoa coa que se ten algún vínculo especial e que faría perigar a xustiza da resolución.

Unha institución académica ou con responsabilidades na docencia podería establecer normas nos seus estatutos ou mediante un código de boas prácticas co obxecto de previr CDI que se consideran impropios nos seus membros ou prexudiciais para a corporación.

No ámbito do medicamento, debemos citar de novo o Código de Deontoloxía ⁽⁷⁾ ao pronunciarse en plena coincidencia coa lóxica preventiva dos CDI: “Cando, para desenvolver actividades científicas e de formación, se reciba financiamento externo de entidades con ánimo de lucro, deberá explicitarse con claridade e transparencia a natureza e alcance do patrocinio. Os médicos organizadores da actividade garantirán a independencia dos contidos e a liberdade dos relatores”. En relación coa investigación reitérase o que é unha doutrina universal: “É obriga do médico que participa en investigacións ou en estudos farmacolóxicos patrocinados pola industria farmacéutica informar, tanto aos medios científicos como de comunicación en xeral, das súas vinculacións coa industria”, e “cando un médico participa nunha investigación científica patrocinada por unha empresa farmacéutica deberá condicionar a súa participación para dispoñer de plena liberdade para a súa publicación, independentemente de que os resultados sexan favorables ou non desde a perspectiva da empresa patrocinadora”. Non menos interesante resulta esixir actualmente que “o médico que, en calidade de experto fai recomendacións dun produto específico, tanto en medios científicos como en medios de comunicación xeral, deberá comunicar a súa vinculación coa industria sanitaria cando a houber”.

Gigerenzer e Gray propuxeron tres medidas moi concretas ⁽⁸⁾ para previr CDI en medicamento: a) promover salarios dignos, evitando o pago por acto médico; b) evitar aqueles incentivos que poidan incrementar as taxas de intervención,

ética

a non ser que exista clara evidencia do seu beneficio, como ocorre coa vacinación, ao contrario da cirurxía electiva de xeonllo cuxa incentivación produce máis dano que beneficio; c) evitar o financiamento da formación continuada pola industria farmacéutica.

A posición de debilidade dos pacientes ante a ciencia médica fai moi conveniente promover unha cultura preventiva dos CDI mediante a incorporación destes contidos na formación dos futuros médicos. Está en xogo a confianza social na profesión médica e as súas organizacións^(9,10).

Outros escenarios na comunidade docente

No ensino a alumnos de grao, aos profesores pódenselles aplicar os criterios xa mencionados anteriormente. Sería conveniente que as institucións académicas avansasen na cultura da transparencia establecendo un sistema de declaración pública de intereses onde os docentes plasmen os seus conflitos de interese en relación con proxectos de investigación que puidesen interferir nos contidos da docencia. Isto non debería converterse nunha “caza de bruxas”, de modo que non sería necesario, como en ocasións se postulou, realizar unha declaración exhaustiva de actividades remuneradas, senón daquelas que terían unha potencial e anormal influencia nos contidos da docencia que lle corresponde impartir (p ex. un profesor que dirixe ensaios clínicos para o tratamento dunha patoloxía, ou que colabora de maneira habitual con determinadas compañías que teñen intereses en relación cos contidos da docencia impartida).

Dentro dos CDI na avaliación de alumnos, o capítulo das recomendacións tería unha solución preventiva se a institución fixese unha advertencia explícita da obriga de llas comunicar á autoridade académica, de maneira que a avaliación do alumno afectado pase a ser avaliado por outros profesores. De igual modo,

Bioética

cando un profesor considera que existe algún tipo de vínculo co alumno, debe inhibirse na súa avaliación.

No caso de entidades privadas que poden recibir recomendacións para a admisión por parte de financiadores ou benefactores, é moi conveniente que existan normas explícitas establecidas que sexan de coñecemento público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lo B, Baldwin WH, Bellini L, Bero L, Campbell E, Childress JF, Corr PB, Dorman T, Grady D, Jost TS, Kelch RP, Krughoff RM, Lowenstein G, Perlmutter J, Powe NR, Thompson DF, Williams DA. En: *Conflict of interest in medical research, education, and practice [consensus report]* En: Lo B, Field MJ, eds. National Academy of Sciences; 2009.
2. Morreim EH. Conflict of Interest. En: Reich WT (ed). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon&Schuster Macmillan, 1995; 459-465.
3. Thompson DF. *Understanding financial conflicts of interest*. N Engl J Med. 1993; 329: 573-576.
4. Davis M. *Conflict of Interest*. En: Chadwick R (ed). *Encyclopedia of Applied Ethics*. San Diego, California: Academic Press, 1998; 589-595.
5. *Código de Deontología Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial, 2011. Artículo 23.
6. *Código de Deontología Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial, 2011. Artículo 21.2.
7. *Código de Deontología Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial, 2011. Artículo 23.
8. Gigerenzer G, Gray JAM. *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions*. Cambridge: The MIT Press, 2011; 19-21.
9. Lemmens T, Singer PA. *Conflict of interest in research, education and patient care*. CMAJ 1998; 159: 960-5.
10. Brody H. *Professional Medical Organizations and Commercial Conflicts of Interest: Ethical Issues*. Ann Fam Med. 2010; 8(4): 354

Bioética

Para abordar o tema “Conflicto de intereses na industria farmacéutica” contamos con **José Ramón Luis-Yagüe**

- *Cursou estudos da licenciatura e doutoramento en Medicamento na Universidade Complutense de Madrid. É especialista en Medicina Interna*
- *Estudos de especialización en Planificación Sanitaria, Economía da Saúde e Alta Dirección de Institucións Sanitarias no IESE, Instituto de Empresa e ESADE*
- *En canto á súa experiencia laboral, dilatada e extensa, hai que destacar que no Ministerio de Sanidade participou na definición e desenvolvemento da carteira de servizos do Sistema Nacional de Saúde*
- *Foi coordinador de Programas da Viceconsellería de Calidade Asistencial, Saúde Pública e Consumo*
- *E desde o ano 2007 ocupa o posto de director do Departamento de Relacións coas Comunidades Autónomas en Farmaindustria, o que motiva a súa intervención nesta xornada.*

Bioética

1.2. Na industria farmacéutica

RELATOR → José Ramón Luis-Yagüe
Farmaindustria

Un conflito de interese é aquela situación na que o xuízo dun suxeito, ou un conxunto de suxeitos, á hora de tomar unha decisión de interese primario se ve influenciado indebidamente por un interese secundario.

Os conflitos de intereses danse en todas as relacións e interaccións humanas e a súa resolución varía segundo o seu contido e circunstancias. Algúns conflitos de interese son inevitables e a súa mera existencia non debería facer que fosen cualificados de antemán como antiéticos.

A presenza dun potencial conflito de intereses non supón, por si mesma, que conducirá a unha actuación eticamente incorrecta. Esta formulación leva a simplificar a realidade.

A severidade do conflito de intereses depende da probabilidade de alterar a obxectividade do profesional sanitario (clínico ou investigador) e da magnitude dos efectos destes conflitos.

ética

No ámbito sanitario estes conflitos pódense presentar principalmente como unha derivada da relación que os profesionais manteñen coa Administración, con outros profesionais sanitarios, cos pacientes e coa industria sanitaria.

A industria farmacéutica innovadora

A industria farmacéutica innovadora é un sector que transforma coñecemento –investigación– en aplicacións –medicamentos– para previr a enfermidade, aliviar o sufrimento e, na medida do posible, curar os pacientes. O que coincide plenamente co interese primario dos profesionais sanitarios.

É unha actividade que esixe cuantiosos recursos e, como é lóxico, necesita retornos económicos para seguir desenvolvendo o seu labor. A industria farmacéutica é, xunto coa aeronáutica, un dos sectores máis regulados da nosa sociedade. Todas as fases da súa actividade están reguladas e sometidas a un rigoroso control administrativo, tanto a nivel europeo como nacional: desde a investigación (ensaios clínicos) con novos principios activos, ata a fixación do prezo dos medicamentos de prescrición e a súa inclusión na prestación farmacéutica.

O desenvolvemento dun novo medicamento é un proceso longo, pode durar entre 12 a 15 anos. É moi custoso, en 2012 o desenvolvemento dun novo medicamento custaba 1.200 millóns de euros, e máis de 7 millóns de horas de traballo. Pero, ademais, é unha actividade de alto risco: en 2011 de máis de 3.200 moléculas en desenvolvemento, finalmente só foron autorizados 35 medicamentos, o que supón unha taxa de éxito do 1,1 % da I+D. Finalmente, de cada

Bioética

10 novos medicamentos comercializados, só 3 xeran ingresos que superan os custos medios da I+D desenvolvida.

O pasado ano 2015, a industria farmacéutica instalada en España investiu en actividades de I+D máis de 1.004 millóns de euros: cada día investíronse 2,7 millóns de euros a I+D.

Dese total de investimento, 416 millóns de euros destináronse a contratos de investigación con hospitais, universidades e centros de investigación, o que se denomina I+D extramuros. A investigación intramuros alcanzou os 588 millóns de euros, ao redor do 59 % do investimento total. A maior porcentaxe destes investimentos levou a cabo en Madrid (47 %) e en Cataluña (41 %); o 12 % restante realizouse noutras comunidades ou no estranxeiro.

Conflicto de interese e industria farmacéutica

Dunha maneira excesivamente simplificadora adoitan asociarse os conflitos de intereses a cuestións financeiras e situarse case en exclusiva na contorna da industria farmacéutica. Esta formulación das relacións da industria farmacéutica cos profesionais sanitarios confunde e minimiza unha cuestión que ten unha enorme relevancia e na que se deron pasos moi importantes para que se desenvolva de acordo cos máis esixentes criterios científicos, éticos e de transparencia.

A actividade médica non pode concibirse allea á contorna onde se desenvolve, á organización do sistema sanitario, aos seus condicionantes económicos ou estruturais. Tampouco cabe descoñecer os lexítimos intereses profesionais, científicos, académicos, asistenciais ou docentes dos profesionais sanitarios, nin os da industria de seguir investigando, para o que necesita obter beneficios.



O só feito de ter relacións profesionais coa industria farmacéutica non debería ser considerado como algo negativo ou contraproducente. A existencia desta relación non implica unha renuncia aos principios éticos dos profesionais nin da industria. A responsabilidade ética fronte aos conflitos de interese é unha responsabilidade compartida por todos, profesionais, organizacións sanitarias e industria.

A industria farmacéutica e a investigación

A relación entre a industria farmacéutica e os profesionais sanitarios é fundamental para a investigación de novos medicamentos. É unha colaboración positiva e necesaria para todos:

- Os profesionais, posto que actualizan e melloran os seus coñecementos sobre a enfermidade e sobre os medicamentos.
- A industria farmacéutica, que se apoia na experiencia clínica e científica dos profesionais sanitarios.
- O sistema sanitario, que dispón de profesionais que están na vangarda do coñecemento e a investigación biomédica.
- Os pacientes e a sociedade, que son o centro de todas as nosas actuacións, reciben unha asistencia sanitaria da maior calidade, prestada por profesionais excelentes.

O feito de que a investigación biomédica estea financiada pola industria farmacéutica non debe conducir a menosprezar o seu valor nin a pretender que se renuncie a ela. Nin a ver problemas de conflitos de interese que a invaliden. É un claro erro.

Tampouco debe verse como algo eticamente reprochable que os profesionais sanitarios participen nesta investigación. O que non é eticamente aceptable é

ca

antepoñer o interese da investigación ou as aspiracións de desenvolvemento científico (ou profesional) do investigador, ás necesidades do paciente, actuar por intereses económicos, ocultar datos, ou terxiversar resultados, ou non declarar ou facer explícitos os potenciais conflitos de interese relacionados coa investigación.

En España, do mesmo xeito que en toda a UE, dispoñemos dun rigoroso e garantista sistema para a autorización de ensaios clínicos: Real decreto 1090/2015, do 4 de decembro, polo que se regulan os ensaios clínicos con medicamentos, os comités de Ética da Investigación con Medicamentos e o Rexistro Español de Estudos Clínicos.

Este real decreto desenvolve as disposicións específicas para a aplicación en España do Regulamento (UE) n.º 536/2014 do Parlamento Europeo e do Consello, do 16 de abril de 2014, sobre os ensaios clínicos de medicamentos de uso humano, e polo que se derroga a Directiva 2001/20/CE, relativas aos ensaios clínicos con medicamentos de uso humano que se realicen en España. Ademais, regula os comités de Ética da Investigación con Medicamentos, así como o Rexistro Español de Estudos Clínicos, conformado tanto polos ensaios clínicos como polos estudos postautorización observacionais que se realicen con medicamentos de uso humano.

A promoción de medicamentos e a información científica

Promover é informar sobre un produto ou un servizo para que sexa coñecido. É un labor da industria farmacéutica que ten a súa base no seu deber de informar os médicos das características dos seus medicamentos de forma completa, inmediata e veraz, o que resulta vital para o seu uso racional. Neste mesmo sentido, o médico ten tamén o dereito para coñecer os avances científicos,

Bio

os medicamentos e dispositivos e a familiarizarse co seu uso e indicacións. É unha relación regulada e suxeita a un estrito control, tanto polas autoridades sanitarias, como polo propio sector, a través do Código de Boas Prácticas da Industria Farmacéutica de Farmaindustria.

Así, e sen ánimo de ser exhaustivos, cabe citar que os artigos 5, 6 7 e 8 do código están dirixidos a asegurar a transparencia na promoción de medicamentos, a veracidade da información que se facilita e o carácter científico-técnico e rigor desta.

Unha información e promoción desligada de calquera tipo de incentivo á prescrición. Neste sentido non pode haber ningunha dúbida. O artigo 10.1 do código prohibe expresamente o ofrecemento ou a entrega directa ou indirecta a profesionais sanitarios de calquera tipo de incentivo, prima ou obsequio (en efectivo ou en especie) que incentive a prescrición, a dispensa ou administración de medicamentos de prescrición. Exceptúanse da anterior prohibición os utensilios de uso profesional ou de escritorio sempre que se cumpran dúas condicións: non estar relacionados cun medicamento de prescrición e que o seu prezo de mercado non supere os 10 €.

Respecto da entrega de materiais formativos ou informativos e artigos de utilidade médica, están igualmente regulados no código (art. 10.2), a súa entrega estará permitida sempre que cumpran tres condicións: i) non superar en prezo de mercado os 60 €; ii) estar directamente relacionados co exercicio do medicamento ou a farmacia; iii) que beneficien directamente o coidado ou atención dos pacientes.



A entrega destes materiais non poderá constituír, en ningún caso, un incentivo para a recomendación, compra, subministración, venda ou administración de medicamentos.

A colaboración na formación continuada dos profesionais sanitarios

A industria farmacéutica vén colaborando tradicionalmente na formación continuada dos profesionais sanitarios, e polo tanto, nas súas actividades docentes. É unha colaboración necesaria e imprescindible, beneficiosa para todas as partes. O profesional sanitario ten a oportunidade de participar en actividades formativas ás que dificilmente podería acudir se non contase con esta colaboración. O sistema sanitario benefíciase, tamén, da formación e actualización de coñecementos aos que acceden os seus profesionais. A industria farmacéutica, pola súa banda, mostra o seu compromiso cos profesionais sanitarios, co sistema sanitario e cos pacientes.

Unha colaboración regulada no Código de Farmaindustria (art. 11), sometida a estritos e rigorosos criterios éticos, que aseguran a independencia profesional e científica dos organizadores, a calidade do programa científico-profesional e o apoio razoable e moderado que permite que o profesional poida asistir ao evento, excluído calquera outro tipo de gasto.

A última actualización do código veu reforzar, aínda máis, esta relación introducindo transparencia nas transferencias de valor entre o sector e os profesionais sanitarios e as institucións sanitarias, o que reforza a relación de confianza entre as partes.

ética

A transparencia xera confianza

A industria farmacéutica é o sector que se impuxo unha maior regulación, así como uns criterios éticos máis estritos. Como proba deste compromiso Farmaindustria adoptou en 1991 como código español, o código europeo de boas prácticas para a promoción dos medicamentos aprobado pola Federación Europea das Asociacións e Industria Farmacéutica (EFPIA).

Desde esa primeira versión o código foi revisado con regularidade para adaptarse e adiantarse ás novas esixencias dunha sociedade en constante evolución, cunha autorregulación absolutamente respectuosa coa normativa vixente, europea e española, que introduce rigor, obxectividade e independencia nas relacións entre a industria farmacéutica, os profesionais e institucións sanitarias e os pacientes. A última modificación foi ratificada na asemblea xeral da asociación de maio de 2016.

Un código que forma parte dun sistema de autorregulación cuxa finalidade é garantirllles aos profesionais sanitarios, e por extensión a toda a sociedade, que a información, a formación e a promoción comercial dos medicamentos teña como elementos centrais do seu desenvolvemento o rigor científico, a transparencia e a ética na práctica destas actividades.

O Código de boas prácticas da industria farmacéutica é plenamente respectuoso e incorpora os principios previstos en:

- [Directiva 2001/83/CE do Parlamento Europeo e do Consello, do 6 de novembro de 2001, pola que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano.](#)
- [Real decreto legislativo 1/2015, do 24 de xullo, polo que se aproba o texto refundido da Lei de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios](#)
- [Lei 3/1991, do 10 de xaneiro, de competencia desleal.](#)

Bio ética

→ Códigos da Federación Europea das Asociacións e Industria Farmacéutica (EFPIA) de interrelación con profesionais sanitarios, de interrelación con organizacións de pacientes e de transparencia.

→ código da Federación Internacional da Industria do Medicamento (IFPMA).

As funcións de control do código son desempeñadas por tres órganos:

→ Unidade de Supervisión Deontolóxica

→ Comisión Deontolóxica

→ Xurado de Autocontrol

A transparencia do Sistema de Autorregulación ofrécese como ferramenta fundamental para fomentar e potenciar a confianza na industria farmacéutica, facilitando o acceso público ás súas actuacións. Proba deste compromiso é a publicación da resolucións de autocontrol nos procedementos de denuncia, a información relacionada con ensaios clínicos, as colaboracións prestadas a organizacións de pacientes e, máis recentemente, a publicación das transferencias de valor realizadas a profesionais sanitarios e organizacións sanitarias.

Bioética

Pasamos agora á nosa próxima relatora, cuxa intervención versará sobre “Conflicto de intereses nunha organización sanitaria non gobernamental”, Inés del Río Pastoriza

- *É licenciada en Medicina e Cirurxía (Universidade Complutense de Madrid, 1989-1995). Especialista en Pediatría. Doutora en Medicina pola USC*
- *É ademais especialista universitario de Educación para a Saúde. Experta universitaria en Vacinas en Atención Primaria*
- *Posúe ademais unha ampla e avalada formación en Bioética, e é máster universitario polo Instituto Borja, pertence ao Comité de Bioética da Asociación Española de Pediatría*

Hoxe acompañanos en calidade de vogal de Dereitos Humanos e Xénero da Xunta Directiva de Médicos do Mundo en Galicia

Bioética

1.3. Nunha organización sanitaria non governamental

RELATORA → Inés del Río Pastoriza
Médicos do Mundo-Galicia

Desde Médicos do Mundo-Galicia queremos agradecer o ofrecemento que se nos fixo como ONG sanitaria para participar nesta xornada, por brindarnos a posibilidade de expoñer as nosas reflexións sobre un tema de tanta relevancia e desexamos que sexa para todos unha oportunidade de aprendizaxe en común.

Para introducir o tema comezaremos situando o conflito de interese entre os principais problemas éticos que poden xurdir nas ONG, destacaremos a súa importancia, por tratarse dun tipo de organizacións cunhas características específicas desde o punto de vista ético.

Posteriormente matizarase o concepto de conflito de interese no contexto das ONG como problema ético e as posibles estratexias para tentar evitalo ou reducir o seu impacto negativo. Mencionarase tamén o valor da adopción de códigos éticos nas ONG como instrumentos de potenciación da ética nas ditas organizacións.

ética

A continuación expoñeranse unha serie de propostas en marcha, comezando polo Código de ética e conduta para as ONG como instrumento de relevancia no que se refire ás recomendacións internacionais para o manexo dos posibles conflitos de interese, para despois centrarse na política desenvolvida por Médicos do Mundo.

Así mesmo, faise referencia aos mecanismos de autorregulación cos que contamos as ONG, como a ferramenta de transparencia e bo goberno da Coordinadora de ONG de Desenvolvemento de España (CONGDE), expoñendo as súas características e o significado do seu selo, e outras iniciativas similares como a desenvolvida pola Fundación Lealtad, coa emisión do seu certificado de avaliación propio. Ademais, co obxectivo de complementalo cunha visión máis xeral, menciónanse unha serie de iniciativas internacionais expostas tamén como posibles estratexias de mellora.

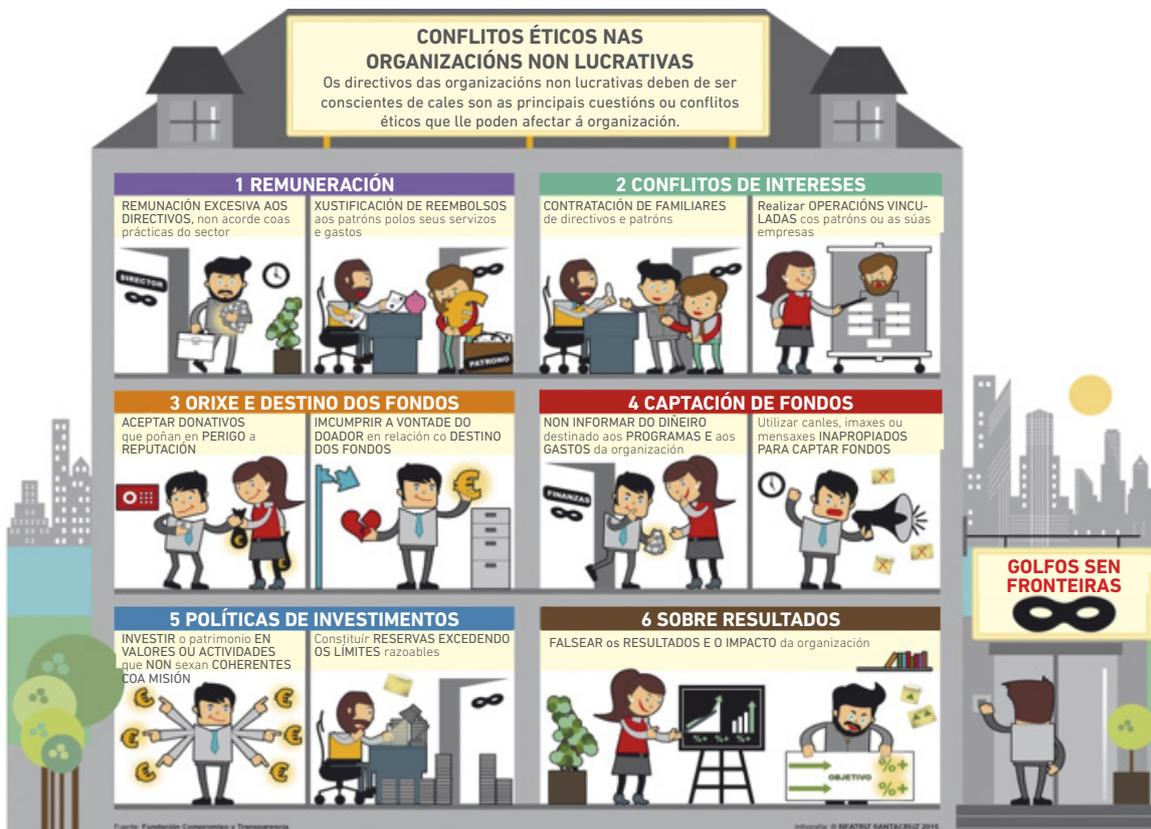
Por último, expóñense unha serie de reflexións finais sobre a situación actual desta importante temática e as súas posibles perspectivas de futuro no contexto das ONG.

Bioética

Reflexións sobre os principais conflitos éticos nas ONG

Para enmarcar o tema do conflito de interese nas ONG, hai que comezar mencionando as distintas posibilidades de conflitos éticos que poden xurdir neste contexto. A gran maioría teñen relación coa tensión entre a misión e os fondos, posto que estas entidades deben responder á orixe dos seus recursos, ao destino e aos resultados que se están obtendo.

Expóñense de modo moi gráfico nesta imaxe da *Fundación Compromiso e Transparencia*¹ (<http://www.compromisoytransparencia.com/>), onde vemos situados os conflitos de intereses:



Infografía Os principais conflitos éticos das ONG (Fonte: Fundación Compromiso e transparencia: <http://www.compromisoytransparencia.com/wp-content/uploads/Conflitos-eticos-ONG-.jpg>)



A *orixe dos recursos* pode afectar a integridade da ONG se a persoa ou institución ten principios e valores contrarios á organización; tamén poden existir problemas en relación coa canle utilizada; ou cando os ingresos procedentes de actividades mercantís son desproporcionados.

En canto ao *destino dos fondos*, cómpre mencionar que pode xerar un maior potencial de conflitos na medida en que se incumpra a vontade dos doadores de modo implícito ou explícito. Tamén é necesario que se especifique a proporción de fondos destinados aos programas e aos gastos estruturais da organización.

No que se refire á valoración dos resultados, necesítase informar da súa eficacia e eficiencia, algo que non sempre é facilmente medible. Tamén é preciso sinalar a necesidade de que se coñezan dentro dos custos estruturais a remuneración dos directivos; posto que, aínda que os órganos de goberno son cargos gratuítos, ante a posibilidade de beneficios indirectos, por exemplo, polo reembolso de gastos, é preciso contar cunha política de conflitos de interese para resolver estas posibilidades.

Hai que mencionar tamén que no caso das ONG, se existe unha marxe elevada de beneficios se lles podería esixir xustificacións de se se están destinando os recursos necesarios ao financiamento dos programas ou se a política de investimento é coherente cos seus programas ou causas. Precísase que a información sobre os resultados sexa fiable e se refira ao obxectivo do cumprimento da súa misión expresado coa medición do impacto social que se xera, aínda que isto pode entrañar certas dificultades.

Posto que *sempre existe o risco de posibles conflitos éticos no contexto das ONG*, entre os que se inclúen os conflitos de interese potenciais ou reais, desde os órganos de goberno débese poñer o maior empeño posible en recoñecelo, tentando manter a integridade das organizacións. Para iso é necesario seguir traballando na creación de *estratexias de control* como as que se mencionarán ao longo do texto con relación ao tema concreto dos conflitos de interese (códigos

ca

de conduta e bo goberno, políticas de control financeiro, programas de cumprimento...).

As organizacións están sometidas a importantes cambios, constantes e impredecibles, aos que se han de adaptar tentando manterse fieis á súa misión e os seus órganos de goberno deben impulsar a dita misión asegurando os fondos necesarios para iso, se é posible, mantendo intactos tanto o compromiso como a motivación.

Conflicto de intereses nas organizacións como problema ético

Os conflitos de intereses son problemas éticos moi xeneralizados, presentes en numerosas decisións da vida que teñen que ver cos demais, tanto desde o punto de vista individual como no contexto das organizacións. Teñen lugar en calquera situación en que un interese interfere ou pode interferir coa capacidade dunha persoa, organización ou institución para actuar de acordo co interese da outra parte, sempre que aquela persoa, organización ou institución teña unha obriga (legal, convencional, fiduciaria ou ética) de actuar de acordo co interese dos outros.

Nunha situación de posible conflito de intereses trataríase de evitar as decisións conscientes e voluntarias onde se fan prevalecer os intereses propios (ou de terceiros), e aínda que se supón que no caso de profesionais independentes, competentes e ben formados serán máis capaces de tomar as decisións correctas, sempre existen rumbos inconscientes no procesamento da información que inflúen na toma de decisións e dificultan o mantemento da obxectividade.

Bio

Entre as distintas posibilidades que se propoñen para evitar ou reducir os efectos negativos dos conflitos de intereses, atopámonos con algunhas propostas (Argandoña, 2004)²:

- *a separación do que debe tomar a decisión;*
- *o abandono dos intereses privados;*
- *apertura á competencia;*
- *cambios estruturais;*
- *a comunicación, información ou publicación dos ditos intereses, tanto previa como no momento en que xorden (é a solución máis frecuente, e un deber moral); aínda que presenta indubidables vantaxes, non se exclúen os inconvenientes, como o feito de que non se eliminan os posibles rumbos nin sempre se consegue resolver o problema;*
- *regulacións específicas;*
- e por último, mencionar a posibilidade de manter *actitudes éticas*: consideralas situacións eticamente relevantes, frecuentes, con consecuencias importantes, ás que non nos debemos expoñer voluntariamente, ou das que debemos tentar saír cumprindo as normativas (regulacións ou códigos de conduta), e que en caso de non poder eludir, deberanse aplicar as normas de *prudencia* na toma de decisións, estudando as alternativas, como afectan os deberes de xustiza e as consecuencias para as distintas partes, sen omitir as posibilidades de cooperación; ante a existencia de rumbos, expor pedir consello a unha *persoa experta e de bo criterio*, analizar experiencias similares e tentar buscar solucións distintas, coñecer os criterios para unha *decisión xusta*, e asumir a *responsabilidade*, decidir de acordo coa propia conciencia; estar disposto a pedir perdón e reparar o dano causado.

Enténdese o concepto de *organización* como suxeito moral ou conxunto de persoas colectivamente coordinadas para lograr fins co-



múns, e neste marco é importante asumir a *responsabilidade institucional* cando xorden conflitos de intereses, e o desexable é actuar coa corrección que propoñen esas actitudes éticas, tentando evitar que se produzan os ditos conflitos ou que se solucionen de maneira xusta, segundo o previsto pola lei e a ética. Para iso é imprescindible que se desenvolvan as ferramentas adecuadas, desde as normas (como os códigos de conduta), as institucións (comités de ética, auditorías internas ou externas), así como os necesarios procedementos de formación dos seus membros nos criterios profesionais, legais e éticos sobre conflitos de intereses.

Importancia da adopción de códigos éticos nas ONG

Neste sentido merece a pena reflexionar sobre as achegas da tese de doutoramento *“Os códigos éticos como instrumento de potenciación da ética das organizacións. Unha aproximación ao caso das organizacións non gobernamentais”* (Aguiló, UNED 2015)³.

Menciónase o feito de que as organizacións constitúen un motor de dinamización, de desenvolvemento e transformación social. Preténdese estudar o efecto da introdución dos códigos éticos no contexto das ONG, o posible impacto na xeración de comportamentos éticos e demostrar se é un instrumento eficaz ou de simple mercadotecnia.

Remárcase que a *ética constitúe a esencia das ONG*: o compromiso ético lexitímaas, polo que calquera vulneración de aspectos éticos pode atentar contra a propia natureza moral e legal da súa misión, e poñer en risco a súa viabilidade. Ademais reflexiónase sobre o *proceso ético como proceso proactivo*, dado que non se busca tanto o efecto externo como o interno, e sobre o feito de que o valor dun código ético en canto á súa eficacia e lexitimidade reside en gran parte no *proceso de elaboración deste*.

ética

Considérase que a “*ética da responsabilidade convencida*” é a propia esencia das ONG, a partir dunhas convicións éticas publicamente recoñecidas e que esa natureza ética é a que lles concede a súa credibilidade, a súa lexitimidade social e, polo tanto, o seu poder.

A dita lexitimidade baséase en determinadas variables internas consideradas fundamentais:

- **Natureza moral e legal da misión:** contar como obxectivos institucionais a promoción de determinados valores (solidariedade, voluntariado, equidade, xustiza...), e o compromiso con eles como trazo idiosincrático e diferenciador.
- **Representatividade:** implica promover e defender os intereses de determinados grupos sociais.
- **Efectividade:** de especial transcendencia, polo seu papel como provedoras de servizos.
- **Transparencia e rendición de contas** (mostrar os seus resultados ante os distintos actores), como elemento necesario para obter a lexitimidade social e manter a credibilidade.

Destacar de entre as conclusións do estudo que os *documentos formais de ética nas organizacións* se consideran un bo instrumento para potenciar o comportamento ético; como motivos para a *adopción dun código ético* menciónanse potenciar e transmitir os valores da entidade, mellorar o comportamento ético en xeral e xerar confianza; o *impacto percibido da adopción dos códigos éticos* percíbese na transmisión da filosofía, na mellora do comportamento ético e da imaxe da organización; e en canto á *eficacia do código ético como instrumento potenciador do comportamento ético*, non se consegue demostrar unha relación directa, senón como beneficio polo proceso interno de reflexión ética que supón, contando ademais como preditores tanto a existencia de programas de formación ética, como un grao de esixencia ética elevado aos seus colaboradores.

Bio Ética

→ Código de ética e conduta para as ONG: **referencia ao conflito de interese**

Como documento de relevancia atopámonos co *Código de ética e conduta para as ONG da Asociación Mundial de Organizacións Non Governamentais-WANGO** (<http://wango.org/codeofethics.aspx>), formulado por un comité internacional que representou a un amplo espectro das ONG de todas as rexións do mundo.

Menciónase que o incremento en importancia, número e diversidade das ONG logrou que o seu impacto político actual, así como o seu servizo humanitario, xerasesen un *poder cívico relevante*, e por iso tamén aumentou a súa *responsabilidade de ser transparentes, honestas, responsables e éticas, para dar unha información fidedigna e non deben xerar situacións de manipulación para beneficio persoal dos seus dirixentes ou integrantes dos seus equipos. Por iso deben investirse no benestar doutros de acordo co máis elevado código de conduta ética, facilitar un control ético, e proporcionar unha declaración pública do mantemento de elevados estándares e participar na creación dunha conciencia pública no contexto de cultura global emerxente.*

Nos seus *capítulos 4 sobre Gobernabilidade e 5 sobre Recursos Humanos*, faise mención explícita das recomendacións sobre os conflitos de interese (), e aconséllase que tanto os directivos como os empregados e voluntarios: *“poñerán as metas da organización antes que as metas persoais, e poñerán os mellores intereses da organización, por riba dos desexos individuais”.*

→ **Política de conflito de interese** en Médicos do Mundo

Na nosa organización, tras un proceso de reflexión interna, desenvolvemos un documento sobre a *“Política de conflito de interese en Médicos do Mundo”*, por medio da Unidade de Calidade, Avaliación e Auditoría Interna (aprobado pola Xunta Directiva Permanente en marzo de 2014), que ten como obxectivo evitar que os intereses persoais e/ou institucionais das persoas implicadas na



toma de decisións contractuais interfiran co normal desempeño do seu labor en Médicos do Mundo (MdM en diante), e asegurar que non existe un beneficio persoal, profesional ou político en prexuízo da organización.

O conflito de interese defínese, polo tanto, como un interese que podería afectar ou podería parecer que afecta, ao xuízo ou á conduta dalgunha ou algunhas persoas da xunta directiva, representantes legais, ou empregadas de MdM, en prexuízo dos intereses da organización, cando así o estima a maioría simple do pleno da xunta directiva ou órgano designado para cada caso en determinados supostos, e establécese un *procedemento de comunicación*, achegando as *probas ou argumentos* necesarios para verificar se existe ou se podería parecer que existe o dito *conflicto de interese*. Propóñense *alternativas*, e deberase decidir se poden ser iguais ou máis beneficiosas. Se se conclúe que non se seguiu o procedemento adecuado ou non se informou dun conflito de interese, real ou potencial, tomaranse as medidas oportunas (inclúen a expulsión da organización ou a perda da condición de asociado).

Establécese tamén a necesidade de que se recolla o proceso completo nas actas das reunións e que se faga publicidade do documento dentro de MdM. Débese proceder á sinatura xunto co contrato de traballo para o persoal contratado e ao incorporarse ao cargo os membros do pleno de xunta directiva. Ademais, anualmente a xunta directiva deberá revisar e emitir un informe que xustifique que as transaccións, contratacións, acordos etc. realizados nos que se produciu ou parecía que se podía producir un conflito de interese, xustifícanse polas súas condicións beneficiosas para a organización.

Así mesmo, en MdM desenvolvemos outros documentos onde se fai mención aos posibles casos de conflito de intereses na contratación dos servizos e compras, ou na contratación de persoal como é o *"Procedemento contra a fraude, corrupción ou conduta irregular en Médicos do Mundo"*. O seu alcance estén-

ética

dese a todas as persoas que forman parte dos órganos de decisión e xestión da organización, o asociativo, voluntariado e persoal contratado, e tamén ás relacións con outras organizacións nacionais e internacionais e organizacións externas, e debe ser analizado cos seguintes documentos:

- O Código de conduta para persoal en misión de MdM.
- O Código de conduta da rede internacional de MdM.
- Comisión de aspectos éticos sobre a xestión de persoas.
- A política de conflito de interese (xa mencionada).
- A transparencia e rendición de contas en MdM.
- O procedemento de autorización de adquisición de compromisos económico-financeiros.
- A política financeira de MdM.
- Marco de colaboración con empresas.
- Auditorías país e SSAA alcance e metodoloxía.

Dos códigos de conduta hai que destacar que neles se recollen tanto os nosos valores (solidariedade, humanidade, igualdade, universalidade, xustiza e denuncia da intolerancia), como os nosos principios (compromiso, independencia, competencia, responsabilidade, transparencia), que están presentes na Carta de Cracovia, e no proxecto asociativo de MdM de 1995).

Cómpre mencionar tamén o documento *A transparencia e rendición de contas en MdM* cuxo obxectivo é incidir nos aspectos clave do posicionamento de MdM así como mostrar de forma explícita todos os procesos relacionados que se están levando a cabo.

Render contas significa explicar a razón de ser e os valores de MdM, o modelo organizativo e de goberno, as actividades e o seu impacto, o financiamento, o equipo e as súas políticas de xestión, as políticas de comunicación, e

Bioética

todo aquilo que poida contribuír ao coñecemento xeral da organización. En canto á **transparencia**, refírese á actitude proactiva que se adopta ao render contas e a súa incorporación como un *valor ético e estratéxico da organización*.

Ser *transparentes e render contas* é imprescindible porque as organizacións temos o deber de informar sobre as nosas políticas e actuacións pero tamén como *elemento xerador de confianza e de intercambio*, orientado a promover unha maior implicación de todas as persoas, xunto con outros elementos intrínsecos a MdM, como son a participación, a apropiación e o compromiso. Tamén o entendemos como un exercicio de responsabilidade cara a todos os implicados directamente e a sociedade en xeral.

Todos os datos mencionados se reflicten na nosa web: www.medicosdelmundo.org⁵

→ Ferramenta de transparencia e bo goberno:

Coordinadora de ONG para o Desenvolvemento-España (CONGDE)

Desde a *Coordinadora de ONG de Desenvolvemento-España (CONGDE en diante)*, elaborouse unha estratexia para a difusión da *Ferramenta de Transparencia e Bo Goberno*⁶ que se creou desde o seu Grupo de Transparencia e do que MdM é membro activo. (<http://webtransparencia.coordinadoraongd.org/>). Este documento incide sobre o *posicionamento da CONGDE respecto da transparencia* e, polo tanto, sobre a visión que as organizacións membro compartimos respecto diso; apóiase en dous conceptos clave e inseparables: *transparencia e bo goberno*. Foi aprobada en 2009 na Asemblea Xeral Ordinaria e supón un proceso de mellora continua para as ONGD, a *rendición de contas interna* das ONGD socias á coordinadora e a *rendición de contas externa* das ONGD á sociedade en xeral. Así, ademais do cumprimento dos **códigos de conduta** ou a revisión de contas por auditorías externas, contamos cunha ferramenta específica que nos autorregula e axuda a unha mellora constante.

A **transparencia** significa *mostrar abertamente a engrenaxe dunha organización*, dado que as ONG deben actuar de maneira responsable social, eco-



nómica e ambientalmente, e asegurar que esa información se difunde abertamente e con claridade. O bo goberno refírese a que a forma na que se dirixe a organización define ben as responsabilidades das persoas, promove a mellora continua e conta con mecanismos de planificación adecuados.

No *Informe anual de transparencia e bo goberno de 2016*⁷ expóñense os resultados da aplicación da dita ferramenta (http://webtransparencia.coordinadoraongd.org/wp-content/uploads/InformeAnual_TRyBG2016_DEF1.pdf). Destacar destes:

- O 91 % das organizacións socias da coordinadora ONG Desarrollo España mantén o selo vixente durante o ano 2016 (67 organizacións).
- No cuarto ano de aplicación conséguese a porcentaxe máis alta de ONGD que superan o total dos 10 bloques: o 82,50 %.
- En 2015 algúns dos principais doadores privados valoran nas súas convocatorias a ferramenta (por exemplo, Fundación A Caixa e Ferrovial).

A CONGDE xunto coa *Plataforma de ONG de Acción Social (POAS)* está a traballar na adaptación da ferramenta para convertela en *referente único de transparencia e bo goberno do terceiro sector*. O seu valor engadido reside en ser o resultado dun *amplio consenso*; estar adaptada especificamente ás *características particulares* das ONG de desenvolvemento; contar con *indicadores obxectivos* cuxa revisión do seu cumprimento é *independente e rigorosa*; e *actualizarse gradual pero permanentemente*.

O selo de transparencia e bo goberno da coordinadora acredita que a ONGD se someteu ao proceso correctamente e polo tanto ten un compromiso firme coa transparencia e coa mellora continua, polo que a súa presenza na web ou memoria dunha ONGD implica que: é membro de CONGDE ou dalgunha das coordinadoras autonómicas asociadas; unha firma auditora externa verificou o cumprimento/incumplimento de todos os indicadores e emitiu o seu correspondente informe; e a coordinadora recibiu, revisado e valorado como “conforme” o dito informe.

ética

MdM conta co dito selo, vixente ata 2018, cando deberá realizar novamente o proceso (por superar todos os bloques en 2015, a ONGD queda exenta de realizar a avaliación os dous anos seguintes).

Fundación Lealtad e outras iniciativas internacionais

Ademais MdM conta co certificado de avaliación dos principios de transparencia e boas prácticas das ONG emitido pola Fundación Lealtad, para o que se procedeu a analizar os seguintes principios:

- Principio **1** → de funcionamento e regulación do órgano de goberno.
- Principio **2** → de claridade e publicidade do fin social.
- Principio **3** → de planificación e seguimento da actividade.
- Principio **4** → de comunicación e imaxe fiel na información.
- Principio **5** → de transparencia no financiamento.
- Principio **6** → de pluralidade no financiamento.
- Principio **7** → de control na utilización de fondos.
- Principio **8** → de presentación de contas anuais e cumprimento das obrigas legais.
- Principio **9** → de promoción do voluntariado.

Pódese consultar na web da Fundación Lealtad⁸ (<http://www.fundacionlealtad.org/>).

Destacar outras iniciativas internacionais como a do *Grupo de Traballo de Europa Central e Oriental sobre Gobernabilidade de Organizacións Non Lucrativas*, coa publicación do seu *Manual de gobernabilidade para Ong*¹³ (<http://www.icnl.org/programs/lac/mexico/manual-de-gobernabilidade-final.pdf>), para atender as problemáticas específicas de OSC que xurdiron en países de Europa Central e Oriental como resultado da transición democrática, pero onde se fai referencia á relevancia para as organizacións en América Latina. Destácanse oito princi-

Bioética

pios básicos que constitúen o fundamento dos lineamentos de gobernabilidade e resaltan como unha das principais tarefas o lineamento *“O consello e o persoal son entidades diferentes”*, que se atopa baixo o principio *“A boa gobernabilidade implica separar as funcións xerenciais das prácticas de gobernabilidade”*, como o primeiro obxectivo de toda organización. Considérase que cando membros do consello forman parte do persoal ou se atopan intimamente vinculados, se enfrontan dificultades reais ou potenciais para representar de maneira xusta os intereses das partes involucradas, posto que funcionan nun estado perpetuo de conflitos de intereses.

Así mesmo, baixo o principio *“As ONG promoven os máis elevados estándares éticos e profesionais”* atópanse os lineamentos que fan referencia a que o consello debe: articular os estándares profesionais e éticos da organización (como o establecemento dos códigos de conduta); os seus membros non deben recibir remuneración polos seus servizos; debe establecer unha política sobre conflito de interese (onde consten o enunciado do propósito, a orientación sobre condutas e as declaracións anuais sobre conflitos de intereses); debe establecer o estándar de conduta profesional; e coidar o seu propio desenvolvemento.

Hai que mencionar a importancia tamén da creación do *Foro sobre a Eficacia do Desenvolvemento das OSC*¹ (<http://cso-effectiveness.org/-pagina-de-inicio.092-.html>), por ser a primeira iniciativa mundial multisectorial no campo do desenvolvemento iniciada por unha coalición de OSC, cuxo obxectivo principal é definir e fomentar o papel e a eficacia do sector no desenvolvemento, baseándose nun marco de principios común; acordaron oito criterios fundamentais de identidade e traballo denominados *“Os principios de Istambul para a OSC como actoras do Desenvolvemento”*¹², e o quinto fai referencia ao compromiso de practicar a transparencia e a rendición de contas e a integridade no seu funcionamento interno.



Outras iniciativas para destacar a nivel internacional serían, no contexto de América Latina, a *Iniciativa Regional de la Sociedad Civil Rendir Cuentas*⁹ (<http://rendircuentas.org/>), iniciada en 2010 tras unha alianza de catro organizacións, co intento de “contribuír a fortalecer o sector das organizacións da sociedade civil en América Latina, a través de poñer na axenda pública e na axenda propia dun número significativo destas organizacións sociais cívicas (OSC en diante), a preocupación pola autorregulación a través do exercicio responsable da transparencia e a rendición de contas con todos os públicos”. Destacar a mención que fan ás motivacións para instaurar unha cultura de transparencia e rendición de contas, que abarcarían distintos ámbitos, desde o individual de cada organización, ao colectivo da sociedade civil (crear un ambiente “habilitante” ou poder constituírse en feito político), ata o ámbito internacional.

De novo no contexto de América Latina, mencionar a presentación do manual *Transparencia, rendición de contas e lexitimidade*¹⁰ como parte das actividades do proxecto de “Fortalecemento de organizacións de base e de grupos de mulleres en América Latina”, presentado polo Instituto de Comunicación e Desenvolvemento (ICD), cuxo obxectivo xeral é o fortalecemento da participación cidadá, e especialmente das capacidades e lexitimidade das OSC. Neste marco, a transparencia e a rendición de contas xorden como aspectos centrais por onde avanzar para xerar esa maior lexitimidade, fortalecer a súa institucionalidade e mellorar as súas prácticas, e tamén a participación e incidencia. Pódese descargar en: (<http://rendircuentas.org/wp-content/uploads/2013/07/Manual-Transparencia-rendici%C3%B3n-de-contas-e-lexitimidade.pdf>).

Outro exemplo de material de utilidade para as ONG é a recente publicación en 2013 da *Guía práctica de bo goberno para as ONG: asociacións de utilidade pública e fundación*¹⁴, que foi elaborada polo *Instituto de Conselleiros-Administradores (IC-A)*, a *Asociación Española de Conselleiros*, e contou coa participación da Plataforma do Terceiro Sector (PTS), a *Asociación Española de Fundacións (AEF)* e a *Coordinadora ONG para el Desarrollo España (CONGDE)*. O seu obxectivo é

ética

dotar as ONG e os seus órganos de goberno dunha serie de recomendacións prácticas voluntarias, que lles axuden a reflexionar co fin de mellorar. Mencionan que existe unha *especial necesidade de lles inspirar plena confianza aos seus doadores e colaboradores, aos seus beneficiarios e á sociedade en xeral*. (http://iconsejeros.com/sites/default/files/archivos/documentos/guia-practica-bo-gobierno-ong_0.pdf)

Reflexións finais

Partimos da premisa de que sempre existe risco de conflitos éticos no contexto das ONG, a maioría en relación coa tensión entre a misión e os fondos, e entre eles inclúense os conflitos de intereses, considerados como conflitos éticos moi xeneralizados nas decisións da vida, tanto de modo individual como nas organizacións, que teñen lugar cando se presentan posibles interferencias de intereses no momento de tomar decisións, asociados moitas veces coa existencia de rumbos inconscientes que dificultan o mantemento da obxectividade.

Entre as distintas estratexias para evitar ou reducir os efectos negativos dos conflitos de intereses no contexto das ONG inclúese a miúdo a comunicación dos ditos posibles conflitos, pero deberíamos tentar canalizalo cara ao mantemento de actitudes éticas como obxectivo final (cumprir normativas éticas, aplicar a prudencia, consello de expertos, decisións xustas, asumir responsabilidades, incluída a institucional).

A ética da responsabilidade convencida é a propia esencia das ONG, posto que a súa natureza ética lles confire credibilidade, lexitimidade social e poder como organizacións cívicas. A adopción de códigos éticos nas ONG como instrumento potenciador do comportamento ético percíbese como beneficio polo mesmo proceso interno de reflexión ética que supón. O código de ética e conduta das ONG expón a participación destas na creación dunha conciencia pública, e si-

Bio

nala os requisitos esixibles para evitar os conflitos de intereses no contexto da gobernabilidade e dos recursos humanos.

En MdM elaboramos documentos específicos en relación coa política de conflitos de intereses que, xunto cos códigos de conduta, pretenden demostrar que para nós a transparencia e a rendición de contas supoñen un exercicio de responsabilidade e un elemento imprescindible como xerador de confianza para a nosa existencia e o noso desenvolvemento.

A ferramenta de transparencia e bo goberno da CONGDE ofrécelles a oportunidade ás ONG españolas de autorregularse e fai posible a necesaria mellora constante. O desenvolvemento doutras iniciativas similares a nivel internacional representa a preocupación das ONG pola súa autorregulación mediante o exercicio responsable da transparencia e a rendición de contas a todos os públicos.

É preciso que as ONG promovan os máis elevados estándares éticos e profesionais, traballando na creación de políticas de control, incluídas as necesarias políticas sobre conflitos de intereses, co obxectivo de que lles inspiren plena confianza a todos os protagonistas e á sociedade en xeral. As ONG débense adaptar aos constantes cambios en que ven inmersas, tentando manterse fieis á súa misión, e será labor desde os órganos de goberno destas que se cumpra ese reto, para o que se deben procurar manter intactos tanto o seu compromiso como a súa motivación.

Finalizar lembrando o que no *Código ético das organizacións de voluntariado*¹⁵ se mencionan en relación a que este tipo de organizacións, entre as que se inclúe MdM, “estamos convocadas á construción, mellora e transformación desta sociedade desde o exercicio da solidariedade”, e que debemos contar como criterio o de “favorecer a estimación e realización dos valores que humanizan e constrúen unha sociedade distinta á actual, sensibilizando a cidadanía nos valores da solidariedade, a paz, a xustiza, a tolerancia e a igualdade, que non son en realidade os valores culturalmente vixentes”.



As ONG debemos participar como protagonistas principais nese necesario cambio cara a unha sociedade máis xusta e solidaria, coa importante tarefa de educar, concretamente, de *“educar en valores”*; algúns deles tan necesarios, lembrando que...

“A educación é a arma máis poderosa que podes usar para cambiar o mundo”

Nelson Mandela

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundación Compromiso y Transparencia [Internet]. Madrid: Fundación Compromiso y Transparencia [acceso 17 de setembro de 2016]. Dispoñible en: <http://www.compromisoytransparencia.com/>
2. Argandoña A. Conflicto de intereses: el punto de vista ético. ResearchGate [Internet] 2004 [acceso 17 de setembro de 2016]. Dispoñible en: <https://www.researchgate.net/publication/228434052>
3. Aguiló Rosés M. *Los códigos éticos como instrumento de potenciación de la ética de las organizaciones. Una aproximación al caso de las organizaciones no gubernamentales* [tese de doutoramento]. Madrid: UNED; 2015.
4. WANGO-World Association of Non_Governmental Organizations [Internet]. USA: WANGO-World Association of Non_Governmental Organizations; 2005 [acceso 17 de setembro de 2016] Code of Ethics and Conduct for NGOs. Dispoñible en: <http://wango.org/codeofethics.aspx>
5. Médicos del Mundo [Internet] Madrid [acceso 17 de setembro de 2016]. Dispoñible en: www.medicosdelmundo.org
6. Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España [Internet]. Madrid [acceso 17 de setembro de 2016]. *Herramienta de Transparencia y Buen Gobierno*. Dispoñible en: <http://webtransparencia.coordinadoraongd.org/>

Bioética

7. Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España [Internet]. Madrid [acceso 17 de setembro de 2016]. *Informe anual de Transparencia y Buen Gobierno* de 2016. Disponível em: http://webtransparencia.coordinadoraongd.org/wp-content/uploads/InformeAnual_TRyBG2016_DEF1.pdf
8. Fundación Lealtad [Internet]. Madrid. 2001 [acceso 18 de setembro de 2016]. Disponível em: <http://www.fundacionlealtad.org/>
9. *Iniciativa Regional por la Transparencia y Rendición de Cuentas de las Organizaciones de la Sociedad Civil en América Latina y el Caribe* [Internet]. 2012 [acceso 18 de setembro de 2016]. Disponível em: <http://rendircuentas.org/>
10. Iniciativa Regional por la Transparencia y Rendición de Cuentas de las Organizaciones de la Sociedad Civil en América Latina y el Caribe. Montevideo [Internet]. 2013 [acceso 18 de setembro de 2016]. *Manual Transparencia, rendición de cuentas y legitimidad. Proyecto de Fortalecimiento de organizaciones de base y de grupos de mujeres en América Latina*. Disponível em: <http://rendircuentas.org/wp-content/uploads/2013/07/Manual-Transparencia-rendici%C3%B3n-de-cuentas-y-legitimidad.pdf>
11. Foro sobre la Eficacia del Desarrollo de las OSC [Internet]. [acceso 18 de setembro de 2016]. Disponível em: <http://cso-effectiveness.org/-pagina-de-inicio.092-.html>
12. Foro sobre la Eficacia del Desarrollo de las OSC [Internet]. [acceso 17 de setembro de 2016]. Los principios de Estambul para la OSC como actoras del Desarrollo. Disponível em: <http://cso-effectiveness.org/IMG/pdf/principiosdeosc-estambul-final.pdf>
13. Wyatt M. Grupo de Trabajo de Europa Central y Oriental sobre Gobernabilidad de Organizaciones No Lucrativas [Internet]. Budapest; 2004 [acceso 17 de setembro de 2016]. *Manual de gobernabilidad para ONGs*. Disponível em: <http://www.icnl.org/programs/lac/mexico/manual-de-gobernabilidad-final.pdf>
14. Instituto de Consejeros-Administradores (IC-A) [Internet]. *Guía Práctica de Buen Gobierno para las ONG: Asociaciones de Utilidad Pública y Fundaciones*. Madrid; 2013 [acceso 17 de setembro de 2016]. Disponível em: http://iconsejeros.com/sites/default/files/archivos/documentos/guia-practica-buen-gobierno-ong_0.pdf
15. Médicos del Mundo [Internet]. Madrid. 2000 [acceso 18 de setembro de 2016]. Código Ético de las Organizaciones de Voluntariado. Disponível em: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod_documento/mem_descargar/fichero_documento_3Codigo_Etico_Voluntariado_88878f36%232E%23PDF

Bioética

1.4. No ámbito xurídico

RELATOR → José Luis Seoane Spiegelberg
Audiencia Provincial da Coruña

A. O dereito e a realidade social

O filósofo brasileiro Miguel Reale, na súa teoría tridimensional do Dereito, defíníaa a este “como integración de feito segundo valores”.

En definitiva, cabe afirmar que o dereito non é outra cousa que unha tensión dialéctica entre os feitos da vida social e os valores imperantes na sociedade nun momento concreto e determinado, e da conxunción de tales factores, axitados na cocteleira do dereito, nacen as normas xurídicas, que rexen a nosa vida social.

Por outra banda, esta realidade social non se atopa petrificada, senón que cambia e evoluciona continuamente, é mudable e dinámica, o que esixe unha constante adaptación do dereito ás concepcións imperantes para cumprir a súa función esencial de regulamentar a vida en sociedade, fixando as pautas do comportamento *civiliter*.

As leis, desde esta perspectiva, non deixan de ser unha fráxil rede a través de cuxas mallas preme e ás veces reborda a realidade social, en afortunada expresión de Calamandrei¹.

Neste sentido, fálase do papel conservador do dereito, sempre que só muda a regulamentación xurídica tras cambiar as concepcións políticas, económicas, morais e sociais dominantes, sempre pois detrás destas.

1. CALAMANDREI, Piero: “Proceso y democracia” (1960), páx. 49.

ética

Os valores sociais, sen dúbida, seguirán evolucionando provocando a modificación do Dereito, que nunca pode morrer e para o cal nada da vida social lle resulta indiferente.

No ámbito da interpretación das normas xurídicas recóllese no art. 3.1 do Código civil, o canon hermenéutico da realidade social, que “debe facerse referible ás circunstancias que cualifican a sociedade nun tempo histórico determinado –o que se debe de ter en conta ao aplicar a norma–”², que con todo non lle permite ao xuíz desvincularse desta (Escola do Dereito Libre), sempre que a súa función constitucional de xulgar se atopa sometida ao imperio da lei (art. 117.1 CE).

A “realidade social” configúrase pois como un concepto xurídico indeterminado, un estándar ou concepto válvula para proceder á interpretación das normas que rexen a nosa vida de relación. O problema xurídico radica entón en saber captar, recoñecer ou detectar os novos valores éticos e sociais para tomalos como referencia á hora de interpretar as normas, e buscar con base neles a solución aos conflitos humanos, que requiren unha resposta do ámbito do Dereito.

B. O Dereito como mínimo ético

Desde outro punto de vista, o Dereito configúrase como un mínimo ético. Desde logo comprende un contido moral, pero sería un erro identificar o dereito coa moral. Existen normas xurídicas alleas a esta, por exemplo as que imponen o sentido de circulación nas estradas, as que fixan distancias entre plantacións ou na servidume de vistas ou, en fin, as que determinan o número de compoñentes dun consello consultivo, entre outros abundantes exemplos que poderían darse.

2. PÉREZ ÁLVAREZ, Miguel Ángel: “Realidad social y jurisprudencia” (2005).

Bioética

Agora ben, como dicía Aranguren, o ser humano non pode ser amoral, dada a necesidade de decidir á que está continuamente sometido, polo que tampouco pode discorrer a moral á marxe dese produto básico da civilización humana que é o Dereito.

Gracia Guillén sinala que a Constitución explicita valores éticos e neste sentido pódese falar de ética constitucional³.

En non poucas ocasións ademais as normas éticas ou deontolóxicas son obxecto de incorporación ás normas xurídicas (xuridicidade das normas éticas). Así a Lei 55/2003, do 16 de decembro, do Estatuto marco do persoal estatutario dos servizos de saúde, impón como obriga exercer a profesión: “con observancia dos principios técnicos, científicos, éticos e deontolóxicos que sexan aplicables”.

O dereito contén, ademais, unha nota allea á moral, cal é a coercibilidade, sempre que pode impoñer o seu contido a quen o vulnere. É unha ordenación coercible da conduta humana.

O dereito debe respectar e facer respectar as distintas concepcións éticas e morais de cada individuo, sempre que non vulneren o mínimo ético codificado. A moral é autónoma mentres o dereito, como escribe Reale, é “a ordenación heterónoma e coercible da conduta humana”⁴.

O dereito implica relación, é nota característica deste a “alteridade”, e así Stammler caracterizábao graficamente como “forma de querer entrelazante”.

O dereito coincide coa ética en que non é alleo ao ámbito axiolóxico dos valores, pero diferénciase daquela na posibilidade de impoñerse esixindo o cumprimento dos mandatos normativos das leis.

3. GRACIA GUILLÉN: “*Fundamentos de bioética*”, (1989), páx. 595.

4. REALE, Miguel: “*Introducción al derecho*”, páxina 51.



Os problemas éticos chaman en non poucas ocasións á porta do dereito solicitando unha decisión. Nestes casos, a Bioética achega ao dereito orientacións para dar solución aos problemas que constitúen o seu obxecto. E para resolver os conflitos de tal natureza Beauchamp e Childress⁵, acoden aos catro principios inspiradores das solucións para adoptar: beneficencia, autonomía, xustiza e non maleficiencia.

c. A lóxica xurídica

O mundo do dereito, por outra banda, non se concilia con verdades absolutas, senón que é o reino do opinable, do discutible. A lóxica á que responde non é unha lóxica formal, matemática, na que partindo dunhas premisas certas –os feitos acreditados– se chega a unha conclusión indiscutible –a decisión do conflito suscitado–, senón que no seu ámbito a que impera é a lóxica do humano, do razoable.

A sentenza que resolve un conflito non é outra cousa que un punto de vista sobre a xustiza, dentro das diversas opcións posibles para resolvelo. Os seus resultados non son susceptibles de verificación, como sucede pola contra no ámbito das ciencias experimentais.

A grande angustia que domina o xurista radica na imposibilidade de comprobar ou referendar o acerto das súas opinións, ditames ou decisións. Ha de saber convivir coa dúbida, como compañeira inseparable no seu percorrido polo dereito.

O noso instrumento de traballo é a argumentación, tendente a persuadir ou vencer coas incruentas armas da razón, manexando leis, principios e valores.

Non lle podemos esixir ante complexos problemas éticos decisións concluíntes e seguras, senón motivadas baixo unha estrutura racional, que sexa so-

5. Beauchamp e Childress: «*Principles of Biomedical Ethics*».

ca

cialmente aceptable, aínda que non convenza necesariamente a todos os destinatarios da resolución ditada.

D. O principio da libre autonomía ou autodeterminación

Desde Kant a ética fundaméntase na autonomía do suxeito como ser racional, o que transcende ao ámbito xurídico.

En efecto, nese panorama de continua transformación, ao que antes fixemos referencia, asistimos a unha potenciación crecente do principio da libre autonomía da vontade ou do que se veu a chamar a liberdade civil –valores sociais imperantes–.

Federico de Castro define a autonomía da vontade como aquel poder complexo recoñecido á persoa para o exercicio das súas facultades, sexa dentro do ámbito da liberdade que lle pertence como suxeito de dereito, sexa para crear regras de conduta para si e en relación cos demais, coa consecuente responsabilidade en canto actuación na vida social⁶.

Este principio da autonomía privada ten o seu fundamento positivo no art. 1 da CE, que proclama a liberdade como valor superior do ordenamento xurídico, así como, no art. 10 da referida Carta Magna, sempre que recoñece o dereito ao libre desenvolvemento da personalidade e a dignidade humana.

Noutro estudo, Díez Picazo, atopa o recoñecemento constitucional á autonomía privada, no art. 10 da CE e no recoñecemento da dignidade da persoa, porque só se recoñece a dignidade da persoa se se lle permite autoregular os seus marcos de intereses⁷.

6. DE CASTRO; Federico: *"El negocio jurídico"* (1985), páx. 12.

7. DÍEZ PICAZO, Luís: "La ley y la potestad normativa privada", na obra *Democracia representativa y parlamentarismo*, Antonio López Pina, (1994), páx. 83.

Bio

Nunha Constitución democrática, escribe Romeo Casabona, a concepción do ser humano ha de ser a dun ser autónomo, sometido a un trato de igualdade e a un réxime de autorresponsabilidade, dos que se deduce a dignidade humana⁸.

A incidencia deste valor non foi indiferente ao marco bioético. E así pasouse dun medicamento altamente paternalista⁹, na que era o médico o que adoptaba as decisións máis transcendentais para a saúde do paciente, sen contar co seu coñecemento e vontade, que podíamos sintetizar na frase de todo para o enfermo, polo enfermo, pero sen contar co enfermo, cara a un medicamento na que rexe o principio da autonomía da vontade do paciente, convertendo a este en protagonista da súa propia existencia, participe na adopción das decisións máis transcendentais para a súa integridade física e subsistencia, de maneira tal que ningunha inxerencia corporal é posible, nin ningún tratamento médico factible, sen o seu consentimento informado.

É dicir, evolucionamos do paternalismo médico ao “principio de autodeterminación” do enfermo.

Foi precisamente a consagración de tal principio o que levou o Convenio para a protección dos dereitos humanos e a dignidade do ser humano con respecto ás aplicacións da bioloxía e o medicamento, feito en Oviedo o 4 de abril de 1997, a normar, mesmo, no seu artigo 9, que: “Serán tomados en consideración os desexos expresados anteriormente con respecto a unha intervención médica por un paciente que, no momento da intervención, non se atope en situación de expresar a súa vontade”.

Hoxe en día, as denominadas instrucións previas atópanse reguladas no art. 11 da Lei 41/2002, de autonomía do paciente e constitúen o denominado testamento vital, documento no que unha persoa manifesta anticipadamente a

8. ROMEO CASABONA, Carlos: *“El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana”* (1994), páx. 11.

9. BEAUCHAMP T.L., definía ao paternalismo como “a limitación intencionada da autonomía dunha persoa por parte doutra, cando a persoa que limita a autonomía apela exclusivamente a motivos de beneficencia cara á persoa cuxa autonomía está limitada” (BEAUCHAMP, T.L., Mc CULLOUGH, L.B.: *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*”, páx. 98, 1987).

súa vontade, co obxecto de que esta se cumpra no momento en que chegue a situacións en cuxas circunstancias non sexa capaz de expresalos persoalmente, sobre os cuidados e o tratamento da súa saúde ou, unha vez chegado o falecemento, sobre o destino do seu corpo ou dos órganos deste.

Non é de estrañar entón que as SSTS do 12 de xaneiro e do 11 de maio de 2001, sinalen que o principio da libre autonomía do paciente: “constitúe un dereito humano fundamental, precisamente unha das últimas achegas na teoría dos dereitos humanos, consecuencia necesaria ou explicación dos clásicos dereitos á vida, á integridade física e á liberdade de conciencia. Dereito á liberdade persoal, a decidir en por si no que atinxe á propia persoa e á propia vida e consecuencia da autodisposición sobre o propio corpo”.

Ou que a sentenza igualmente da Sala Civil do dito Alto Tribunal, nesta ocasión do 4 de marzo de 2011, sinala que: “A actuación decisoria pertencelle ao enfermo e afecta a súa saúde e como tal non é quen lle informa senón el quen a través da información que recibe, adopta a solución máis favorable aos seus intereses”.

O cambio foi radical, froito dos novos valores imperantes na sociedade, que tiveron o seu ulterior reflexo normativo.

E. Conflictos bioéticos e dereitos fundamentais

Normalmente o marco xurídico para resolver os problemas bioéticos non está claro. Xeran cuestións complexas cuxa decisión non é fácil de adoptar, dado que non se concilian con solucións sinxelas.

Os conflitos de tal natureza que transcenden ao ámbito do xurídico atópanse intimamente ligados cos dereitos fundamentais das persoas, que conforman un mínimo ético universalmente aceptado, que permite garantir a dignidade do ser humano.

ética

Como escribe a profesora Camps, se algunha verdade ten que servirnos de agarradoira para distinguir a civilización da barbarie, esa verdade resúmese hoxe nos artigos que compoñen a Declaración Universal dos Dereitos Humanos¹⁰.

A importancia de tales dereitos derivan das propias características que os adornan, dado que son: innatos ou inherentes ao ser humano, forman parte da súa propia esencia. Universais, sempre que pertencen a todos os homes e mulleres sen excepción, en calquera lugar no que se atopen. Inalienables e intransferibles, dado que non son dispoñibles, non cabe a súa renuncia, nin negociar con eles. Inviolables, posibilitan a súa vulneración a reacción do ordenamento xurídico para repoñelos. Obrigatorios, de necesaria observancia co deber dos poderes públicos de garantir a súa efectividade. Esixibles, a lei brinda accións para forzar o seu cumprimento. E progresivos, pois non conforman un catálogo pechado, senón aberto en continuo crecemento, como a historia nolo demostra.

En definitiva, escribe Pico della Mirandola, que os dereitos universais e os valores que os sustentan marcan as pautas que nos permiten decidir se a condición humana se eleva ou se deteriora¹¹.

Os dereitos fundamentais atópanse recoñecidos, independentemente dos convenios ou tratados internacionais, nos distintos textos constitucionais, que conforman as normas de maior rango xerárquico normativo dos ordenamentos xurídicos nacionais. En España nos arts. 14 a 29 da CE.

Neste sentido, o art. 5 da Lei orgánica do poder xudicial dispón que: "A Constitución é a norma suprema do ordenamento xurídico, e vincula a todos os xuíces e tribunais, os que interpretarán e aplicarán as leis e os regulamentos segundo os preceptos e principios constitucionais, conforme á interpretación destes

10. CAMPS, Vitoria: *"Elogio de la duda"*, páx. 73 (2016).

11. Cita tomada de CAMPS, Vitoria: op. cit. supra, páx. 77.

Bioética

que resulte das resolucións ditadas polo Tribunal Constitucional en todo tipo de procesos”.

F. O principio de contradición esencial para a decisión das controversias xurídicas a través do proceso

As decisións xudiciais adóptanse a través do proceso, unha vez fracasados os intentos de autocomposición ou solución amigable dos conflitos humanos entre os partícipes ou afectados por eles.

É un escenario de pacífico enfrontamento e un procedemento de heterocomposición, no que un terceiro, como é o xuíz, non só dirime o conflito existente entre as partes, senón que impón a súa decisión, no caso de que non sexa obxecto de voluntario cumprimento, dada a característica da coercibilidade propia das normas xurídicas, que aplica para liquidar os litixios humanos no Estado de Dereito.

A través do proceso faise realidade o dereito fundamental á tutela xudicial efectiva que proclama o art. 24.1 CE, conforme ao cal calquera cidadán pode obter dun órgano xurisdiccional unha resolución motivada sobre unha pretensión ou interese lexítimo.

Neste sentido, explica Eisner, que o proceso é o instrumento mediante o cal leva aos estrados da xurisdición os conflitos particulares, para obter unha sentenza que declare o dereito e de satisfacción ao que reclame a tutela xurídica. O proceso comprende un método dialéctico onde se enfrontan as razóns. Confronta desde o seu comezo a tese coa antítese, para obter a síntese que é a sentenza e, no seu caso, a cousa xulgada, que é a paz, a orde, a seguridade¹².

12. EISNER, I: “*La prueba en el proceso civil*”, segunda edición actualizada (1992), páx. 118.



Non é un monólogo, senón un diálogo (dialéctica), no que rexe o principio de dualidade de partes. Desde esta perspectiva, o proceso é *actus trium personarum*, tres persoas *faciunt processum*: o xuíz, por unha banda, e as partes enfrontadas, por outro, que defenden intereses diverxentes, enquistados e en conflito actual.

A súa regra motriz é pois o principio contraditorio: *audiatur et altera pars* (oia-se tamén a outra parte). Por ese motivo o proceso foi comparado cunha especie de esgrima ou cunha contenda deportiva, pero trátase de esgrima de persuasións e dunha contenda de razoamentos¹³.

Como sinala Allen ás partes no proceso pódeseelles esixir tres cargas: “a carga de alegar, a carga de produción de proba e a carga de persuasión”¹⁴.

Nos casos nos que existe afectación de dereitos fundamentais, están en xogo os intereses de menores ou discapacitados é tamén parte do Ministerio Fiscal (arts. 124 CE, 3.7 do seu Estatuto orgánico, 158 CC).

No proceso, que se substancia a través do procedemento, baixo estrutura contraditoria, dirímense as cuestións de Bioética, entre outros conflitos humanos, que esixen resposta xurídica dos tribunais.

No proceso a decisión é sempre necesaria, non son admisibles manifestacións do *non liquet*. Incorre o xuíz en delito de prevaricación xudicial se deixa de resolver un asunto sometido á súa consideración.

G. A doutrina da ponderación de dereitos e valores

A palabra ponderar provén do latín *pondos* que significa peso, por conseguinte cando un xuíz acode a esta técnica resolutiva dos dereitos en colisión, ha de

13. CALAMANDREI, Piero: “Il proceso como giuoco”, en *Riv. Dir. Proc.*, Roma, (1950), páxs. 23 e ss.

14. ALLEN, R.J: “Los estándares de prueba y los límites del análisis jurídico”, na obra colectiva “*Estándares de prueba y prueba científica*”, coordinadora Carmen Vázquez (2013), pág. 41 e 42.

ética

determinar cal deles ha de prevalecer pola súa maior forza ou intensidade fronte ao outro, resolvendo desta forma a controversia suscitada.

No dereito constitucional alemán escribe Alexy, a ponderación é unha parte do que esixe un principio máis amplo; este principio comprensivo é o de proporcionalidade (*Verhältnismäßigkeit*). Este componse de tres partes: os subprincipios de adecuación (*Geeignetheit*), necesidade (*Erforderlichkeit*) e proporcionalidade en sentido estrito.

Dentro desta última, proporcionalidade en sentido estrito, establece a seguinte regra da ponderación: “Como alto sexa o grao de incumprimento ou prexuízo dun principio, tanto ten que ser a importancia da realización do outro”.

Esta lei de ponderación pode descompoñerse entón en tres pasos: no primeiro debe constatarase o grao de incumprimento ou prexuízo dun principio. A el debe seguir nun segundo paso a comprobación da importancia da realización do principio contrario. Nun terceiro paso finalmente debe pescudarse se a importancia da realización do principio contrario xustifica o prexuízo ou incumprimento do outro¹⁵.

Para tales efectos, unha das cuestións máis discutidas na Teoría do Dereito durante as dúas últimas décadas é a distinción entre regras e principios¹⁶.

Para Zagrebelsky, “polo xeral, as normas lexislativas son regras, mentres que as normas constitucionais sobre dereitos e sobre a xustiza son predominantemente, principios”¹⁷.

15. ALEXY, Robert: “Derechos fundamentales, ponderación y racionalidad”, en *Revista Iberoamericana de Derecho Procesal Constitucional*, núm. 11, xaneiro-xuño 2009, páxs. 8 e 9.

16. Pode verse respecto diso o traballo de RUIZ RUIZ, Ramón: “La ponderación en la resolución de colisiones de derechos fundamentales. especial referencia a la jurisprudencia constitucional española”, en *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, n.º 10, 2006/2007, páxs. 53-77

17. ZAGREBELSKY, Gustavo: “*El Derecho dúctil. Ley, derechos, justicia*”, trad. de M. Gascón, 1995, pág. 109.

18. PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio: “Prólogo” a Santamaría Ibeas, J. Javier: *Los valores superiores en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional*, Madrid, 1997, pág. 13.

Bio

Con todo, sinala Peces Barba, que os valores, os principios e os dereitos non son Dereito se non se incorporan ao sistema xurídico polas portas polas que entra a moralidade no dereito: o dereito legal e o dereito xudicial¹⁸.

Como xa advertimos os problemas éticos xudicializados implican, en non poucas ocasións, a colisión de dereitos fundamentais ou a determinación do ámbito protector de cada un deles con respecto ao conflito humano suscitado, e é necesario para solucionarlos acudir á doutrina da ponderación dos intereses ou principios en colisión.

O Tribunal Constitucional respecto diso sentou regras tales como que non existe un dereito fundamental absoluto que prevaleza sobre os demais, senón que, nunha ponderación circunstancial, determinarase, en cada caso de colisión, cal deles ha de prevalecer sobre o outro, ou se un determinado comportamento humano é compatible cun sacrificio xustificable dun dereito fundamental, sempre que non se atope afectado no seu núcleo esencial indispoñible, determinando en consecuencia ata onde chega o seu manto protector.

En definitiva, podemos partir das consideracións seguintes, que o Dereito é sempre unha cuestión de límites e proporcións. Ningún dereito prevalece sempre e en todas as condicións. Non cabe establecer unha orde xerárquica de dereitos fundamentais¹⁹. Han de ser protexidos os intereses prevalentes mediante técnicas de ponderación constitucional. En calquera caso, os límites dos dereitos fundamentais deben ser interpretados restritivamente e no sentido máis favorable á eficacia e efectividade destes.

19. Así a STC 320/1994 do 28 de novembro, fundamento xurídico segundo, sinala que: "Queda así, como noutros tantos casos parecidos sometidos a este Tribunal, exposto outra vez o problema da colisión ou encontro entre dereitos e liberdades fundamentais (...). A solución consistirá en outorgar a preferencia do seu respecto a un deles, xustamente aquel que o mereza, tanto pola súa propia natureza, como polas circunstancias concorrentes no seu exercicio. Non se trata, con todo, de establecer xerarquías de dereitos nin prevalencias *a priori*, senón de conxugar, desde a situación xurídica creada, ambos os dereitos ou liberdades, ponderando, pesando cada un deles, na súa eficacia recíproca, para terminar decidindo e dar preeminencia ao que se axuste máis ao sentido e finalidade que a Constitución sinala, explícita ou implicitamente".

Neste sentido, sinálase na STC 154/2002, do 18 de xullo, que: “. . . os dereitos fundamentais non teñen carácter absoluto. Así, dixemos na STC 57/1994, do 28 de febreiro, FX 6, citada para o efecto pola STC 58/1998, do 16 de marzo, FX 3, que “os dereitos fundamentais recoñecidos pola Constitución só poden ceder ante os límites que a propia Constitución expresamente impoña, ou ante os que de maneira mediata ou indirecta se infiran desta ao resultar xustificadas pola necesidade de preservar outros dereitos ou bens xuridicamente protexidos (SSTC 11/1981, FX 7, e 1/1982, FX 5, entre outras)”, e que, “en todo caso, as limitacións que se establezan non poden obstruír o dereito fundamental máis aló do razoable (STC 53/1986, FJ 3)”.

Na forma exposta exprésanse as SSTC 37/89 e 57/1994, cando sinalan que: “A intimidade pode chegar a ceder en certos casos e en calquera das súas diversas expresións ante esixencias públicas, pois non existe un dereito absoluto”.

Este criterio da ponderación implica a aplicación do principio de proporcionalidade, que, á súa vez, se descompón nos principios de necesidade, idoneidade e proporcionalidade en sentido estrito²⁰.

Os supostos de colisión de dereitos fundamentais son en grao sumo variado e é habitual a confrontación entre eles. Pero vexamos algúns exemplos, para os efectos de comprobar como se resolve a colisión entre dereitos no ámbito constitucional.

20. Como sinala a STC 120/1990: “as limitacións que se establezan non poden obstruír o dereito “máis aló do razoable” (STC 53/1986, fundamento xurídico 3.º), de modo que todo acto ou resolución que limite dereitos fundamentais ha de asegurar que as medidas limitadoras sexan “necesarias para conseguir o fin perseguido” (SSTC 62/1982, fundamento xurídico 5.º; 13/1985, fundamento xurídico 2.º) e ha de atender á “proporcionalidade entre o sacrificio do dereito e a situación en que se atopa aquel a quen se lle impón” (STC 37/1989, fundamento xurídico 7.º) e, en todo caso, respectar o seu labor esencial (SSTC 11/1981, fundamento xurídico 10; 196/1987. Fundamentos xurídicos 4.º, 5.º e 6.º; 197/1987, fundamento xurídico 11), se tal dereito aínda se pode exercer”.

ética

H. Análise de casos

Neste apartado analizaremos algúns casos, derivados de conflictivos asuntos resoltos polos tribunais de xustiza, para os efectos de presentar como opera a técnica da ponderación dos dereitos en colisión, baixo a dinámica contraditoria propia do proceso.

[a](#) → A folga de fame dos presos do GRAPO

Na STC 120/1990, do 27 de xuño (folga de fame de membros do Grapo), a resolución xudicial fronte á que se impetraba o amparo constitucional era o Auto do 15 de febreiro de 1990, polo que a Audiencia Provincial de Madrid revoga o acordado polo Xulgado de Vixilancia Penal núm. 2 da mesma capital no expediente 40/90, declarando “o dereito-deber da Administración penal de fornecer asistencia médica, conforme a criterios da ciencia médica, a aqueles reclusos en “folga de fame” unha vez que a vida destes corra perigo, o que se determinará, logo dos oportunos informes médicos, na forma que o xuíz de Vixilancia Penal correspondente determine, e sen que en ningún caso poida fornecerse a alimentación por vía bucal en tanto persiste o seu estado de determinarse libre e conscientemente”.

O Tribunal Constitucional delimitou o seu campo de coñecemento a verificar se a resolución xudicial recorrida vulneraba algún ou algúns dos dereitos garantidos polos arts. 15, 16.1, 17.1 e 18.1 da Constitución, sinalando, entre outros razoamentos, que:

“Con esa folga de fame reivindicativa e a súa oposición para recibir asistencia médica, os membros do grupo en cuestión colocan a Administración ante a alternativa de revogar a medida administrativa contra a cal dirixen a súa protesta ou presenciar pasivamente a súa morte, expoñendo así un conflito que esencialmente se produce entre o suposto dereito dos folguistas ao exercicio do seu dereito de liberdade ata o extremo, mesmo de ocasionar a súa propia

Bioética

morte, sen inxerencia allea ningunha, e o dereito-deber da Administración penal de velar pola vida e saúde dos internos sometidos á súa custodia, que lle impón o art. 3.4 da Lei orgánica 1/1979, do 26 de setembro, xeral penal –en diante, LOXP–, conflito que se proxecta non só en relación co dereito á vida, senón tamén sobre os outros dereitos fundamentais máis arriba acoutados”.

Na dita resolución delimitase o ámbito dos dereitos en conflito da forma seguinte o art. 15 CE “resultará afectado cando se lle impoña a unha persoa asistencia médica en contra da súa vontade, que pode vir determinada polos máis variados móbiles e non só polo morrer e, por conseguinte, esa asistencia médica coactiva constituirá limitación vulneradora do dereito fundamental, a non ser que teña xustificación constitucional (FX 8) . . . “o dereito á integridade física e moral non consente que se lle impoña a alguén unha asistencia médica en contra da súa vontade, calquera que fosen os motivos desa negativa...”.

O Tribunal Constitucional termina desestimando o recurso de amparo con base no argumento de que: “En síntese de todo o exposto, debemos finalizar coa conclusión de que a asistencia médica obrigatoria autorizada pola resolución xudicial obxecto do recurso de amparo non vulnera ningún dos dereitos fundamentais invocados polos demandantes, nin en si mesma, nin na forma e alcance con que foi autorizada e constitúe tan só unha limitación do dereito á integridade física e moral garantida polo art. 15 da Constitución, e unida ineludiblemente a ela unha restrición á liberdade física, que veñen xustificadas na necesidade de preservar o ben da vida humana, constitucionalmente protexido, e que se realiza mediante un ponderado xuízo de proporcionalidade, en canto entraña o mínimo sacrificio do dereito que esixe a situación en que se atopan aqueles respecto dos cales se autoriza”.

No recurso de amparo 397/90, resolto pola STC 137/1990, impugnáronse os autos da Audiencia Provincial de Guadalaxara do 2 e 13 de febreiro de 1990, que confirmaron en apelación e súplica, respectivamente, o acordado polo Xul-



gado de Vixilancia Penal, autorizando “o emprego de medios coercitivos estritamente necesarios para que lles sexan realizadas as probas analíticas e o sometemento ao tratamento médico subseguinte aos internos... sen esperar a que se presente unha situación que lle cause dano persistente á súa integridade física”²¹.

Na STC 11/1991, do 17 de xaneiro, o Xulgado de Vixilancia Penal de Cáceres, do día 4 de xuño de 1990, ditara auto no que acordou os pronunciamentos seguintes: “1.º) Respetar a libre e consciente vontade do interno, don JCA, de non ser asistido medicamente nin alimentado forzadamente ata que, perdida a súa consciencia ou por tomar unha decisión contraria á actual, precise que se lle presten os auxilios médicos necesarios para a salvagarda da súa integridade física e moral. 2.º) O inmediato traslado do interno ao hospital provincial do INSALUD San Pedro de Alcántara, de Cáceres. O auto recorrido polo fiscal foi confirmado pola audiencia provincial e contra as ditas resolucións interpúxose

21. Nesta resolución razoábase que: “E aquí debemos lembrar, novamente, que, segundo deixamos exposto, a asistencia médica impónse co marco da relación de suxeición especial que vincula os solicitantes de amparo coa Administración penal e que esta, en virtude de tal situación especial, vén obrigada a velar pola vida e a saúde dos internos sometidos á súa custodia, deber que lle vén imposto polo art. 3.4 da LOXP, que é a lei á que se remite o art. 25.2 da Constitución como a habilitada para establecer limitacións aos dereitos fundamentais dos reclusos, e que ten por finalidade, no caso debatido, protexer bens constitucionalmente consagrados como son a vida e a saúde das persoas.

Ao ser indubidable que o xaxún voluntario levado ata as súas últimas consecuencias xera necesariamente, nun momento determinado, perigo de morte, a asistencia médica obrigatoria para evitar ese perigo maniféstase como un medio imprescindiblemente necesario para evitar a perda do ben da vida dos internos, que o Estado ten obriga legal de protexer acudindo, en último termo, a dito medio coactivo, polo menos se se trata de presos declarados en folga de fame reivindicativa cuxa finalidade non é a perda da vida.

Co cumprimento dese deber do Estado non se degrada o dereito á integridade física e moral dos reclusos, pois a restrición que a este constitúe a asistencia médica obrigatoria conéctase causalmente coa preservación de bens tutelados pola Constitución e, entre eles, o da vida que, na súa dimensión obxectiva, é “un valor superior do ordenamento xurídico constitucional” e “suposto ontolóxico sen o que os restantes dereitos non terían existencia posible” (STC 53/1985).

Doutra banda, a necesidade de cohonestar o dereito á integridade física e moral dos internos nun centro penal e a obriga da Administración de defender a súa vida e saúde, como bens tamén constitucionalmente protexidos, atopa na resolución xudicial recorrida unha realización equilibrada e proporcionada que non merece o máis mínimo reproche, posto que se limita a autorizar a intervención médica mínima indispensable para conseguir o fin constitucional que a xustifica. En efecto, unicamente se permite o emprego dos medios coercitivos que sexan “estritamente necesarios” tan pronto como, segundo a ciencia médica, corra risco grave e certo a vida do recluso e sen esperar a que se presente unha situación irreversible que cause dano persistente á súa integridade física, e iso, como explica a audiencia provincial, “para que os internos obteñan o tratamento que a Ciencia e Arte Médica estimen necesarios en cada momento e conforme á evolución da súa situación clínica para a conservación da vida”. É claro, polo tanto, que foi a preservación da vida dos recorrentes o que determinou a proporcionada limitación do seu dereito á integridade física e moral, cuxo sacrificio resulta, por iso, constitucionalmente lícito”.

ética

recurso polo Ministerio Público, considerando que os autos vulneraban o dereito á vida e integridade física recoñecidos pola Constitución.

O Tribunal Constitucional, tras citar a doutrina das sentenzas anteriores, desestimou o recurso interposto sinalando que: “Pois ben, establecer o momento e a forma en que haxa de procederse de maneira coactiva para evitar riscos intolerables para a vida do interno, non é algo que lle corresponda facer a este Tribunal, dado que iso supoñería unha clara inxerencia na competencia propia da Administración penal e, no seu caso, dos órganos xudiciais establecidos para o efecto. Comprobado, como ocorre neste caso, que as resolucións impugnadas e, especialmente, o auto da Audiencia Provincial de Cáceres, non impiden, como se pretende soste no recurso, que a Administración penal cumpra o disposto no art. 3.4 da súa Lei orgánica, co fin de velar pola vida, integridade e saúde dos enfermos, non é procedente anular as ditas resolucións por unha suposta vulneración dos dereitos fundamentais invocados que, como se desprende do razoado, non se produciu”.

b→ A liberdade relixiosa das testemuñas de Xehová e as transfusións de sangue

Noutra ocasión, o conflito suscitábase entre o dereito á vida e a liberdade relixiosa, na coñecida STC 154/2002, do 18 de xullo, no caso Caso Marcos, testemuña de Xehová, de 13 anos de idade, que sofre un accidente de bicicleta, tributario dunha transfusión de sangue, que, tras diversas vicisitudes, se demora de tal forma que provoca o falecemento do neno²².

Os pais son condenados pola STS do 27 de xuño de 1997, como responsables dun delito de homicidio, coa atenuante moi cualificada de obcecación ou estado pasional, a dous anos e seis meses de prisión, o recurso de amparo foi estimado polo Pleno do Tribunal Constitucional na mencionada resolución.

22. Pode consultarse sobre o tema a circular 1/2012, da Fiscalía Xeral do Estado, “sobre o tratamento substantivo e procesual dos conflitos ante transfusións de sangue e outras intervencións médicas sobre menores de idade en caso de risco grave”.

Bio

A conduta omitida, que provocou a condena penal, consistía ben nunha acción dos agora recorrentes en amparo dirixida a disuadir o seu fillo da súa negativa para deixarse transfundir sangue, ben na autorización daqueles a que se procedese á transfusión de sangue ao menor.

A causa da actuación dos pais (propiamente, a razón de que estes omitisen a conduta que se di debida) sustentábase nas súas crenzas relixiosas pois, dada a súa condición de testemuñas de Xehová, entenden, invocando para o efecto diversas pasaxes dos Libros Sagrados, que a transfusión de sangue está prohibida pola lei de Deus. Na demanda de amparo invocábase a lesión dos dereitos fundamentais á liberdade relixiosa (art. 16.1 CE) e á integridade física e moral e a non sufrir tortura nin trato inhumano ou degradante (art. 15 CE).

Para centrar as circunstancias concorrentes, o Tribunal Constitucional parte dos concretos acontecementos constitutivos da dinámica dos feitos, que provocaron o fatal desenlace:

a → O menor, Segismundo, de trece anos de idade, fillo dos recorrentes en amparo, tivo unhas lesións por caída de bicicleta, a consecuencia das cales foi levado polos seus pais ao hospital Arnáu de Vilanova, de Lleida, o día 8 de setembro (xoves) de 1994 cara ás nove ou dez da noite. Examinado o menor polos médicos, estes informáronos de que se atopaba en situación de alto risco hemorráxico polo que era necesaria unha transfusión de sangue. Os pais opuxéronse á transfusión por motivos relixiosos e, ao facerlles saber os médicos que non había tratamentos alternativos, solicitaron a alta do seu fillo para levalo a outro centro sanitario. O centro hospitalario, en lugar de acceder á alta, por entender que perigaba a vida do menor se non era transfundido, solicitou do xulgado de garda (ás 4:30 horas do día 9) autorización para a práctica da transfusión, que foi concedida a continuación para o caso de que fose imprescindible para a vida do menor.



b → Os pais acataron a dita autorización xudicial. Ao dispoñerse os médicos para efectuar a transfusión, o menor, sen intervención ningunha dos seus pais, rexeitouna “con auténtico terror, reaccionando axitada e violentamente nun estado de grande excitación, que os médicos estimaron moi contraproducente, pois podía precipitar unha hemorragia cerebral”. Por iso os médicos, despois de procurar repetidas veces, sen éxito, convencer o menor para que consentise a transfusión, desistiron de realizala.

c → O persoal sanitario pediulles entón aos pais que tratasen de convencer o menor, ao cal non accederon polos ditos motivos relixiosos, a pesar de desexar a curación do seu fillo. Os médicos rexeitaron a posibilidade de realizar a transfusión contra a vontade do menor, por estimala contraproducente, e tamén rexeitaron “a utilización para tal fin dalgún procedemento anestésico por non consideralo nese momento ético nin medicamente correcto, polos riscos que comportaría”. Por iso, “despois de ‘consultalo’ telefonicamente co xulgado de garda”, na mañá do día nove, venres, accederon á concesión da alta voluntaria.

d → A historia clínica do menor foilles entregada ás catorce horas aos pais, os que procederan, “axudados por persoas da súa mesma relixión, a buscar o que consideraban un dos mellores especialistas na materia, e o seu desexo era que o neno permanecese hospitalizado ata localizar o novo especialista médico”. En todo caso, o menor saíu do hospital pola tarde do dito día nove (venres), e continuaron aqueles coas xestións para localizar o novo especialista, concertaron finalmente con el unha cita para o luns, día 12 de setembro, no Hospital Universitario Materno-infantil do Vall D’Hebrón, de Barcelona.

e → Ás 10 horas do dito día 12 ingresou o menor neste hospital. Tras recoñecelo en consulta, consideraron os médicos que era urxente unha transfusión de sangue co fin de neutralizar o risco de hemorragia e anemia para, a continuación, realizar as probas diagnósticas pertinentes. O menor e os seus pais manifestaron que as súas conviccións relixiosas lles impedían aceptar a trans-



fusión, e estes últimos asinaron un escrito no dito sentido. Por outra banda, no centro ninguén creu procedente pedir unha autorización xudicial para proceder á transfusión nin tentar realizar esta (sexa facendo uso da autorización concedida polo Xulgado de Lleida sexa por propia decisión dos médicos). Así as cousas, os pais do menor trasladáronse con el ao Hospital Xeral de Cataluña, centro privado cuxos servizos habían de ser directamente sufragados polos particulares.

f → Os servizos médicos do Hospital Xeral, do mesmo xeito que nos centros anteriores, consideraron necesaria a transfusión por non haber tratamento alternativo. A transfusión foi novamente rexeitada por motivos relixiosos polo menor e os seus pais. Ninguén no dito centro tomou a decisión ben de realizar a transfusión, fose por propia vontade, fose contando coa autorización concedida polo xuíz de Lleida (que era coñecida neste centro médico), ben de solicitar unha nova autorización, esta vez do correspondente xulgado de Barcelona. Por todo iso os pais, ao non coñecer xa outro centro ao que acudir, regresaron co menor ao seu domicilio, ao que chegaron sobre a unha da madrugada do martes, 13 de setembro.

g → Os pais e o menor permaneceron no seu domicilio todo o día 13, sen máis asistencia que as visitas do médico titular da localidade, Ballobar (Huesca), quen considerou que non podía achegar nada que non estivese xa nos informes hospitalarios. O mércores, 14 de setembro, o Xulgado de Instrución de Fraga (Huesca), tras recibir un escrito do Concello de Ballobar, acompañado de informe do médico titular, autorizou a entrada no domicilio do menor, con fins de asistencia médica nos termos que estimasen pertinente, o facultativo e o médico forense, mesmo para que fose transfundido.

h → Seguidamente presentouse a comisión xudicial no domicilio do menor, o cal estaba xa en grave deterioración psicofísica, e os pais acataron a decisión do Xulgado –despois de manifestar as súas conviccións relixiosas–, o seu pai foi quen o baixou á ambulancia, na que foi trasladado ao Hospital de Barbastro.

ca

O menor chegou en estado de coma profundo a este hospital, no cal se lle realizou a transfusión de sangue, contra a vontade e sen a oposición dos pais. A continuación foi levado ao Hospital Miguel Servet, de Zaragoza, ao que chegou cara ás 23:30 horas do mesmo día 14 con signos clínicos de descerebración por hemorraxia cerebral. O menor faleceu neste hospital ás 21:30 horas do día 15 de setembro.

i → Consta igualmente no relato de feitos probados que “se o menor recibise a tempo as transfusións que precisaba tería a curto e a medio prazo unha alta posibilidade de supervivencia e, a longo prazo, tal cousa dependía xa da concreta enfermidade que el padecía, que non puido ser diagnosticada”.

Na presente resolución o Tribunal Constitucional cita como argumento a STC 141/2000, do 29 de maio, FX 4, segundo a cal “o dereito que asiste o crente de crer e conducirse persoalmente conforme ás súas conviccións non está sometido a máis límites que os que lle impoñen o respecto aos dereitos fundamentais alleos e outros bens xurídicos protexidos constitucionalmente”.

Neste sentido, e servindo de desenvolvemento ao mencionado precepto constitucional, prescribe o art. 3.1 Lolr que “o exercicio dos dereitos dimanantes da liberdade relixiosa e de culto ten como único límite a protección do dereito dos demais ao exercicio das súas liberdades públicas e dereitos fundamentais, así como a salvagarda da seguridade, da saúde e da moral pública, elementos constitutivos da orde pública protexida pola lei no ámbito dunha sociedade democrática”.

A sentenza parte da base de que o menor é titular do dereito á liberdade relixiosa do art. 16 CE. Así resulta do art. 14.3 da Convención de dereitos do neno, do 20 de novembro de 1989 (Instrumento de ratificación do 30 de novembro de 1990, publicado no *Boletín Oficial do Estado* do 31 de decembro de 1990), e dos

Bioética

arts. 3 e 6 e da Lei orgánica 1/1996, do 15 de xaneiro, de protección xurídica do menor²³.

No caso axuízado, razoa o Tribunal Constitucional, que “o menor expresou con claridade, en exercicio do seu dereito á liberdade relixiosa e de crenzas, unha vontade, coincidente coa dos seus pais, de exclusión de determinado tratamento médico”. Engade tamén que: “Ao opoñerse o menor á inxerencia allea sobre o seu propio corpo, estaba a exercitar un dereito de autodeterminación que ten por obxecto o seu propio substrato corporal e que se traduce no marco constitucional como un dereito fundamental á integridade física (art. 15 CE)”.

Con todo, o que é procedente analizar é “a relevancia que, no seu caso, poida ter a oposición manifestada do menor ao tratamento médico prescrito”.

Para adoptar a súa decisión o tribunal ponderou os aspectos seguintes: “En primeiro lugar, o feito de que o menor exercitou determinados dereitos fundamentais dos que era titular: o dereito á liberdade relixiosa e o dereito á integridade física. En segundo lugar, a consideración de que, en todo caso, é prevalente o interese do menor, tutelado polos pais e, no seu caso, polos órganos xudiciais. En terceiro lugar, o valor da vida, en canto ben afectado pola decisión do menor: segundo declaramos, a vida, “na súa dimensión obxectiva, é un valor superior do ordenamento xurídico constitucional” e “suposto ontolóxico sen o que os restantes dereitos non terían existencia posible” (STC 53/1985, STC 120/1990, do 27 de xuño, FX 8). En cuarto lugar, os efectos previsibles da deci-

23. Na STC 141/2000, FX 5, sinalouse que: “desde a perspectiva do art. 16 CE os menores de idade son titulares plenos dos seus dereitos fundamentais, neste caso, dos seus dereitos á liberdade de crenzas e á súa integridade moral, sen que o exercicio destes e a facultade de dispoñer sobre eles se abandonen de maneira total ao que respecto diso poidan decidir aqueles que teñan atribuída a súa garda e custodia ou, como neste caso, a súa patria potestade, cuxa incidencia sobre o gozo do menor dos seus dereitos fundamentais se modulará en función da madurez do neno e os distintos estadios en que a lexislación gradúa a súa capacidade de obrar (arts. 162.1, 322 e 323 CC. ou o art. 30 Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común)”. E concluíamos na dita sentenza, respecto desta cuestión, que, en consecuencia, “sobre os poderes públicos, e moi en especial sobre os órganos xudiciais, pesa o deber de velar por que o exercicio desas potestades polos seus pais ou titores, ou por quen teña atribuída a súa protección e defensa, fágase en interese do menor, e non ao servizo doutros intereses que, por moi lícitos e respectables que poidan ser, deben postergarse ante o ‘superior’ do neno (SSTC 215/1994, do 14 de xullo; 260/1994, do 3 de outubro; 60/1995, do 17 de marzo; 134/1999, do 15 de xullo; STEDH do 23 de xuño de 1993, caso Hoffmann)”.

sión do menor: tal decisión reviste os caracteres de definitiva e irreparable, en canto conduce, con toda probabilidade, á perda da vida”.

Por outra banda, no procedemento, “non hai datos suficientes dos que poida concluírse con certeza –e así o entenden as sentenzas agora impugnadas– que o menor falecido, fillo dos recorrentes en amparo, de trece anos de idade, tivese a madurez de xuízo necesaria para asumir unha decisión vital, como a que nos ocupa”.

É inconcluso, que a resolución xudicial autorizando a práctica da transfusión a prol da preservación da vida do menor (unha vez que os pais se negasen a autorizala, invocando as súas crenzas relixiosas) non é susceptible de reparo ningún desde a perspectiva constitucional, conforme á cal é a vida “un valor superior do ordenamento xurídico constitucional” (SSTC 53/1985, do 11 de abril, e 120/1990, do 27 de xuño).

Pois ben, partindo dos razoamentos anteriormente expostos, o Tribunal Constitucional entra no núcleo da cuestión, considerando violado o dereito fundamental do art. 16 CE:

“Sentados os anteriores extremos, procederemos ao exame de que concretas accións se lles esixían aos pais, no caso sometido á nosa consideración, en relación coa prestación do tratamento médico autorizado pola resolución xudicial.

En primeiro lugar, esixíaseles unha acción disuasoria sobre o fillo co fin de que este consentise na transfusión de sangue. Iso supón a esixencia dunha concreta e específica actuación dos pais que é radicalmente contraria ás súas conviccións relixiosas. Máis aínda, dunha actuación que é contraditoria, desde a perspectiva do seu destinatario, coas ensinanzas que lle foron transmitidas ao longo dos seus trece anos de vida. E iso, ademais, sobre a base dunha mera hipótese acerca da eficacia e posibilidades de éxito de tal intento de convencemento contra a educación transmitida durante os ditos anos.

ética

En segundo lugar, esixíáselles a autorización da transfusión, á que se opuxo o menor no seu momento. Iso supón, do mesmo xeito que no caso anterior, a esixencia dunha concreta e específica actuación radicalmente contraria ás súas conviccións relixiosas, ademais de ser tamén contraria á vontade –claramente manifestada– do menor. Supón, por outra banda, trasladarlles aos pais a adopción dunha decisión refugada polos médicos e mesmo pola autoridade xudicial –unha vez coñecida a reacción do menor–, segundo os termos expostos no parágrafo terceiro do relato de feitos probados da sentenza de instancia [antecedente 2 b) e fundamento xurídico terceiro, apartado c), ambos da presente sentenza].

En terceiro lugar, é oportuno sinalar que os pais, agora recorrentes, levaron o fillo aos hospitais, sometérono aos coidados médicos, non se opuxeron nunca á actuación dos poderes públicos para salvagardar a súa vida e mesmo acataron, desde o primeiro momento, a decisión xudicial que autorizaba a transfusión, ben que esta se levase a cabo tardiamente (concretamente, cando se concedeu unha segunda autorización xudicial, varios días despois da primeira). Os riscos para a vida do menor acrecentáronse, certamente, na medida en que pasaban os días sen chegar a procederse á transfusión, ao non coñecerse solucións alternativas a esta, aínda que consta, en todo caso, que os pais seguiron procurando as atencións médicas ao menor.

Partindo das consideracións expostas cabe concluír que a esixencia aos pais dunha actuación disuasoria ou dunha actuación permisiva da transfusión éo, en realidade, dunha actuación que lle afecta negativamente ao propio núcleo ou centro das súas conviccións relixiosas. E cabe concluír tamén que, ao propio tempo, a súa coherencia con tales conviccións non foi obstáculo para que puxesen ao menor en disposición efectiva de que sobre el fose exercida a acción tutelar do poder público para a súa salvagarda, acción tutelar a cuxo exercicio en ningún momento se opuxeron.

Bioética

En definitiva, acoutada a situación real nos termos expostos, habemos de estimar que a expresada esixencia aos pais dunha actuación disuasoria ou que fose permisiva da transfusión, unha vez que posibilitaron sen reservas a acción tutelar do poder público para a protección do menor, contradí no seu propio núcleo o seu dereito á liberdade relixiosa indo máis aló do deber que lles era esixible en virtude da súa especial posición xurídica respecto do fillo menor. En tal sentido, e no presente caso, a condición de garante dos pais non se estendía ao cumprimento de tales esixencias.

Así pois, debemos concluír que a actuación dos agora recorrentes se atopa amparada polo dereito fundamental á liberdade relixiosa (art. 16.1 CE). Por iso ha de entenderse vulnerado tal dereito polas sentenzas recorridas en amparo”.

↳ Limitación do esforzo terapéutico, caso Inmaculada, ditame 90/2007, do Consello Consultivo de Andalucía

Neste caso, a paciente que sufría unha ELA e que vivía mediante ventilación mecánica solicita a desconexión da medida de soporte vital no libre exercicio do seu dereito á autonomía.

O ditame do Consello Consultivo foi favorable á autorización da desconexión, que provocaría a morte, e respecta a decisión autónoma da paciente, sempre que concorresen as seguintes garantías:

- 1 → Que constase a vontade firme, certa, libre e consciente da solicitante.
- 2 → Que a súa decisión non se atopase limitada por condicionantes endóxenos, nin esóxenos.
- 3 → Que recibise información completa e comprensible das consecuencias da súa vontade.
- 4 → Verificación de que se trataba dunha paciente capaz.



5 → Constancia escrita da súa vontade.

6 → Adopción de todas as medidas necesarias para lle evitar sufrimento físico e mental á vítima, incluída a sedación profunda.

Baixo a observancia dos mencionados condicionantes concluíu o ditame que:

“A solicitude de limitación do esforzo terapéutico e negativa ao tratamento con ventilación mecánica de D.^a I.E.R. é adecuada a Dereito.

A actuación dos profesionais sanitarios que procedan á desconexión de ventilación mecánica, unha vez cumpridos os requisitos establecidos pola Comisión Autónoma de Ética e Investigacións Sanitarias, sen prexuízo de que se atendan as indicacións formuladas no fundamento IV, non pode considerarse punible”.

d → Límites entre o dereito de información e dereito da intimidade

Un caso desta natureza foi resolto pola STS 411/2014, Sala 1.^a, do 23 de xullo: No programa *Visto e Oído* da TV4 informouse de que: “segundo un informe médico ao que tivera acceso o xornal *El País*, a demandante padecía unha isquemia cerebral e hidrocefalia que lle producía unha redución do fluxo sanguíneo que afectaba o normal funcionamento do cerebro, coa consecuencia de que padecía unha demencia progresiva, polo que estaría a sufrir unha evidente deterioración nas súas funcións físicas, pero tamén nas súas funcións psíquicas”.

O xuízo de ponderación do Tribunal, partiu das consideracións seguintes:

1.^o → “O padecemento dunha enfermidade enmárcase na esfera da privacidade, e trátase dun dato íntimo que pode ser preservado do coñecemento alleo. O dereito á intimidade comprende a información relativa á saúde física e psíquica das persoas” (STC 159/2009, con cita da STC 70/2009).

ca

2.º → “O seu ámbito de protección pode ceder naqueles casos nos que se constata a existencia dun interese constitucionalmente prevalente ao interese da persoa en manter a privacidade de determinada información” (STC 159/2009).

3.º → Tratándose da intimidade, “a veracidade non é paliativo, senón orzamento, en todo caso da lesión” (STC 20/1992).

4.º → A tutela da intimidade “debilitase proporcionalmente, como límite externo das liberdades de expresión e información, cando os seus titulares son persoas públicas ou con notoriedade pública, e están obrigadas por iso a soportar un certo risco de que os seus dereitos subxectivos da personalidade resulten afectados por opinións sobre cuestións de interese xeral” (STC 99/2002).

5.º → “Así, mentres que un particular descoñecido para o público pode aspirar a unha protección especial do seu dereito á vida privada, non sucede o mesmo coas persoas públicas” (STEDH 7-2-2012, Gran Sala, asunto Von Hannover contra Alemaña n.º 2, apdo. 110).

6.º → A cualificación da enfermidade do príncipe de Mónaco Rainiero III como acontecemento histórico polo Tribunal Federal de Xustiza de Alemaña nunha sentenza de 2007 “non pode considerarse irrazonable”, e unhas imaxes e artigos respecto diso poden contribuír, “cando menos en certa medida, a un debate de interese xeral”, pois “á función da prensa de divulgar informacións e ideas sobre todas as cuestións de interese xeral engádese o dereito, para o público, de recibilas” (STEDH 7-2-2012, Gran Sala, asunto Von Hannover contra Alemaña n.º 2, apdo. 118).

7.º → A liberdade de expresión “é válida non soamente para as informacións ou ideas acollidas favorablemente ou consideradas inofensivas ou indiferentes, senón tamén para aquelas que chocan, ofenden ou inquietan: así o queren o pluralismo, a tolerancia e o espírito de apertura, sen os cales non existe ‘sociedade democrática’”.

Bio

Considerouse que existía un interese público na saúde da duquesa cuxo dereito á intimidade non se considerou lesionado, desestimouse o recurso de casación e ratificouse a sentenza da audiencia provincial²⁴.

24. Na sentenza razoouse: "1.ª) Ningunha dúbida hai acerca de que a demandante, a duquesa Dg, é persoa pública, tanto polo que historicamente representa a casa D, sobre todo pola relevancia de don Máximo, terceiro duque D, canto pola especial proximidade que a demandante mostrou sempre cos medios de comunicación, aparecendo nestes como unha persoa extrovertida e disposta a tratar non só da casa D na historia ou na actualidade senón tamén de temas ou cuestións máis persoais, como os seus gustos e afeccións ou as relacións familiares, deu sempre mostras dunha forte personalidade e alcanzou unha gran popularidade.

2.ª) En canto a se a información e as opinións que integraron o contido do programa de televisión axuizado tiñan ou non un interese xeral, esta sala considera que si o tiñan, tanto porque o estado de saúde da demandante centrara a atención dos medios de comunicación, mesmo dos máis solventes ou acreditados entre os non pertencentes ao xénero de crónica social ou mero entretemento, como porque a esa preocupación polo estado de saúde da demandante se unía a posibilidade, confirmada posteriormente polos feitos, de que a demandante contraese matrimonio, o terceiro, cunha persoa ata entón descoñecida e non pertencente á aristocracia, o que á súa vez podía ter influencia no patrimonio e as relacións familiares da casa D, como así mesmo confirmaron os feitos posteriormente.

3.ª) A partir das anteriores consideracións, que no programa axuizado se aludise ao "empeoramento físico e psicolóxico" da demandante, aos seus fallos de memoria, ás "importantes deterioracións físicas e psicolóxicos que se irán agravando co tempo", a que "non se atopa en plenas facultades mentais", o seu atragoamento cun zume de laranxa ou á súa "demencia progresiva", aspectos certamente conflictivos en canto poderían aumentar a intensidade da intromisión na intimidade, non determina, no xuízo de ponderación desta sala, a ilexitimidade da intromisión, porque todas esas alusións e especulacións se fixeron dentro dun ton xeral de respecto para coa duquesa, recoñécese a súa popularidade e o agarimo da xente tanto como a súa personalidade especialmente forte e independente, e para expresar a preocupación por que a persoa que ía casar con ela puidese buscar máis o proveito propio que o da demandante.

4.ª) En suma, tratar da fragilidade da condición humana en relación cunha persoa determinada, que é o que en liñas xerais se fixo no programa axuizado, non constitúe sempre e en todo caso unha intromisión ilexítima na intimidade persoal e familiar, pois hai circunstancias que, como as concorrentes no presente caso, poden xustificalo en atención á relevancia pública e histórica desa persoa, á frecuencia das súas aparicións, moitas veces voluntarias, nos medios de comunicación e, en fin, ao interese xeral sobre o seu estado de saúde en relación cun propósito de contraer matrimonio que podía ter repercusións no patrimonio e as relacións familiares da casa D.

O conflito de interesses e a Bioética

Bioética



9:15 → 9:45
INAUGURACIÓN

INAUGURACIÓN
Jesús Vázquez Almuiña

9:45 → 10:00
PRESENTACIÓN

O CONFLITO DE INTERESES E A BIOÉTICA
José Antonio Seoane

10:00 → 12:00
MESA REDONDA

INTERESES EN CONFLITO NUNHA SOCIEDADE PLURAL

Na comunidade educativa
Rogelio Altisent Trota

Na industria farmacéutica
José Ramón Luis-Yagüe

Nunha organización sanitaria non governamental
Inés del Río Pastoriza

No ámbito xurídico
José Luís Seoane Spiegelbrg

... no ámbito da saúde

13:00 → 14:00
COMUNICACIÓNS

COMUNICACIÓNS

16:30 → 19:00
MESA REDONDA

CONFLITO OU HARMONIZACIÓN NA ASISTENCIA SANITARIA?

Na atención dunha enfermidade prevalente en Galicia
Susana Romero Yuste

Nunha cirurxía con alta implicación social
Nieves Molins Gauna

Na resposta á dimensión social da saúde
M.^a Jesús Lago Vilaboa

Nos cuidados de enfermaría
M.^a Antonia Muñoz Mella

Solucións para convivir co conflito de intereses
Andreu Segura Benedicto

19:30 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

CONFLITO DE INTERESES, CONFLITO DE VALORES

Diego Gracia Guillén

ética

documento o conflito de intereses no ámbito da saúde

12:30 → 13:00

PRESENTACIÓN

RELADORES → Rosendo Bugarín González e Mónica Suárez Berea
Consello de Bioética de Galicia

Dende hai anos considérase unha obriga comezar un relatorio ou unha publicación científica coa apostila “O autor declara non ter conflito de intereses”.

Detrás desta declaración, hai un rigor reflexivo ou ben trátase dun acto meramente protocolario? A impresión é que, en moitas ocasións, está máis ben en relación coa segunda opción. En efecto, probablemente sexa unha iniciativa máis intuída ou comentada que reflexionada, desafortunadamente reducida a unha mera afirmación formularia.

Porén, o conflito de intereses é un tema relevante e real que, probablemente, pasou desapercibido para a Bioética. Apenas existen publicacións que analicen os conflitos de intereses dende esta perspectiva.

O Consello de Bioética de Galicia, consciente desta realidade, considerou que era substancial sensibilizar os/as profesionais da saúde e a cidadanía sobre a existencia e a importancia dos conflitos de intereses ao aclarar conceptos para visibilizalos, identificar escenarios e suxerir vías para xestionalos de forma correcta.

Tras un proceso deliberativo redactouse o documento que hoxe presentamos. É un informe extenso aínda que de fácil lectura, consta de nove capítulos incluídos os anexos, está orien-

Bioética

tado aos/ás profesionais da saúde e probablemente a principal novidade, con respecto aos documentos dos anos previos, sexa que introduce casos prácticos sobre os que xira o texto e fai máis doada a súa comprensión.

Pero, realmente, que é un conflito de intereses? Para poder dicir que se produce este problema teñen que darse unha serie de condicións:

A existencia de dous suxeitos, axente e principal. O axente, na realidade que nos ocupa, é un/unha profesional do ámbito da saúde xa sexa de carácter asistencial, investigador ou docente e o principal é o paciente, o suxeito de investigación ou o estudante.

A relación entre ambos os dous está caracterizada por dous trazos: é fiduciaria (de confianza) e asimétrica (o axente pode tomar decisións que lle afectan ao principal e non sucede o mesmo á inversa).

Existe un interese primario que é o que debe de guiar as decisións do axente e outro secundario que pode comprometer de forma inapropiada a toma de decisións, que se impón ao interese primario.

En definitiva, o conflito de intereses é unha influencia indebida que se produce nun contexto ou marco laboral ou profesional. O contexto é relevante xa que é o que determina os intereses do conflito: un interese considerado primario nun determinado contexto devén en secundario nun contexto distinto.

Cómpre diferenciar o conflito de intereses do conflito de valores (ambos os intereses son primarios e simétricos, é dicir, nun plano de igualdade) e da influencia non indebida (aquelas circunstancias que poden influír na toma de decisións pero non entran en conflito co interese primario nin supoñen un beneficio para os intereses do axente).

Os conflitos de intereses poden clasificarse en reais (concorren de forma efectiva), potenciais (derivarán en reais de non tomarse as medidas oportunas) e aparentes (non existe a colisión de facto aínda que as circunstancias fan sospeitar a súa existencia).

Bioética

Ademais, existen outros tipos de clasificacións dos conflitos de intereses: unipersoais (conflito de lealdades) ou interpersoais, individuais ou colectivos (institucionais) e, por último, tanxibles (económicos) ou intanxibles (afectivos, poder, ideolóxicos, relixiosos...).

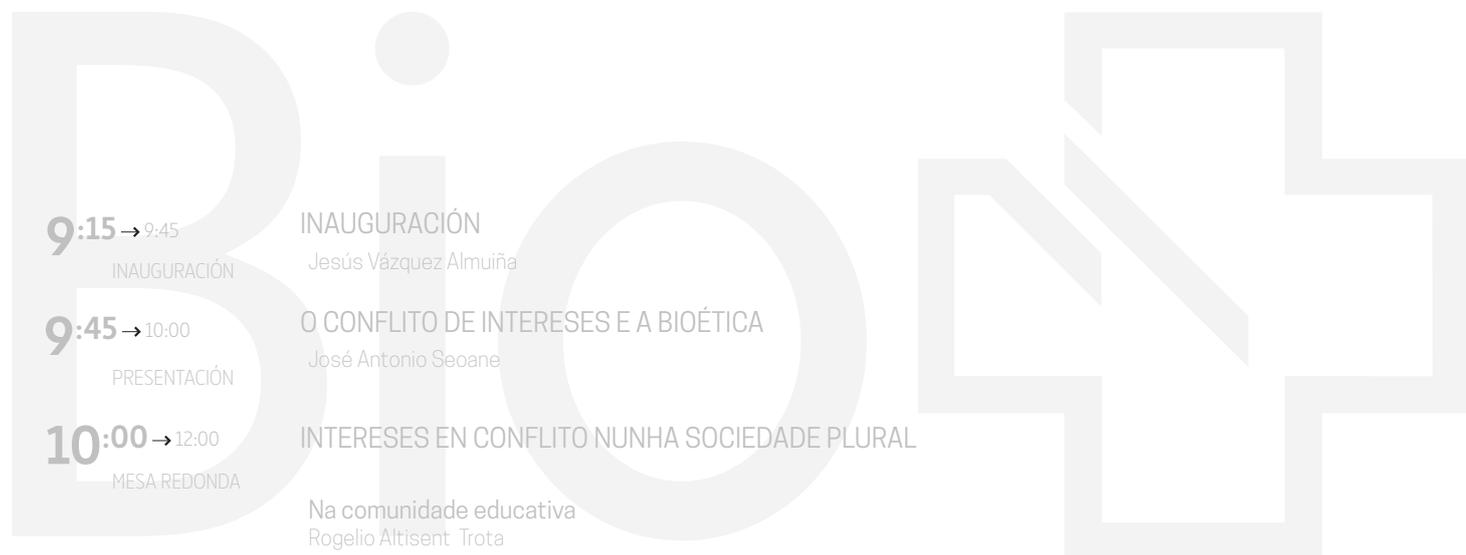
Os conflitos de intereses están presentes na actividade dos profesionais sanitarios, pero poden variar en función do ámbito no que teñen lugar: asistencial, investigador ou docente. Neste documento contemplamos o conflito de intereses desde os tres escenarios posibles.

No ámbito asistencial, o conflito de intereses que aparece con máis frecuencia é o de índole económica, mentres que na investigación é o de dobre “lealdade”, paradigma dos conflitos de intereses, que tanta influencia tivo no nacemento da Bioética e que contrapón a saúde e benestar do paciente ao incremento do coñecemento e a busca da verdade científica.

Fronte a un conflito de intereses, a primeira medida é tomar conciencia deste e despois recoñecelo e declaralo. Os códigos de conduta ou de boas prácticas poden orientar o seu manexo, pero resultan insuficientes e independentemente destas regulacións, requírese unha actitude ética por parte do axente implicado.

A declaración do conflito fai expreso o conflito e trata de corrixir a asimetría, pero non sempre é suficiente, pois entraña o risco de provocar certa “licenza moral” no suxeito axente e de reducir a confianza do suxeito principal. Por outra parte, existen conflitos de intereses que non se resoven exclusivamente coa súa declaración.

De todo o exposto neste documento, podemos concluír que todo profesional da saúde debe ser consciente da existencia de conflitos de intereses na súa práctica profesional, aprender a recoñecelos e desenvolver estratexias para o seu manexo. Non obstante, a simple declaración destes conflitos, pode ser insuficiente, automatizada e simplista, se non se sustenta nunha reflexión ética sobre o conflito en si.



9:15 → 9:45
INAUGURACIÓN

INAUGURACIÓN
Jesús Vázquez Almuiña

9:45 → 10:00
PRESENTACIÓN

O CONFLITO DE INTERESES E A BIOÉTICA
José Antonio Seoane

10:00 → 12:00
MESA REDONDA

INTERESES EN CONFLITO NUNHA SOCIEDADE PLURAL

Na comunidade educativa
Rogelio Altisent Trota

Na industria farmacéutica
José Ramón Luis-Yagüe

Nunha organización sanitaria non governamental
Inés del Río Pastoriza

No ámbito xurídico
José Luís Seoane Spiegelbrg

12:30 → 13:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

O CONFLITO DE INTERESES NO ÁMBITO DA SAÚDE

Rosendo Bugarín González
Mónica Suárez Berea

comunicacións

16:30 → 19:00
MESA REDONDA

CONFLITO OU HARMONIZACIÓN NA ASISTENCIA SANITARIA?

Na atención dunha enfermidade prevalente en Galicia
Susana Romero Yuste

Nunha cirurxía con alta implicación social
Nieves Molins Gauna

Na resposta á dimensión social da saúde
M.^a Jesús Lago Vilaboa

Nos cuidados de enfermaría
M.^a Antonia Muñoz Mella

Solucións para convivir co conflito de intereses
Andreu Segura Benedicto

19:30 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

CONFLITO DE INTERESES, CONFLITO DE VALORES

Diego Gracia Guillén

ética

13:00 → 14:00

COMUNICACIONES

Comunicacións

O obxectivo do Consello de Bioética de Galicia ao incluír por primeira vez no programa da súa xornada unha mesa de comunicacións foi convidar a aquelas persoas ou colectivos que teñen algo que dicir sobre a Bioética, para compartilo con todos os asistentes e crear un espazo de deliberación e intercambio de opinións e puntos de vista.

O éxito da participación e o contido das investigacións presentadas confirman o interese e a riqueza das diferentes aproximacións á Bioética, dende a súa fundamentación teórica á súa aplicación na atención sanitaria ou social.

Para a súa presentación oral as comunicacións distribuíronse en tres grupos:

Grupo **A**
CONFLITO DE INTERESES

Grupo **B**
CONSENTIMENTO

Grupo **C**
MISCELÁNEA

Bioética

GRUPO A **Conflicto de intereses**

MODERADORA → **Isabel Vila Iglesias**
Consello de Bioética de Galicia

→ *Procedemento de xestión dos conflitos de intereses nos Informes de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias*. Puñal Riobóo Janet, Varela Lema Leonor, Triñanes Pego Yolanda, Cantero Muñoz Paula, Maceira Rozas María del Carmen, Paz Valiñas Lucinda, Bugarín González Rosendo

→ *Declaración de intereses nos grupos de traballo das Guías de Práctica Clínica*. Triñanes Pego Yolanda, Bugarín González Rosendo, Paz Valiñas Lucinda, Maceira Rozas María del Carmen, Cantero Muñoz Paula, Puñal Riobóo Janet, Varela Lema Leonor

→ *Análise das declaracións de conflito de intereses nunha mostra de Comités de Ética da Investigación con Medicamentos (CEIm)*. López Vázquez Paula, Bugarín González Rosendo, Portela Romero Manuel, Cruz del Río Juana en representación del Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia

Bioética

TÍTULO

Procedemento de xestión dos conflitos de intereses nos informes de avaliación de tecnoloxías sanitarias

AUTORES → Puñal Riobóo Janet, Varela Lema Leonor, Triñanes Pego Yolanda, Canteiro Muñoz Paula, Maceira Rozas María del Carmen, Paz Valiñas Lucinda, Bugarín González Rosendo

CENTRO DE TRABAJO → Unidade de Asesoramento Científico-Técnico, avalia-t (ACIS)

RESUMO DA COMUNICACIÓN

Os principios inspiradores da Rede de Axencias de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias son os de seguridade, efectividade, calidade, equidade e eficiencia, que se manifestan en diversos aspectos, tales como a coherencia coas prioridades do Sistema Nacional de Saúde; a solidez e rigor dos distintos informes que se elaboren; a independencia ao carecer de conflitos de intereses que poidan mediatizar o seu labor; a transparencia en todo o proceso de priorización, identificación, síntese e avaliación crítica do coñecemento científico dispoñible; e a colaboración, como principio artellador¹.

Cómpre pois unha xestión adecuada dos conflitos de interese en todos os informes de avaliación que se leven a cabo polas distintas axencias e unidades compoñentes da rede, así como contar con procedementos explícitos de identificación, declaración formal, tipificación e toma de decisións en caso da súa existencia.

Neste sentido, a Unidade de Asesoramento Científico-Técnico (avalia-t) adhírese ao procedemento aprobado polo Consello da Rede Nacional, en consonancia cos da Rede Europea, e á guía metodolóxica de elaboración de informes^{2,3}.

A comunicación dos posibles conflitos deberán realizala tanto os propios autores, como os colaboradores e os revisores (internos e externos) do informe,

ética

cubriendo un documento específico de declaración. A xestión desta información é o posible conflito farase conforme ao procedemento acordado e a axencia responsable do proxecto será a encargada de xestionar a información.

Por outra banda, na lista de verificación da calidade dun informe inclúese, dentro dos criterios, que se detalle a posible existencia de conflitos de intereses³.

- 1 *Orde SSI/1833/2013, do 2 de outubro, pola que se crea e regula o Consello da Rede Española de Axencias de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias e Prestacións do Sistema Nacional de Saúde. BOE, núm.244 do 11 de outubro de 2013. p. 83137.*
- 2 *RedETS (Rede Española de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias). Xestión da declaración de intereses na Rede na Rede Española de Axencias de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias e Prestacións do Sistema Nacional de Saúde. Adaptación do modelo EUnetHTA [Documento interno]. Sevilla: RedETS; 2016*
- 3 *Puñal-Riobóo J, Baños Álvarez E, Varela Lema L, Castelo Muñoz MA, Atienza Merino G, Ubalgo Pérez R, Triñanes Pego E, Molina López T, e López García M en representación do Grupo de Traballo da Guía para a elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnoloxías sanitarias. Rede Española de Axencias de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias e Prestacións do SNS. Axencia Galega para a Xestión do Coñecemento en Saúde. Unidade de Asesoramento Científico-Técnico, avalia-t; 2016. p. 109.*
- 3 *Ibídem. p. 143.*

Bioética

TÍTULO

Declaración de intereses nos grupos de traballo das guías de práctica clínica

AUTORES → Triñanes Pego Yolanda, Bugarín González Rosendo, Paz Valiñas Lucinda, Maceira Rozas María del Carmen, Cantero Muñoz Paula, Puñal Riobóo Janet, Varela Lema Leonor.

CENTRO DE TRABALLO → Unidade de Asesoramento Científico-Técnico, avalia-t (ACIS)

RESUMO DA COMUNICACIÓN

A independencia editorial dunha guía de práctica clínica (GPC) é un aspecto clave, é dicir, a garantía de que o financiamento e os intereses das persoas implicadas no seu desenvolvemento non influíron nas recomendacións emitidas. Os destinatarios das GPC deben coñecer as relacións que os autores e outros axentes intervenientes manteñen coa industria e coas sociedades e institucións científicas, para intentar garantir a independencia e transparencia e, en calquera caso, ofrecer a oportunidade ao destinatario de valorar os posibles conflitos¹.

O Programa de GPC no Sistema Nacional de Saúde de GuíaSalud, dispón dun protocolo común para a xestión dos conflitos de intereses². O dito protocolo ten en conta diferentes tipos de intereses, que poden ser de carácter económico ou non económico e afectar directamente ou ben de forma indirecta. Os intereses persoais directos poden ser de índole económica (implican beneficio económico) ou non económica (beneficio de tipo intelectual, ou responde a cargas sentimentais/afectivas, ou a conviccións ou crenzas). Nos intereses indirectos o beneficio percibido afecta a través da entidade laboral á que pertence ou a través dun familiar ou achegado. A declaración fará referencia aos conflitos de intereses actuais e aos dos últimos 3 anos. O equipo coordinador de cada GPC é o responsable de avaliar as declaracións para determinar a inclusión ou



exclusión de cada participante tendo en conta as tarefas que teña encomendadas.

Nesta comunicación expónse a experiencia da Unidade de Asesoramento Científico-técnico (avalía-t) coa xestión dos conflitos de interese nas guías elaboradas seguindo este procedemento.

- 1 Rede Española de Axencias de Avaliación de Tecnoloxías e Prestacións do Sistema Nacional de Saúde. Declaración de intereses na Rede Española de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias.
- 2 Grupo de traballo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica no sistema nacional de saúde. Actualización do manual metodolóxico [internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés en Ciencias da Saúde; 2016 [accedido o 01 out. 2016]. Dispoñible en http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/#

TÍTULO

Análise das declaracións de conflito de intereses nunha mostra de Comités de Ética da Investigación con Medicamentos (CEIm)

AUTORES → López Vázquez Paula, Bugarín González Rosendo, Portela Romero Manuel, Cruz del Río Juana en representación do Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia.

INTRODUCCIÓN

Os CEIm son os órganos colexiados responsables da avaliación dos estudos de investigación clínica con medicamentos ou produtos sanitarios. A publicación do Regulamento (UE) n.º 536/2014 e do Real decreto 1090/2015, vén modificar a maior parte dos seus procedementos de traballo. Estableceuse un período transitorio para a implementación destes. Un dos cambios implica a presentación e publicación anual dunha declaración de intereses de cada membro.

ca

METODOLOXÍA

De entre todos os comités acreditados en España, foron seleccionados os CEIm que forman parte do grupo de coordinación liderado pola Axencia Española de Medicamentos e Produtos Sanitarios, e que son os comités que avalían o 85 % dos ensaios clínicos con medicamentos que se realizan en España (23 comités). Remitíuselles un correo electrónico para solicitar información sobre o modelo de declaración de conflito de intereses que tiñan elaborado.

RESULTADOS

Os 23 comités que forman a mostra pertencen a 7 comunidades autónomas. Responderon á solicitude 15 comités. Os oito comités de Cataluña teñen o mesmo modelo de declaración de intereses. Un comité respondeu que non ten modelo específico. O resto remitiron modelos específicos. Ningún comité fai público o conflito de intereses dos seus membros ata o momento. En todos os casos os intereses restrínxense aos de tipo económico.

CONCLUSIÓN

Sería recomendable a elaboración dun modelo único de declaración incluídos outros intereses á marxe dos económicos, como son os afectivos ou os ideolóxicos. Isto evitaría a variabilidade e sería útil para concienciar os membros dos comités da importancia desta realidade.

Bioética

GRUPO **B** Consentimento

MODERADORA → **Carmen Ramil Fraga**
Consello de Bioética de Galicia

→ *O significado do consentimento informado dos pacientes na xurisprudencia constitucional española.* Noelia Martínez Doallo

→ *Fin de vida, conflito xurídico?* Belén Trigo García

→ *Experiencia dun CEA na valoración dun doador vivo.* Nieves Molins Gauna. Arturo Louro González. Beatriz Vázquez Rodríguez. Víctor Torrado Oubiña. M.^a Dolores Rivas Lombardero. Carmen Ramil Fraga. Javier Louro Aldamiz-Echevarría

Bioética

TÍTULO

O significado do consentimento informado dos pacientes na xurisprudencia constitucional española*

** Esta comunicación forma parte dos resultados do proxecto de investigación "O discurso dos biodereitos. Bases filosóficas e xurídicas para a súa fundamentación, caracterización e aplicación" (DER2014-52811-P), financiado polo Ministerio de Economía e Competitividade*

AUTORA → Noelia Martínez Doallo . Contratada predoutoral FPI

CENTRO DE TRABAJO → Universidade da Coruña

RESUMO

O consentimento informado pertence ao ámbito da autonomía decisoria e configúrase como unha liberdade de elección do paciente. O Tribunal Constitucional español sinalou reiteradamente que o consentimento informado non ten encaixe no ámbito da liberdade persoal ou física, pois o artigo 17 CE non recolle unha liberdade xeral de autodeterminación individual (STC 37/2011, entre outras).

A Constitución non establece expresamente un dereito á autonomía, nin un dereito xeral de liberdade, nin tampouco menciona o dereito ao consentimento informado. Porén, é posible afirmar que o consentimento informado constitúe unha norma de dereito fundamental, en virtude da súa adscrición xurisprudencial ao dereito á integridade física e moral (15 CE).

O Tribunal Constitucional concibe o consentimento informado como unha inmunidade ou deber de abstención do profesional fronte intervencións ou tratamentos non autorizados, amais dun deber de respecto da vontade autónoma

ética

do paciente. Deste xeito, o consentimento informado é un dereito negativo ou de defensa.

Non obstante, o propio Tribunal vincula o consentimento informado ao libre desenvolvemento da personalidade, o cal amosa certa dimensión positiva. Ademais, a integridade presenta un carácter prestacional, xa que “non só existe unha obriga negativa do Estado de non lesionar a esfera individual ou institucional protexida polos dereitos fundamentais, senón tamén a obriga positiva de contribuír á eficacia de tales dereitos e dos valores que representan” (STC 37/2011, FX. 4.º).

A comunicación analiza e sistematiza estas respostas aparentemente contradictorias para aclarar o alcance do consentimento informado na práctica clínica.

TÍTULO

Fin de vida, conflito xurídico?

AUTORA → [Belén Trigo García](#)

CENTRO DE TRABALLO → [Facultade de Dereito USC](#)

RESUMO

Os cambios sociais e demográficos dos últimos anos e, moi especialmente a evolución científico-técnica no ámbito sanitario, transformaron a experiencia da morte e multiplican os conflitos relativos ao final da vida. Respecto dos actores implicados –doente, familiares e achegados, profesionais sanitarios e institucións–, cómpre destacar a consolidación dun novo modelo de relación médico-paciente fundamentado na dignidade e autonomía da persoa, acompañado do recoñecemento expreso dunha serie de dereitos e garantías. Neste

Bioética

sentido, a Lei galega 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais, recolle, adapta e desenvolve principios e instrumentos xa consagrados; así, o consentimento informado, o dereito á confidencialidade, ou o Documento de Instrucións Previas sobre Cuidados e Tratamento da Saúde. Máis cá súa novidade, interesa destacar, entón, desta lei o énfase na información, no asesoramento e na formación. En efecto, a formulación legal debe contribuír a un cambio de cultura asistencial que abrace o concepto de ortotanasia, desterre a obstinación terapéutica, e garanta a recepción de cuidados paliativos integrais e o axeitado tratamento da dor. Desde esta perspectiva, resulta tamén relevante o papel que poidan desempeñar os comités de ética asistencial de xurdir discrepancias a propósito da posta en práctica e a efectividade destes dereitos nos casos concretos. Ao ser as controversias inevitables, cabe esperar que un bo labor de asesoramento e comunicación entre pacientes, profesionais e institucións sanitarias evite unha excesiva xudicialización dos conflitos que poidan xurdir a propósito das situacións de fin de vida.

TÍTULO

Experiencia dun Comité de Ética Asistencial (CEA) na valoración do doador vivo

AUTORES → Nieves Molins Gauna. Arturo Louro González. Beatriz Vázquez Rodríguez. Víctor Torrado Ubiña. M.^a Dolores Rivas Lombardero. Carmen Ramil Fraga. Javier Louro Aldamiz-Echevarría.

O papel do CEA na valoración da idoneidade do doador vivo renal regúlase legalmente desde o ano 1999 (Real decreto 2070/1999). Establécense os requisitos éticos de voluntariedade, capacidade e altruismo na decisión de doazón.

Bioética

Entre os requisitos da lei inclúese un informe preceptivo do CEA do hospital transplantador.

RESULTADO

O CEA da Coruña cumpre esta función mediante unha entrevista aberta semi-estruturada desde o ano 2006. Neste período emitíronse 223 informes. Só un foi negativo, aínda que nalgún caso se aconsellou reavaliar nun tempo a valoración da doazón.

Preséntanse en formato táboa a evolución de casos ao longo dos anos e as súas características demográficas e de relación doador/receptor. Tamén se achega unha valoración subxectiva, realizada mediante unha enquisa aos membros do grupo do CEA que interveñen na entrevista co doador potencial.

DISCUSIÓN

En xeral considérase útil o proceso, adecuado o formato de entrevista e tamén a valoración do coñecemento de riscos, a capacidade do doador e se o consentimento é libre. Apúntase a necesidade de revisar os consentimentos que o paciente asina. Finalmente considérase que sería interesante avaliar esta actividade mediante o seguimento das persoas entrevistadas.

Bioética

GRUPO **c_Miscelánea**

MODERADORA → Irene Esperón Rodríguez
Consello de Bioética de Galicia

→ *Bioética e intervención social en Galicia*. Virginia Alonso Paz

→ *Cómo perciben os estudantes de Medicina e os residentes os conflitos de interese?* María del Carmen Agra Tuñas, Susana Rujido Freire, Antonio Rodríguez Núñez

→ *Ética biomédica e hermenéutica*. Óscar Vergara Lacalle

ética

TÍTULO

Bioética e intervención social en Galicia

AUTORA → Virginia Alonso Paz

CENTRO DE TRABAJO → CIFP Ánxel Casal - Monte Alto (A Coruña). Consellería de Educación

Os comités de bioética sanitarios (comités de ética asistencial) melloraron a calidade da asistencia e a protección dos dereitos das persoas usuarias e profesionais. Por iso cobra sentido reflexionar sobre a súa función na práctica e no coidado sociosanitario dende os servizos sociais, onde a vulnerabilidade e a exclusión están máis presentes e orixinan problemas éticos diferentes aos do ámbito sanitario.

A existencia de comités de ética en intervención social mudaría o xeito de afrontar a toma de decisións, mediante metodoloxías deliberativas respectuosas coa dignidade, a autonomía e os dereitos de cada persoa, co obxecto de mellorar a calidade da asistencia e promover o benestar.

No Estado español existen oito normas autonómicas reguladoras dos comités de ética en intervención social, pero entre elas non existe ningunha norma galega. A partir dunha revisión das orixes e características destes comités e das estruturas de apoio á reflexión ética do ámbito social, esta comunicación pretende xustificar a conveniencia da creación dun comité ou dun consello de ética en intervención social en Galicia.

Bioética

TÍTULO

Como perciben os estudantes de medicina e o residentes os conflitos de interese?

AUTORES → M.^a Carmen Agra Tuñas, enfermeira de UCI Pediátrica do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

→ Susana Rujido Freire, residente de Pediatría do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

→ Antonio Rodríguez Núñez, adxunto de UCI Pediátrica do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS). Profesor da Facultade de Enfermería da Universidade de Santiago de Compostela (USC).

INTRODUCCIÓN

Dáse un conflito de interese (CI) cando xorde o risco de que un interese secundario inflúa nas accións profesionais respecto do interese primario lexítimo.

OBXECTIVO

Explorar a percepción dos estudantes de medicina e os residentes sobre os CI.

METODOLOXÍA

Elaboramos unha enquisa de 15 ítems, deben sinalar o grao de acordo con cada afirmación: dende 1 (nada) a 5 (totalmente).

RESULTADOS

Analizáronse 52 respostas de 32 residentes e 20 alumnos. Os CI son frecuentes en medicina só para o 56 % dos enquisados, danse na investigación biomédica (86 %) máis ca na asistencia (56 %). O 73 % está de acordo en que os médicos deben declarar sempre os seus CI, aínda que só o 48 % inclúen os potenciais ademais dos reais. Os laboratorios inflúen na prescrición médica para un 75 %, pero é menos conflitiva a elaboración e distribución dunha guía antimicrobiana por un laboratorio (54 %), ou que pague matrícula e viaxe a un congreso (40 %).



Supón máis CI a existencia das autoconcertacións (62 %), ca traballar simultaneamente para a pública e a privada (40 %). Consideran un CI remunerar por paciente incluído nun ensaio clínico (79 %), adiantar unha cita para un familiar (69 %), que un farmacéutico decida a quen se lle subministra o único fármaco dispoñible (50 %). A maioría (64 %) non recibiu formación sobre os CI.

CONCLUSIÓNS

A maioría non recibiron formación sobre CI e non teñen claro o concepto nin as situacións nas que adoitan a producirse, o que pode afectar a calidade ética da súa actividade laboral.

TÍTULO

Ética biomédica e hermenéutica

AUTOR → Óscar Vergara

CENTRO DE TRABALLO → Prof. Cont. Dr. Universidade da Coruña

RESUMO

En todo proceso decisorio preséntase un eludible elemento valorativo, do que non se fan cargo as metodoloxías bioéticas comúns, o cal foi, en cambio, ben teorizado pola moderna hermenéutica filosófica. Algunhas formulacións bioéticas adoptaron unha orientación hermenéutica para abordar a cuestión da toma de decisións. Non obstante, móstranse insuficientes, debido a que, como ensina Aristóteles, a sabedoría (a hermenéutica é un coñecemento teórico) non fai as persoas necesariamente prudentes. Por outra parte, as mencionadas formulacións, aínda que xiran arredor da noción capital de diálogo, non lle fan xustiza e non son capaces de captar o seu sentido profundo, que non é de índole psicolóxica, senón ontolóxica. É, en definitiva, máis unha cuestión de verdade que de método.



Houbo unha comunicación presentada á xornada, que finalmente non foi defendida oralmente polos seus autores.

TÍTULO

A disforia de xénero nunha sociedade plural

AUTORES → Joselyn Cortés-Cortés(1), Rosa Fernández(1), Esther Gómez-Gil(2), Isabel Esteva(3), Mari Cruz Almaraz(3), Antonio Guillamón(4), Eduardo Pásaro(1)

CENTRO DE TRABALLO → UDC - Dept. de Psicoloxía . 2. Unidade de Identidade de Xénero de Cataluña .3. Unidade de Identidade de Xénero de Andalucía .4. UNED - Dept. de Psicoloxía. Madrid

A Disforia de Xénero (DX) (DSM-5) ou Transexualismo (ICD-10) describe a condición dunha persoa cuxo sexo cerebral difire do xenético. As persoas con DX sofren de forma persistente por esta incongruencia e buscan un cambio de reasignación de sexo mediante tratamento hormonal e cirúrxico.

Esta é unha revisión, desde unha perspectiva biolóxica e ética, da etioloxía da DX e das correlacións neurobiolóxicas estruturais e funcionais da DX.

Varios estudos demostran un aumento da conectividade funcional entre rexións da corteza cerebral que son pegadas da angustia xerada pola discordancia entre sexo psicolóxico e biolóxico. Na DX aparecen signos de feminización ou masculinización de estruturas cerebrais con dimorfismo sexual que durante a administración hormonal desprázanse parcialmente aínda máis cara ás correspondentes ao sexo cerebral. Estes cambios permiten unha redución da angustia psicosocial.

Existe ademais unha vulnerabilidade xenética baseada na desregulación dos niveis hormonais durante o desenvolvemento prenatal e neonatal. Os datos actuais apuntan a polimorfismos ligados á acción dos estróxenos.

Trátase dunha grave cuestión ética a liberación dos prexuízos para coñecer o que ocorre no cerebro na DX.

Bioética



9:15 → 9:45
INAUGURACIÓN

INAUGURACIÓN
Jesús Vázquez Almuiña

9:45 → 10:00
PRESENTACIÓN

O CONFLITO DE INTERESES E A BIOÉTICA
José Antonio Seoane

10:00 → 12:00
MESA REDONDA

INTERESES EN CONFLITO NUNHA SOCIEDADE PLURAL

Na comunidade educativa
Rogelio Altisent Trota

Na industria farmacéutica
José Ramón Luis-Yagüe

Nunha organización sanitaria non governamental
Inés del Río Pastoriza

No ámbito xurídico
José Luís Seoane Spiegelbrg

12:30 → 13:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

O CONFLITO DE INTERESES NO ÁMBITO DA SAÚDE

Rosendo Bugarín González
Mónica Suárez Berea

13:00 → 14:00
COMUNICACIÓNS

COMUNICACIÓNS

... ou harmonización?

Na atención dunha enfermidade prevalente en Galicia
Susana Romero Yuste

Nunha cirurxía con alta implicación social
Nieves Molins Gauna

Na resposta á dimensión social da saúde
M.ª Jesús Lago Vilaboa

Nos cuidados de enfermaría
M.ª Antonia Muñoz Mella

Solucións para convivir co conflito de intereses
Andreu Segura Benedicto

19:30 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

CONFLITO DE INTERESES, CONFLITO DE VALORES

Diego Gracia Guillén

ética

Conflicto ou harmonización na asistencia sanitaria?

16:30 → 19:45

MESA REDONDA

MODERADORA → Ana Isabel Guillén
Consello de Bioética de Galicia

Boas tardes. Son Ana Guillén, moderadora desta mesa e vogal do Consello de Bioética de Galicia, o cal, entre as súas funcións, como xa sabemos, ten a de profundar no debate da Bioética. Cos diferentes relatorios que a continuación se van presentar veremos distintos enfoques do tema que nos ocupa hoxe nesta xornada.

Quero agradecer, ante todo, aos relatores a súa colaboración e desculpar a María Antonia Muñoz Mella, que por cuestións de saúde finalmente non poderá participar na mesa.

BioÉTICA

A continuación pasarei a presentar os diferentes relatores, anticipando que, do mesmo xeito que a miña compañeira Silvia, debín reducir o amplo currículo de todos eles: **Susana Romero Yuste**

- Xefa do Servizo de Reumatoloxía da EOXI de Pontevedra e Salnés . Presidenta da Sociedade Galega de Reumatoloxía
- Membro do Comité Autonómico de Ética e investigación e do Comité de Viabilidade de Ensaos Clínicos.
- Delegada autonómica da Comisión de Docencia. Foi docente en varios cursos.
- Participou en diversos grupos de traballo, procesos asistenciais de actuación e protocolos.
- Participación en proxectos de investigación como investigadora principal e asociada.
- Asesora a varias asociacións de pacientes. Colabora con organizacións non gobernamentais como médico cooperante.

Bioética

2.1 Na atención dunha enfermidade prevalente en Galicia

RELATORA → Susana Romero Yuste
EOXI de Pontevedra e Salnés

A práctica médica debe perseguir o ben primario que se traduce no mellor para o enfermo determinado por razóns profesionais ou éticas. Pero en ocasións esta práctica vese modificada a prol de bens secundarios de distinta índole e é aí cando o acto médico se ve influenciado polo que chamamos conflitos de interese.

O conflito de interese alude a unhas circunstancias e non ao resultado e non é necesario que este resultado ocorra para dicir que estamos ante un conflito tal como o definimos. Os conflitos de interese son inherentes ás relacións humanas e profesionais. Sempre que existen decisións que implican actuacións sobre outras persoas se dan situacións de conflito de interese e iso podería non ser necesariamente problemático se se recoñecen e abordan de forma adecuada.

Os conflitos de interese mal xestionados implican unha perda de confianza no profesional pero tamén na institución para a cal traballa e de forma máis xeral na propia profesión.

O que vou desenvolver nesta exposición é aplicable aos conflitos de interese ou harmonización na atención dunha enfermidade prevalente como a artrite reumatoide ou a calquera enfermidade que tratemos os clínicos. No caso da Reumatoloxía, nos últimos anos houbo grandes e veloces avances na investigación. A irrupción no mercado de novas moléculas fan necesarios estudos clínicos con gran número de pacientes para mostrar datos de efectividade e seguridade. Isto implicou a practicamente todos os servizos de Reumatoloxía da nosa comunidade e iso impón novas regras na práctica clínica.

ética

Por outra banda as novas estratexias terapéuticas fan necesario maior número de programas de formación para aplicalas de forma correcta e introducen cambios nos modelos de xestión tradicionais xa que o clínico debe manexar fármacos custosos que supoñen un elevado consumo de recursos.

Ademais da práctica asistencial os médicos fomos incorporando, polo tanto, funcións relacionadas coa investigación, a docencia, a xestión ou mesmo a Administración. Esta incorporación pode mesmo ser beneficiosa para o ben xeral, o desenvolvemento da profesión e a mellora da práctica médica e polo tanto da atención dos pacientes, pero é certo que propicia a aparición de conflitos de interese en cada unha destas funcións.

Ocorre con frecuencia que os clínicos simplificamos a definición de situacións de conflito de interese, considerando con frecuencia que o impacto sobre a nosa práctica é mínimo, e non sempre se ten en conta que o impacto pode ocorrer de forma inconsciente.

Mesmo podemos experimentar, sen percepción de conflito, situacións que o son e que tradicionalmente están integradas na formación, a asistencia ou a investigación.

O habitual é que cando un clínico medita sobre os conflitos de interese o primeiro (e ás veces único) que se lle vén á mente é a relación coa industria farmacéutica en canto a financiamento de congresos, docencia recibida ou impartida, asesorías e outras actividades que ás veces parecen encamiñadas a mellorar a práctica do medicamento por canto supoñen formación ou posta ao día.

Non é infrecuente a percepción de que cando un programa de formación non ten que ver co produto da compañía que o financia, este conflito é de menor magnitude e mesmo improbable que condicione a práctica diaria. É certo que ás veces se trata de intencións enmascaradas de inclinar a tendencia cara aos intereses da compañía que financia as ditas actividades. Pero tamén o é que no caso das asesorías, en ocasións deuse o rexeitamento de actuacións propostas pola industria, que segundo os clínicos que participaban, se atopaban fóra da

Bioética

ética ou eran innecesarios. Outras veces poden dar lugar ao comezo de liñas de investigación que respondan a preguntas non resoltas na atención médica. Isto último que inicialmente podería interpretarse como un conflito de interese finalmente redundaría na mellor atención dos pacientes, dos pacientes en xeral? do avance do medicamento? A influencia que ten sobre a atención do paciente individual que temos no momento presente, aí quizais estea o debate.

A pregunta é se podería interpretarse que existirían dous tipos de conflitos de interese secundario; por unha banda aqueles que acompañan os primarios para poder darlles cumprimento e aqueles que só redundan en beneficio do clínico e, polo tanto, con connotacións indebidas. A fronteira con todo entre estes e os anteriores é difícil de delimitar na práctica.

Outra fonte de conflito de interese é a investigación clínica na que se percibe un ingreso económico por paciente incluído. A selección ha de estar imprescindiblemente guiada pola ética, cumprindo a normativa respecto diso, con absoluta transparencia ante o paciente facéndoo coñecedor das implicacións, das alternativas e do tipo de compensación que lles supón aos investigadores a súa inclusión no estudo.

Ás veces os pacientes interpretan que incluírse no estudo supón ter acceso a medicación estranxeira non existente no noso país. Mesmo poden ignorar que o fármaco en estudo aínda non está comercializado, que está en investigación e que poden caer no brazo placebo cando este existe. Garantir a información completa e veraz e velar pola seguridade e porque a investigación se leve a cabo coas máximas garantías para o paciente é ineludible.

En canto á comunicación dos resultados da investigación, deuse o caso de “tratamento estatístico de datos” que maquillan conclusións para achegarse ao resultado desexado e tamén a non publicación dos resultados “negativos”. Isto introduce un rumbo na interpretación de resultados que confunde o lector e que o poden levar a aplicar, na atención do paciente, fármacos que talvez non son tan efectivos ou tan seguros como as publicacións reflicten.



O coñecemento do método científico, a lectura crítica e a transparencia das bases de datos dos ensaios poden axudar a confirmar a veracidade dos resultados dos estudos e a detectar as desviacións orixe de confusión.

Nin sequera as revistas que publican os resultados dos estudos realizados escapan aos conflitos de interese e poden verse influenciadas por relacións financeiras, rivalidades ou filias profesionais dalgún dos axentes implicados na publicación. Algunhas revistas están xa comezando un camiño cara á transparencia para evitar estas circunstancias e que indica que algo se move polo camiño desexado.

Tamén os ámbitos de Docencia ou Xestión poden comportar conflitos de interese.

Os médicos temos a responsabilidade da formación dos futuros médicos ou especialistas o que fai necesario que nos acompañen cando atendemos o paciente para recibir adestramento na práctica clínica. Isto condiciona dedicar un tempo durante a asistencia á explicación, ao ensino na exploración e á comprobación da correcta aprendizaxe. Deberíámoslle pedir permiso ao paciente para facelo xa que se pode sentir incómodo ante a presenza de persoas diferentes ás que espera cando acode e que acompañan o seu médico. A súa consulta, polo tanto, pode requirir máis tempo do habitual nestas circunstancias. Na miña experiencia cando aos pacientes se lles explica que isto se fai deste xeito para mellorar a calidade da atención médica no futuro e cando a docencia se realiza con respecto acéptano e mesmo se mostran satisfeitos de colaborar nesta función.

Outra forma diferente de conflito de interese na docencia daríase, con respecto a esta, cando a presión asistencial nos impide o detemento que o ensino require. Dispoñer do tempo suficiente para compartir asistencia e docencia é fundamental e debe ser un obxectivo na organización da actividade dun servizo.

Xa por último, no terreo da xestión tamén podemos atoparnos con conflitos de interese. Os recursos do sistema público de saúde son limitados e os clínicos



temos a nosa responsabilidade na súa correcta utilización; debemos comprometer nos coa sustentabilidade do sistema sanitario. Cada vez máis, e é o noso deber, imbuímonos da idea de que habemos de prescribir en termos de eficiencia. Diminuír custos, aliviar listas de espera ou dar altas pode supoñer un incentivo que introduza conflitos de interés na nosa práctica. Non habemos de perder de vista que temos un compromiso coa sociedade de utilización racional dos recursos pero que o ben primario, que é a mellor atención do paciente, non ha de resentirse.

Os aspectos analizados móstrannos que a realidade dá lugar a situacións con certo grao de ambivalencia e non sempre se detectan todos os posibles conflitos de interese a que dá lugar. É fundamental a transparencia pero fai falta máis. Aínda queda camiño por percorrer que require formación e o cambio de mentalidade necesario para que no noso exercicio profesional prime por riba de calquera obxectivo o ben do enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

- Friedman et al. *Relationship Between Conflicts of Interest and Research Results*. J of Xene Intern Med 2004
- Guy JB. Conflict of interests for radiation oncologists: Harnessing disclosures from policy to reality. *Cancer Radiother*. 2016 May; 20(3):176-80.
- L. González-de Paz. *Conflicto de intereses en investigación clínica na área de atención primaria de saúde*. Semergen. 2014;40(2):104-108
- L. Naldi. *Conflicts of interest among academic dermatologists: freedom or constraint?* Br J Dermatol. 2016 Apr; 174 (4): 878–880
- Paul Campsall. *Financial Relationships between Organizations That Produce Clinical Practice Guidelines and the Biomedical Industry: A Cross-Sectional Study*. PLOS Medicine | DOI:10.1371/journal.pmed.1002029 May 31, 2016
- Robert Steinbrook. *Justifying conflicts of interest in medical journals: a very bad idea*. BMJ 2015; 350:h2942
- Roseman M et al. *Reporting of conflicts of interest from drug trials in Cochrane reviews: cross sectional study*. BMJ. 2012;345:e5155
- Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. *Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines*. JAMA. 2009; 301:831–841
- Declaración AMM sobre os conflitos de interese. Revisión 2015

Bioética

A continuación pasarei a presentar a nosa segunda relatora da tarde: **Nieves Molins Gauna**

- *Licenciada en Medicina e Cirurxía pola Universidade do País Vasco. Médica especialista en Anestesioloxía, Reanimación e Terapia da Dor*
- *Adxunta do Servizo de Anestesioloxía e Reanimación do Hospital da Coruña*
- *Experta en Bioética pola Universidade Complutense de Madrid. Secretaria do Comité de Ética Asistencial da EOXI de Coruña*
- *Vogal da Comisión Deontolóxica e de Ética do Colexio de Médicos da Coruña*
- *Docente en diversos cursos relacionados coa Bioética*

Bioética

2.2 Nunha cirurxía con alta implicación social

RELATORA → Nieves Molins Gauna
EOXI de Coruña

O conflito na súa forma orixinal é parte natural das relacións humanas, posto que xorde das diferenzas e incompatibilidade de intereses, percepcións e obxectivos entre as persoas.

Os profesionais da saúde estamos inmersos nun conflito entre dous principios básicos de moralidade: o interese propio e o altruísmo. O primeiro principio obríganos a promover os valores de preservación, crecemento e felicidade persoal. O segundo, baséase en promover os mesmos valores pero doutras persoas, mesmo en detrimento do interese propio. Os profesionais sanitarios en xeral debemos desenvolver a nosa profesión entre estes dous principios.

O que entendemos por conflito de intereses orixínase cando o xuízo profesional con relación a un interese primario (benestar do paciente) vese influenciado indebidamente ou en exceso por un interese secundario, como pode ser un proveito económico, un afán de notoriedade, prestixio profesional ou o recoñecemento e promoción profesional. Os intereses secundarios tamén poden estar relacionados con outros roles profesionais como a investigación, a docencia, ou a xestión. A relación médico-paciente é unha relación fiduciaria que é por definición unha relación de dependencia baseada na confianza e polo tanto debe estar suxeita aos máis altos estándares de conduta. Neste tipo de relacións o paciente é unha persoa vulnerable e o médico ten un poder derivado dos seus coñecementos e habilidades que deberá utilizar para promover o valor fundamental que rexe a súa profesión e que é o benestar do paciente. Este

ética

interese primario debe dirixir a toma de decisións. Se nese proceso decisional entran en consideración outros valores secundarios que poidan producir un afastamento dese valor ou interese primario é cando consideramos que existe un conflito de interese.

A presenza de conflitos de interese incrementa a posibilidade de tomar decisións erróneas eticamente. Ademais os conflitos de interese percibidos, aínda que as decisións tomadas sexan correctas, poden ser igual de danos e erosionar a confianza persoal ou da sociedade nos profesionais do medicamento, como os conflitos reais.

Os conflitos de interese poden xurdir en situacións onde a acción dun individuo en favor do seu propio interese realízase de maneira consciente, voluntaria e sen respecto á responsabilidade cara aos seus pacientes. Con todo, a maioría das veces a disparidade entre os intereses é moito máis sutil e mesmo inconsciente, pero pode afectar igualmente á toma de decisións.

Na relación clínica hai outro tipo de intereses do profesional como son as necesidades de coidado doutros pacientes, de lles dar prioridade a coidados en situacións de escaseza, as necesidades do médico en canto a descanso, relacións familiares ou sociais, de autoformación, labores docentes, investigadoras ou administrativas. O conflito que xorde con este tipo de intereses e o interese primario do medicamento coñécese co nome de conflito de tarefas. Este tipo de intereses son lexítimos e non necesariamente vai afectar as decisións clínicas, pero deben ser sopesados xa que poden provocar que o profesional, consciente ou inconscientemente, aplique os seus estándares de coidado de forma diferente a como o faría seguindo os criterios do bo xuízo profesional. Nestes casos si que poderían ser considerados auténticos conflitos de interese.

Entendemos por bo xuízo profesional a habilidade de tomar decisións baseadas no coñecemento e habilidades adquiridas a través da educación, o adiestramento e a experiencia. Pero ser un bo profesional do medicamento supón traballar para a incerteza polo que este factor vai introducir un elemento máis

Bioética

na definición que ten que ver cunha calidade ou virtude do bo profesional que é a prudencia.

Os transplantes de órganos son procedementos de alta implicación social xa que só son posibles tras a cesión en vida ou despois da morte dunha parte dun ser humano a outro.

O noso país ten, con 39,7 doadores por millón de habitantes en 2015, a maior taxa mundial en doazón de órganos por vixésimo cuarto ano consecutivo. Os factores de éxito deste modelo español inclúen un programa exhaustivo de educación, comunicación, relacións públicas, reembolso de gastos aos hospitais e mellora da calidade. A fonte de doadores son os hospitais públicos, que contan cos recursos necesarios para asegurar o éxito do programa de transplantes. O acceso universal á sanidade e a gratuidade dos transplantes tamén favorece a solidariedade e as actitudes positivas dos cidadáns á doazón. Un punto importante é a figura do coordinador de transplantes presente en todos os hospitais doadores e que é o responsable de identificar e avaliar os doadores, dar apoio necesario para o correcto mantemento dos potenciais doadores das unidades de críticos e entrevistar os familiares para obter o consentimento. Moitos destes coordinadores, estímase que un 85 %, son profesionais das unidades de coidados críticos, que son aquelas onde se xeran o maior número de doadores.

Os transplantes de órganos son a única opción de tratamento para mellorar ou salvar a vida dos pacientes con insuficiencia orgánica terminal. Respetan a autonomía dos pacientes e promoven valores como a xenerosidade e a solidariedade. Ademais, no caso do transplante renal sobre todos, son custo-efectivos. Algúns autores estiman que a doazón de 6 órganos dun doador multiorgánico, xera ata 55,8 anos de vida para diferentes receptores.

Por outra banda a OMS, o Código de Ética e Deontoloxía Médica da Organización Médica Colexial e a Sociedade Española de Medicamento Intensivo, Crítica e Unidades Coronarias consideran unha obriga dos profesionais fomentar e



promover a doazón de órganos baseándose na necesidade dos pacientes e nos resultados clínicos.

Con todo, a pesar dos avances científicos, entre un 8-10 % de pacientes seguen falecendo en lista de espera para un transplante no noso país. Estímase que 12 persoas ao día falecen esperando un órgano na Unión Europea. A separación entre a oferta e a demanda aumenta cada día a pesar dos esforzos dos profesionais e da Organización Nacional de Transplantes e outras organizacións internacionais, por incrementar a obtención de órganos con doadores expandidos, doadores de risco non estándar, doazón de vivo ou doadores falecidos por criterios circulatorios.

Os conflitos de interese que se poden presentar nunha cirurxía de alta implicación social como son os transplantes de órganos, son problemas éticos relevantes, frecuentes e de consecuencias non banais para os profesionais, os pacientes, as institucións e a sociedade.

Nos transplantes de órganos hai unha serie de condicións que predispoñen á aparición destes conflitos ou que dalgunha maneira constitúen intereses secundarios que poden potencialmente, afectar o xuízo dos profesionais na toma de decisións en situacións xa de seu de grande incerteza e posibilidade de conflito ético.

Estas condicións inclúen:

- Presión indirecta, tanto por parte da sociedade, como pola Organización Nacional de Transplantes, para manter a magnífica posición do modelo español na clasificación mundial. A presión pode ser tamén por manter o nivel transplantador no propio hospital ou na comunidade autónoma.
- Presión das listas de espera.
- Escaseza de doadores.
- Pagos extras polos procedementos ás unidades xeradoras, de apoio, extractoras e de tratamento intra e postoperatorio.



Os conflitos de interese aínda que sexan en esencia os mesmos preséntanse de maneira diferente segundo o momento do proceso. A continuación referireime a algúns destes momentos con máis repercusión para os clínicos.

Conflitos de interese na obtención de órganos

O proceso de identificación de posibles doadores aféctalles aos médicos de Unidades de Críticos ou de Urgencias e fundamentalmente aos coordinadores de transplante. O conflito pode xurdir á hora de determinar o pronóstico dos pacientes, a futilidade das medidas terapéuticas e por conseguinte á decisión de cando comezar coas medidas de mantemento do paciente xa convertido en doador. É fundamental a aceptación de que o interese primario do coidado intensivo é tratar activamente calquera dano potencialmente reversible nos pacientes, ata que quede suficientemente probado que este obxectivo é inalcanzable, e non conseguir doadores de órganos. A definición de futilidade debe ser pois o máis obxectiva posible, baseada en protocolos adecuados e separada do proceso de doazón de maneira explícita.

O intento de aumentar o número de órganos a través de doadores marxinais ou o uso de técnicas como a ventilación electiva-non terapéutica tamén poden ser un foco de conflitos de interese e precisan polo tanto da extremada corrección nos criterios de inclusión para evitar procedementos inútiles, danos para o paciente, custosos para a sociedade e dubidosos desde o punto de vista ético.

Outro capítulo importante na obtención de órganos para transplante é a entrevista coa familia. O papel dos coordinadores na obtención do consentimento familiar, nos casos nos que o paciente non deixou a súa vontade por escrito, é unha situación moi delicada porque coincide o momento de notificación da morte da persoa querida e a solicitude da doazón. Para evitar conflitos de interese os equipos que entrevistan as familias deben ser diferentes dos que trataron o posible doador.

Bio

Os conflitos de interese son ás veces inevitables, xa que pode coincidir un coordinador que tamén tivese algunha responsabilidade asistencial sobre o paciente. Nestes casos revelarlle á familia o conflito pode axudar a manter a confianza necesaria na relación clínica e no sistema.

Conflitos de interese na distribución dos órganos

As listas de espera onde pacientes morren cada ano esperando un órgano deben ser xestionadas con criterios clínicos e éticos baseados na equidade e a non discriminación. Os criterios clínicos establecidos polos profesionais dos diferentes grupos de traballo poden determinar nalgún momento a prioridade dun paciente sobre outro, pero na maioría dos casos para decidir a quen vai destinado un órgano, é preciso seguir unha lista de requisitos moi protocolizados polos diferentes grupos transplantadores como son compatibilidade (grupo sanguíneo, tamaño), idade, estado clínico ou tempo de espera en lista. Calquera conflito de interese que poida comprometer a equidade e a non discriminación na repartición deste ben escaso debe ser detectado para poder ser adecuadamente manexado.

Conflitos de interese nos diferentes tipos de doadores

→ Doadores en **morte cerebral**

A morte encefálica é un criterio de morte establecido e plenamente aceptado pola comunidade científica occidental, e aínda que certo debate ético persiste, a sociedade a través da lexislación e da súa aceptación polo consentimento das familias á doazón nestes casos, vai aceptando que a morte do cerebro significa a morte da persoa.



Os doadores en morte cerebral supoñen en España ao redor do 90 % e son a única fonte de corazóns. Con todo actualmente están a diminuír, primeiro polo menor índice de accidentes de tráfico (actualmente a primeira causa de morte cerebral é a hemorraxia intracerebral, que supón un 42 % dos doadores) e segundo, pola mellor atención aos pacientes neurocríticos.

O diagnóstico de morte cerebral realízase por criterios clínicos perfectamente establecidos e recolleitos na lexislación vixente.

O conflito de intereses nestes doadores podería derivar nun mantemento excesivo dos pacientes en situación catastrófica neurolóxica á espera da morte cerebral, é dicir nunha obstinación terapéutica onde o paciente se converte nun medio para conseguir un fin. Este mantemento de medidas só estaría xustificado se se realizasen de acordo co consentimento expreso ou presunto dos pacientes de doar os seus órganos. Por iso é polo que a entrevista coas familias require dunha información clara e transparente.

→ Doadores **en asistolia**

Os doadores en asistolia son aqueles cuxo diagnóstico de morte se realiza por criterios circulatorios determinados pola comunidade científica e avalados pola nosa lexislación. Os doadores da Clasificación de Maastricht tipo IIa e IIb aqueles que ou ben sofren parada cardiocirculatoria extrahospitalaria ou ben se paran unha vez que están no hospital, pero nos que as manobras de reanimación cardiopulmonar continuadas non son eficaces para restaurar a función cardíaca.

Nestes casos, os conflitos de interese poderían estar relacionados coa decisión de cando parar a reanimación cardiopulmonar. A decisión debe ser tomada polo equipo responsable do paciente e non polos coordinadores de transplantes. Se o equipo fose o mesmo, cousa que podería ocorrer porque os equipos reanimadores en urxencias son moitas veces intensivistas e dentro destes algúns son coordinadores de transplantes, vai xurdir un conflito en principio de

ética

tarefas. O médico ten un deber primario cara ao paciente que está a reanimar pero tamén debe promover a doazón de órganos. Que isto se converta nun conflito de intereses real ou percibido vai depender de se os profesionais son conscientes doutros intereses que poidan afectar as súas decisións e de se estas se realizan con transparencia e consenso con outros profesionais implicados.

Desde o ano 2011 aceptáronse en España os doadores en asistolia Maastricht III. Son aqueles pacientes con dano neurolóxico e ás veces respiratorio severo nos que se fai un diagnóstico de futilidade e exponse unha limitación de tratamentos de soporte vital (LTSV) polos profesionais que é aceptada pola familia. Se esta despois acepta tamén a doazón, o paciente é limitado e tras 5 minutos de parada cardiocirculatoria (tempo necesario marcado pola lei para o diagnóstico de morte por criterios cardíacos) procédese á extracción dos órganos doados. O feito de que os grupos que propoñen a LTSV e os que piden os órganos sexan diferentes é prioritario, como no caso dos doadores en asistolia tipo IIa e IIb.

A algúns autores con todo non lles parece suficiente que os profesionais que propoñen a LTSV ou os que limitan a reanimación cardiopulmonar non sexan coordinadores de transplante, xa que todos eles coñecen os beneficios dunha posible doazón sobre os posibles receptores, a institución, a unidade ou os colegas transplantadores e iso pode influír na toma de decisións. Incluso o feito de que o paciente teña un carné de doador, unhas instrucións previas ou que a familia fale de desexo de doazón do paciente, previo á indicación de LTSV podería introducir un rumbo debido a un conflito de intereses. De novo estar alerta para detectar estes rumbos potenciais é unha tarefa imprescindible de todos os profesionais.

→ Doadores **vivos**

Supoñen outra forma de expandir o número de doazóns. Consiste na doazón altruísta dun órgano ou parte del por unha persoa sa e que actúa de forma

Bioética

desinteresada (sen incentivos económicos), para conseguir un beneficio nunha persoa enferma. Normalmente hai unha conexión familiar ou emocional entre doador e receptor, pero non é obrigatorio. Na nosa comunidade autónoma realízanse só transplantes renais de doador vivo.

Parten das premisas de xustificación destes programas que son:

- Trátase dun procedemento seguro para os doadores (estudos previos e seguimento posterior asegurado).
- Os resultados destes transplantes son mellores para os receptores que os de doador cadáver.
- Concretamente no caso do transplante renal, supón un aforro de recursos pola súa eficiencia.

Ademais dos conflitos de interese que lles poden afectar aos profesionais neste tipo de doazón e que son similares aos xa comentados con outros tipos de doadores, debemos engadir a posibilidade de conflito de intereses entre doador e receptor, derivados de incentivos económicos entre ambos ou de presións emocionais ou familiares; ás veces claras ou ás veces inconscientes, que comprometan o altruísmo esixido. Os profesionais debemos considerar a detección destes conflitos de interese entre doador e receptor tan importantes como os propios. As propostas de incentivación da doazón en vivo que se barallaron nalgúns países como EUA e Australia para aumentar o número de doadores, supoñen un foco de conflitos de interese e outros problemas éticos que a sociedade terá que valorar se está disposta a tolerar.

Conflitos de interese na publicidade e investigación sobre os transplantes de órganos

Para finalizar, outro punto importante de conflitos de interese no tema dos transplantes de órganos é a publicidade que as organizacións de transplantes



realizan para informar a sociedade da necesidade de doar órganos e a actividade investigadora neste tema, que do mesmo xeito que calquera outra, debe estar sometida aos máis rigorosos controis tanto externos como dos propios profesionais investigadores. A mera declaración de non conflito de interese non serve de nada sen un convencemento claro e honesto de que, primeiro detectalos e despois manexalos é a única maneira de ser bos profesionais e de manter a confianza necesaria da sociedade no sistema.

Manexo dos conflitos de interese nos transplantes de órganos

- Os profesionais sanitarios **temos a responsabilidade** de manter unha adecuada vixilancia e un coñecemento dos posibles conflitos de interese e saber que poden actuar de forma inconsciente.
- É importante distinguir claramente a diferenza entre un **conflito de tarefas** e un **conflito de interese** e entender que o primeiro pode transformarse no segundo moitas veces por intereses pouco conscientes.
- Os profesionais, se **detectamos** un conflito de interese noutros compañeiros debemos **axudarlles** a recoñecelo e manexalo.
- Os profesionais debemos **mellorar** os estándares profesionais elaborando protocolos de actuación claros en calquera das fases do proceso de doazón ou transplante.
- Cando os conflitos son **inevitables**, ás veces, revelarllelos ás familias dos posibles doadores ou a outros compañeiros pode axudar a minimizar os seus efectos. Con todo esta práctica non absolve o médico da responsabilidade de manter a maior obxectividade posible.
- A sociedade e as institucións tamén teñen un labor importante no **recoñecemento e manexo** dos conflitos de interese.

ética

BIBLIOGRAFÍA

- Thompson DF. *Understanding financial conflict of interest*. N Engl J Med 1993; 329: 573-6.
- Roger S. Foster Jr. *Conflicts of interest: recognition, disclosure and management: Conley lecture. 2003 by the american College of Surgeons*. Published by Elsevier Science Inc. 196 (4): 505-17.
- Escudeiro D, Otero J. *Medicamento Intensivo e doazón de órganos. Explorando as últimas fronteiras?* Med Intensiva 2015; 39: 366-74.
- Tong A, Ralph A F et ao. *Focus Group Study of Public Opinion About Paying Living Kidney Donors in Australia*. Clin J Am Soc Nephrol 2015; 10: 1217-26.
- Joffe A R. *Organ donation after circulatory determination of death: A decisión with conflicts of interest?* Crit Care Med 2012; 40: 2178-9.
- Bell D. *Early identification of potential organ donor: fundamental role of intensive care or conflict of interest?* Intensive Care Med 2010; 36: 1451-3.
- Dickens BM. *Conflicts of interest; legal and ethical aspects*. 2006; 92: 192-7.
- Rodríguez-Arias D, Wriht L, Paredes D. *Success factors and ethical challenges of Spanish Model of organ donation*. Lancet 2010; 376: 1109-12.

Bioética

María Jesús Lago Vilaboa, *Diplomada Universitaria en Trabajo Social pola Universidade de Santiago de Compostela*

- *Experta en Psicopatoloxía e Saúde pola UNED . Especialista universitaria en Coidados paliativos pola Universidade da Coruña*
- *Foi secretaria xeral de Benestar da Xunta de Galicia Actualmente é traballadora social e xefa do Servizo de Traballo Social da EOXI de Vigo*
- *Participou como experta docente no "Projet de Jumelage" colaboración entre a Unión Europea e Marrocos*
- *Participación en diferentes congresos e xornadas relacionados co seu ámbito profesional . Participou en diversas publicacións*
- *Membro do Padroado e Consello Asesor da Fundación ESPLAI*

Bioética

2.3 Na resposta á dimensión social da saúde

RELATORA → María Jesús Lago Vilaboa
EOXI de Vigo

O traballo social é unha disciplina profesional que se ocupa fundamentalmente de promover o benestar das persoas, familias ou grupos a través dunha intervención conxunta e axeitada ás súas necesidades e coa finalidade de promover cambios e melloras nas súas condicións de vida.

As cuestións éticas están fundamente arraigadas na disciplina de traballo social, dado que precisamente, nesa intervención social, se visualizan e se concretan os principais dilemas éticos que teñen que resolver estes profesionais. Como sinalan, Loewenberg e Dolgoff (1996: XIII): «os problemas éticos xorden cando e onde a xente se ten que ocupar da vida humana, da súa supervivencia e o seu benestar. Nesas actividades implícanse diariamente os traballadores sociais». Pero tamén, na súa relación coas organizacións e administracións onde desenvolven ese labor e cos ámbitos políticos e de toma de decisións, ademais de entre os propios profesionais.

ética

Por isto e tal e como se recolle no Código de Ética da Federación Internacional de Traballo Social, (FITS. Australia. 2004) a conciencia ética é unha parte absolutamente necesaria na práctica de todo traballador social, posto que o traballo social se sitúa, polas súas propias características, ante situacións de conflito de intereses.

A capacidade de actuar segundo uns principios éticos constitúen un aspecto fundamental do servizo que ofrecemos á cidadanía e conforman o código deontolóxico da nosa profesión para facilitar o desenvolvemento dunha actividade profesional centrada na honestidade, credibilidade, independencia e unha intervención respectuosa, correcta e axeitada ás características e necesidades das persoas usuarias dús servizos sociais. Unha profesión cunha clara orixe en filosofías e ideais humanitarios e democráticos.

A través dos criterios recollidos no noso código ético establécense as formas de actuación, métodos e relacións entre profesionais e persoas usuarias, entre profesionais entre si e entre estes e as organizacións nas que desenvolven o seu labor. É algo moi importante, reflexionar sobre as responsabilidades dos profesionais cara á sociedade no exercicio da profesión.

Cómpre ter en conta que a profesión de traballo social ten unha orixe clara nos movementos benéficos de principios do século XX, que se foi configurando como disciplina profesional por mor de incorporarse aos principios democráticos recollidos nas distintas constitucións europeas e tivo que sufrir importantes cambios para deixar esas consideracións paternalistas e asistencialistas para se converter en axentes de cambio social.

Existen varias clasificacións sobre os dilemas éticos en traballo social dependendo de distintos autores. No estudo desenvolvido por Ballester, Uriz e Viscarret, (2011) defínense catro áreas importantes de determinación.

Bioética

1. Dilemas relacionados coa información e o seu tratamento. Confidencialidade, intimidade

Aínda que a información é propiedade dos pacientes, cando se produce unha ruptura nesa natureza, xorden conflitos e problemas que poden escachar unha relación profesional ou supor dano para terceiras persoas. (ex., denuncias por violencia de xénero, aínda en contra da opinión da paciente, ingresos involuntarios en unidades psiquiátricas etc.).

Nesta tiploxía inclúíranse dilemas relacionados coa información a terceiras persoas, a información contida nos informes sociais e a súa relevancia, información demandada por políticos, xefes de departamentos, membros dos equipos etc.

Pode darse a situación paradoxal da utilización da transparencia para o uso dos traballadores sociais coma fontes de información con fins pouco ou nada éticos.

Pode darse unha sobreinformación que condiciona as actuacións doutros profesionais pero tamén pode darse unha excesiva solicitude de datos por parte de todos os intervinientes nun proceso de avaliación social.

Onde está o límite? Onde se garante o principio de confidencialidade? Por que, por outra banda, se considera máis íntimo saber canto cobras que a enfermidade que padeces?

Desde o traballo social no eido sanitario arrastramos unha vella eiva, a non consideración de profesionais sanitarios. Sitúannos fóra dos espazos de información ou, cando menos, cuestiónase a dispoñibilidade de información compartida. Hoxe en día, un equipo de traballo en saúde ten que dispor de ferramentas comúns de traballo considerando a profesionalidade, o respecto á intimidade do paciente como unha obriga esixible.



Neste principio os traballadores sociais do sistema galego de saúde reclamamos a participación en igualdade de condicións que os profesionais sanitarios e queremos avanzar na proposta recollida na Lei 13/2009 do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia cara á dispoñibilidade dunha historia social única (sociosanitaria) reflectida nunha tarxeta social que sitúe o sistema de servizos sociais ao mesmo nivel que o sanitario.

2. Dilemas relacionados con aspectos propios do desenvolvemento profesional

O traballo social fundaméntase no respecto ás persoas e á súa dignidade, respectar a súa autodeterminación, o dereito a elixir e tomar decisións libremente en relación coa súa propia vida, sempre que non interfiran nos dereitos de terceiros. Promover a participación social e o compromiso na resolución das problemáticas que lles son propias, a abordar as problemáticas desde unha visión holística, a desenvolver as súas fortalezas e favorecer ou seu empoderamento.

Como abordar a relación de axuda desde unha postura de exceso de burocracia, de tempos excesivos, de recursos inadecuados ou inexistentes?

Como sobrevivir á estrutura administrativa na que nos movemos a diario. Esta situación pode producir que os/as profesionais do traballo social non desenvolvan intervencións adecuadas ou mesmo que xustifiquen as propostas pouco axeitadas (o menos malo). Ás veces os profesionais vense obrigados a prácticas adaptativas e conformistas en lugar de reformadoras e de progreso social.

O traballo social neste ámbito non pode perder de vista que traballa pola xustiza social, a redistribución equitativa dos recursos, que ten a obriga de se opoñer a políticas inxustas e mesmo ser unha práctica profesional non subordinada a intereses alleos.



3. Dilemas relacionados **coa disxuntiva compañeirismo versus corporativismo**

No estudo citado anteriormente recóllese, curiosamente, que unha altísima porcentaxe de profesionais entrevistados considera un dilema ético aquelas cuestións relacionadas coa mala praxe profesional de compañeiros/as. Dúbdidas sobre a necesidade de denunciar actuacións pouco ou nada éticas, desinterese, falta de habilidades e coñecementos profesionais suficientes, actitudes non axeitadas, métodos equivocados.

4. Dilemas centrados **na relación profesional/ persoa usuaria. Respecto da súa autonomía**

A diario os traballadores sociais topámonos con persoas que presentan importantes problemas, sociais, relacionais, económicos, conflitos que requiren ante todo profesionalidade, límites nunha relación de axuda que é propia do desenvolvemento profesional e que debe de ser bidireccional pero pode dar lugar a que se desvirtúe a relación por exceso de confianza, intromisións na vida privada de ambos, abusos de poder etc.

Estas situacións segundo o citado estudo son máis visibles en traballadores sociais que desenvolven o seu labor en servizos de saúde mental, adiccións e onde hai un grao importante de proximidade entre profesional e usuario.

No contexto actual, onde a crise fixo saltar toda estatística, onde os principios propios da profesión parecen relegados a un tempo xa pasado, cabe preguntarse ou reflexionar sobre certas preguntas e poñer a proba a fortaleza dos valores éticos da profesión, a masificación, inacción pública e a ideoloxización

Bio

das políticas sociais cara a un modelo neoliberal, deixa o traballador social nun contexto desconcertante.

En relación coa autonomía persoal e logo de 9 anos de implantación da Lei de dependencia só podemos pensar que foi unha lei agradecida electoralmente pero socialmente destrutora para o sistema público de servizos sociais, por varios motivos, o primeiro porque se identificou dependencia igual a cuarto pilar do benestar e deixa os servizos sociais relegados financeira, política e tecnicamente. (infancia, inclusión social...), en segundo lugar, porque burocratizou a xestión dos servizos de autonomía persoal, (hai que ser dependente oficial) nun proceso administrativo longo, perdendo o criterio técnico dos profesionais que traballan a pé de paciente, e finalmente porque supuxo o desenvolvemento de servizos de autonomía persoal dun xeito xeral para todas as comunidades autónomas cando as realidades eran ben distintas, os esforzos orzamentarios e as singularidades dos territorios e das súas xentes, tamén.

Resituándonos, **cando xorden os conflitos?** Somos profesionais da xustiza social, non da lei e da orde. Xustiza social cara a persoas con rostro, con dereitos. Actualmente hai un retroceso cara a prácticas paternalistas, benéficas, asistencialistas. (No paternalismo, caridade, compaixón).

- Cando se dá unha perda de identidade da profesión. De onde vimos e cara a onde imos, como manter o rumbo sen saltos cara atrás?
- Cando somos escravos dos nosos métodos. Representan estes métodos a garantía da calidade de vida e o benestar social?
- Cando descoñecemos os límites do respecto á autonomía e da autodeterminación. Son principios absolutos ou existen limitacións?

- Cando se descontrolan as relacións da Administración social co terceiro sector e a participación social organizada pasa ser a substituta da xestión pública.
- Cando non se garante a equidade na distribución dos servizos. Participamos nas programacións para atender a necesidades reais ou as convenientes?
- Cando existen profesionais que se senten utilizados por determinadas accións políticas. Dáselles prioridade aos intereses institucionais sobre os dereitos da cidadanía?

Como afrontar os conflitos

- Adaptándonos ás situacións que se presentan e centrando a intervención desde unha simple relación entre necesidades e recursos.
- Educando para minimizar as situacións de exclusión social.
- Traballando con técnicas transformadoras dunha sociedade cambiante na que a equidade, a transversalidade e a igualdade de oportunidades debe estar presente nas liñas da política social.

Por outra banda, Reamer, Frederic G. propón auditorías éticas como ferramenta de axuda para examinar as súas prácticas, procedementos e riscos, non se debe de perder de vista que nos debemos aos nosos pacientes, desde unha óptica de servizo público.

Ante todo, reducir a burocracia, entender a saúde como algo máis que a sanidade, facilitar a incorporación de traballadores sociais aos equipos de saúde, considerar o traballo social unha profesión sanitaria, maior formación universitaria, complementaria e reciclaxe profesional, evitan darlles prioridade aos números sobre a calidade e favorecer a autodeterminación dos pacientes.

Bio

Bioética

2.4 Nos coidados de enfermería

RELATORA → María Antonia Muñoz Mella
POVISA

Queridos colegas, atopámonos hoxe aquí reunidos para reflexionar e debater ao redor do título que nos convoca: CONFLICTO OU HARMONIZACIÓN NA ASISTENCIA SANITARIA? estruturado como unha dicotomía crucial e moi actual que afecta o campo do sanitario, e a múltiples rexistros tanto do social como do político actual en sentido amplo.

O obxectivo final seguro que non nos permitirá resolver de maneira ideal a dita dicotomía, pero case seguro que nos permitirá cribar algo do nuclear que contén, pois sabemos que a verdade sempre está instalada na precariedade.

Neste sentido a miña posición de partida é clara: existe conflito de interese de maneira obvia e, de feito por iso, aínda que non soamente, existen os comités de Ética, que tentan harmonizar ou suturar os buracos que se abren nun discurso como o científico, que nunca como ata a data tivo unha relevancia semellante.

Para ilustrar a miña hipótese e, sobre todo, para tentar contestar porqué se producen os conflitos de interese, farei un breve percorrido histórico, que permita situar os marcos referenciais do devir do discurso da Ciencia no século pasado e no actual.

Desde as súas orixes cartesianas ata mediados do século XIX, a ciencia constituía unha actividade relativamente desvinculada das persoas, quen na súa maioría permanecían alleas aos seus coñecementos ou a súa influencia.

ética

A partir da Segunda Gran Guerra o estatuto filosófico da ciencia coñeceu unha transformación decisiva e sen precedentes. A ciencia foi conquistando unha presenza social inédita ao momento de converterse, como sinalou Heidegger, no modo exclusivo e lexítimo de revelación da verdade.

Asistimos ao progresivo esboroamento das grandes mitoloxías e grandes relatos, que durante séculos serviron para organizar e administrar a orde do sentido da historia.

A Modernidade foi substituída pola Posmodernidade que, tal e como Lyotard describe no seu libro *La condición postmoderna*, caracterízase pola incredulidade con respecto aos metarrelatos, lugar que veu a ser ocupado pola ciencia, que suple a función que antes realizaba a relixión e as súas derivadas socio-políticas.

Deste xeito, a ciencia como discurso, brilla como unha divindade renovada, á que a humanidade reverencia co mesmo fervor ou temor que séculos antes lle dedicaba a Deus.

Como S.J. Gould di en *La falsa medida del hombre*: “a ciencia lonxe de constituír unha práctica pura, é unha actividade social que reflicte a ideoloxía dominante da sociedade na que se realiza, así como as esixencias políticas da época, e os prexuízos persoais dos seus practicantes”, é dicir, a Ciencia é entendida como unha nova ideoloxía na que a supresión do suxeito é o seu acto fundacional, e onde o biolóxico e o seu determinismo absoluto ás veces alcanza o grao de disparate (selección do sexo, o corpo como obxecto de consumo...).

Esta radical metamorfose, do moderno ao posmoderno, tivo consecuencias que van desde a configuración da identidade das culturas occidentais, ata a refundación de conceptos clave como comunidade, autoridade, relación social, discurso ou verdade, de modo que desde unha perspectiva antropolóxica se podería afirmar que a eclipse da Modernidade facilitou a irrupción do que xenericamente entendemos como conflitos de interese.

Bioética

Néstor García Canclini afirma na súa obra *Consumidores y Ciudadanos* que a identidade é unha construción que se relata. É unha narración sobre un mesmo que ten que ver co noso, e as metanarracións das que formamos parte.

A identidade sería un discurso por unha banda esencial e por outro cambiante a mercé do intercambio social, un discurso construído a través das relacións cun Outro en permanente interacción. Pero hoxe asistimos ao fenómeno da globalización, que é unha revolución silenciosa que ten a particularidade de modificar a relación do suxeito co Outro, en tanto que provoca unha perturbación no nivel de comunicación, no nivel do discurso.

A globalización implica un cambio radical relativo ao tempo e ao espazo, de modo que xa non nos comunicamos cun suxeito senón cun próximo que habita máis aló das perspectivas aludidas no discurso.

As consecuencias de que un próximo descoñecido suplante a un terceiro do seu mesmo espazo vital, trae consecuencias desestabilizadoras, non só no ámbito da conformación da subxectividade social, senón na esfera das relacións na comunidade.

Polo tanto, parece que o común-unitario ou o común-identitario xa non existe salvo como expresión subterfuxio, comunidade virtual, que vén ser a metáfora do baleiro que expresa a súa enunciación.

As comunidades enténdense como expresión da vontade dos individuos para inscribirse nun espazo e nun tempo; son un artefacto que dá conta da necesidade de articularse para sobrevivir, para fuxir da ineludible soidade do Un.

Pero se a comunidade, entendida tanto como estrutura, superestrutura, como orixe, morreu, onde estamos...?

Di Gergen que se unha narración non conta con espazos compatibles coas formas de pensamento hexemónicas se converte en absurda, porque todas nosas pequenas narracións particulares ían dirixidas a cumprir, a corroborar unhas premisas socio-culturais hoxe en crise ou directamente desaparecidas.



Se existían formas de narración amplamente aceptadas, historias de progresión positiva, historias cun común ideal de porvir, que permitían a inscrición da persoa na súa comunidade pola identificación co seu sistema de articulacións éticas, hoxe o individuo pódese identificar cunha masa cambiante de individuos que de forma itinerante consomen os mesmos produtos.

Se antes a participación nun metarrelato común daba garantías de pertenza a unha comunidade de destino fraguada pola vontade dos seus integrantes, o medular da comunidade actual é a súa falta de sustancia. Son comunidades de carácter superficial e conxuntural, estruturadas por vínculos esporádicos de individuos que comparten algunha experiencia, sen compromiso ningún no territorio da responsabilidade ética (internet e os seus foros sobre saúde e enfermidade...).

Así pois, Gergen conclúe afirmando que hoxe as comunidades máis que unha narración son unha imaxe.

Tamén Lyotard afirma que os metarrelatos que organizaban a racionalidade moderna están a esgotarse.

Michel Maffesoli apunta que a Modernidade, como proceso de carácter global estaría articulada sobre tres principios: a razón, o progreso e o traballo.

Para o home moderno o social viría ser a asunción literal destes tres principios, que se rebelan arquetípicos para poder interpretar a xenealoxía da identidade.

Se na Idade Media é a comunidade a que pensa os seus individuos, o *Cogito ergo sum* cartesiano viría corroborar a supremacía da identidade individual sobre as ideoloxías, e o *Contrato Social* de Rousseau poñería en valor a sociedade como autor, como superestrutura intelixente e con vida propia, capaz de facer sucumbir os imperativos predominantes no antigo Réxime: eu penso, eu interpreto e dótome dun contrato social que lle dá sentido á miña existencia.

A día de hoxe estes valores seguen existindo, pero, como afirma Maffesoli, xa non funcionan como imperativos categóricos.

ca

Doutra banda, di Vattimo que a Modernidade é a época na que a Historia se entende como un proceso progresivo de liberación. O máis recente ten o valor de mellor, de máis perfecto. É o paradigma da ciencia.

Pois ben, se iso é así, a identidade viría ser o vértice onde repousan os valores modernos, e deixaría de existir cando desaparece a posibilidade de seguir falando da historia como entidade unitaria.

A morte de Deus preconizada por Nietzsche e o interrogante sobre o sentido do Ser de Heidegger, teñen para Vattimo un efecto demoledor: se non hai Deus, nin progreso, se non hai un centro capaz de soportar os interrogantes do home, non hai Historia.

Habería, pois, unha volta de porca cara á heteroxenización do mundo, á razón sensible de Maffesolli como contrapunto á razón absoluta, de modo que a identidade non se construíría sobre a base da herdanza histórica dos metarrelatos, aliados a unha identificación masiva aos modelos, senón por identificacións múltiples de tal modo que a lóxica da identidade estaría mediatizada polo todo relación e todo interpretación.

Entón, dada a declinación dos ideais, as identificacións son lábiles, parciais. Non hai procesos de identificación máis ou menos claros ou definidos, senón redes múltiples e variables nas que os suxeitos eventualmente se colgan doutros “virtuais”, sen que ningunha supra de maneira consistente a presenza doutro inequívoco. A inexistencia dun Outro, provoca que non exista resposta última, nin verdade por atopar.

O concepto de sociedade transparente de Vattimo, concepto acuñado a partir da irrupción dos medios de comunicación de masas, viría ser a sociedade dun todo, dun *totum revolutum* que se enfrenta ao Un como solución. A solución de todos que pasa a ser a non-solución, e polo tanto a irrupción das particularidades, das fisuras, das marxes do discurso monolítico. O fluír das ideas, todas, simultaneamente, sen arraigamento, case sen pensamento.

Bio

Esta concepción posmoderna da realidade tradúcese antropoloxicamente en tres visións: a imposibilidade da verdade —di M. Foucault “non existe a verdade, senón un xentío de verdades” — a imposibilidade da obxectividade, e a imposibilidade de racionalidade.

No seminario *El Otro que no existe y sus comités de ética*, Miller e E. Laurent sitúan as coordenadas da nosa civilización actual.

A hipótese central dese seminario é que se antes o que primaba na civilización era o ideal, agora pola alianza entre a ciencia e o mercado, polas características do capitalismo contemporáneo, o que predomina é o real, é o Conflito de Interese.

Isto ten numerosas consecuencias; por unha banda o individuo pasou a ser un obxecto de mercado, e a tecnoloxía o que posibilita que os seus desexos pasen a ser interpretados como dereitos. É dicir, se algo parece evidente nos nosos tempos, é que entre a subxectividade (o sufrimento, os desexos etc.) dos individuos e o coñecemento científico, a tecnoloxía posibilita unha mediación que, en certo xeito, fai que o profesional relativice a necesidade dun xuízo ético.

O individuo-cidadán das nosas sociedades democráticas reivindica os seus dereitos, e nesta reivindicación subxace unha demanda inesgotable por obtelo TODO E XA, de modo que o coñecemento científico aliado coa tecnoloxía, están máis orientados á satisfacción desa demanda, a suturar os buracos do malestar social, que a liquidar problemas reais.

Este é a novo paradigma. A desvalorización do corpo, tomado como un obxecto de consumo, é un bo exemplo disto, como tamén a permisividade da fame e a pobreza...

Noutro sentido, pero dentro do mesmo discurso, sitúase o retorno a un hixienismo global autenticamente perverso que, amparado na promoción da saúde, oculta o seu verdadeiro obxectivo, a redución de custos... Así, temos numerosos exemplos como a proposta de expulsión dos obesos ou os fumadores da seguridade social no Reino Unido...



A alianza entre a ciencia e a industria está a transformar este mundo nun gran hospital: todos diagnosticados... todos medicados.

Boa proba diso é o manual proposto pola Asociación Psiquiátrica Norteamericana e que se utiliza para diagnosticar a enfermidade mental: o DSM V. Para a súa construción, é imprescindible que todas as doenzas e trastornos mentais sexan calculados, medidos e correlacionados, co obxecto de precisar e corrixir, por fin, o que sería o “trastorno mental”.

A consecuencia diso é que se multiplican os trastornos e o manual complicase cunha clasificación na que unha serie de números substitúen os cadros clínicos, bórranse as estruturas clínicas que poderían orientar o diagnóstico e, sobre todo, arrasando co suxeito do conflito psíquico, a singularidade da súa doenza, o detalle que o fai particular.

Volvendo ao tema nuclear da xornada, os conflitos de interese na asistencia sanitaria tamén se trasladan ao ámbito da colisión de dereitos socio-laborais. Por unha banda están os dereitos dos traballadores, expresados en normas e estatutos, e doutra banda o dereito dos pacientes para contar coa mellor asistencia sanitaria posible.

Na práctica diaria, o exercicio dos dereitos lexítimos dos traballadores choca de maneira flagrante cos dereitos dos pacientes: quendas, sistemas de garda, cadros vacacionais etc. que non contemplan os criterios de continuidade asistencial, o seguimento dos plans de coidados ou as referencias que, en determinados casos son imprescindibles para os pacientes.

Máis aló dos exemplos que fun despregando, máis vinculados á práctica médica, ningunha profesión sanitaria mantense á marxe dos conflitos de interese... aí temos o conflito xerado polo Decreto de prescrición enfermeira...

Cando estes novos paradigmas se presentan ao descuberto, existe a necesidade de acudir aos comités de Ética, é dicir, ás asembleas de todo tipo que tentan comprender ou conter a desregulación dos feitos sociais. Estes comités

ética

introduciron a ética como práctica pública, co obxectivo de poñer orde a través da procura do consenso. Desta maneira, o proceso de decisión moral en medicamento (como noutros ámbitos profesionais) resulta crecentemente institucionalizado e suxeito a regulacións formais.

Trátase, supostamente, de ir tras un consenso que inclúa todas as opinións dunha comunidade establecida, o que parece imposible...

Dito isto, creo que hai motivo para a esperanza... porque ao mesmo tempo que os excesos tecnolóxicos, a industria farmacéutica, a política descarnada propician a irrupción permanente de conflitos de interese, aumenta a conciencia de que isto é real, que non se trata dun construto de radicais. Así, aí temos iniciativas como as plataformas de profesionais sanitarios HU-CI ou SUEÑON, por citar algunha, que tentan volver poñer en valor o esencialmente necesario, e ás asociacións de pacientes que tentan emendar as fisuras do sistema.

Do mesmo xeito que os comités de Ética, que teñen un labor fundamental ao facer visibles as encrucilladas que expón a harmonización de todas as interpretacións posibles, dotando de sentido a asistencia, e articulando vectores de conciliación máis aló desa demanda socio-profesional insaciable.

Bioética

BIBLIOGRAFÍA

El Otro que no existe y sus Comités de Ética. Seminario de Miller, Jacques-Alain en colaboración de Eric Laurent. Buenos Aires, Paidós.

La condición posmoderna. Jean-Francois Lyotard, Cátedra 2006

Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización. Néstor García Canclini. Grijalbo, México, 1995

Reflexiones sobre la construcción social. Kenneth J. Gergen; Mary Gergen, Paidós Ibérica 2011

Elogio de la Razón Sensible: una visión intuitiva del mundo contemporáneo. Michel Maffesoli, Paidós Ibérica 1997

Más allá de la Interpretación. Gianni Vattimo. Paidós Ibérica 1995

El Discurso Filosófico de la Modernidad. Jürgen Habermas, Katz 2008

Foucault Desconocido. Rodrigo Castro Orellana. Universidade de Murcia 2011

La falsa medida del hombre. Stephen Jay Gould. Crítica 2003

Bioética

A continuación o noso último relator **Andreu Segura Benedicto**, Licenciado en Medicina pola Universidade Autónoma de Barcelona. Médico epidemiólogo, especialista en Saúde Pública que desenvolve a súa actividade no Departamento de Sanidade de Cataluña

- Primeiro presidente da Sociedade Española de Epidemioloxía . Vogal na Comisión Nacional da Especialidade de Medicamento Preventivo e Saúde Pública. Vogal do Consell Asesor de Saúde Pública e do Comité de Bioética de Cataluña
- Coordina o Grupo de Traballo da Sociedade Española de Saúde Pública e Administración Sanitaria/Fundación Grifols sobre ética e saúde pública e o de estudo e prevención da iatroxenia de SESPAS/OMC (Organización Médica Colexial)
- Profesor de Saúde Pública na Universidade Autónoma de Barcelona e na Universidade Pompeu Fabra

Bioética

2.5 Solucións para convivir co conflito de intereses

RELATOR → Andreu Segura Benedicto
Universidade Pompeu Fabra

Agradezo ao Consello de Bioética de Galicia a oportunidade de compartir algunhas consideracións para abordar do modo máis conveniente os eventuais conflitos de interese que no exercicio da nosa práctica profesional se nos poden presentar. Non se trata máis que dunha reflexión persoal que levo a cabo con certo esforzo e a mellor intención, aínda que nin o uno nin a outra garantan a súa utilidade.

Interese é palabra polisémica que pode ter que ver con actitudes persoais ben diferentes: do non pos interese, non che interesa nada, ata a colaboración desinteresada. Etimoloxicamente é “o que está entre” aínda que o DRAE nos fale do que importa. Poderíamos asumir pois que compartir un interese nos une e non facelo nos desliga.

Os intereses (os de cada un de nós) poden ser lexítimos ou non segundo a valoración moral que merezan. O que non implica a súa legalidade respectiva. E os conflitos de interese pódense producir cando un deles interfere con outro. Particularmente cando afecta o interese principal relacionado co propósito da nosa actividade sanitaria, neste caso. Unha actividade que pode ser á súa vez de moi distinta natureza segundo se trate da docencia, a investigación, a asistencia, a xestión ou a saúde pública. De maneira que a casuística potencial abarca moitos máis conflitos que os que se producen entre o beneficio económico e o ben do paciente.

ética

Doutra banda hai que distinguir cando todos os intereses en conflito son lexítimos e cando algún deles non o é ou non nolo parece e desde logo cando non é legal. Como tamén hai que ter en conta se o noso respecto ou a nosa adhesión a un determinado interese implica dolo ou non. E desde logo cales son os nosos valores morais e os que asume a comunidade ou as comunidades nas que se desenvolve a nosa vida e a nosa práctica profesional. E cal é a calidade destes valores morais, máis aló de coartadas retóricas e da hipocrísia.

Neste sentido vale a pena traer a colación algúns exemplos. Un deles ten que ver coa adopción de actitudes preventivas de posibles reclamacións ou litixios, a práctica do chamado medicamento defensivo, que supón levar a cabo algunhas actividades cuxo propósito non é o ben do paciente. O que pode comportar un conflito se para evitar eventuais prexuízos propios expoñemos ao paciente a potenciais efectos adversos, aínda cando a probabilidade de que os padeza sexa moi pequena. Porque non hai ningunha intervención médica totalmente inocua, ou por mellor dicilo, non é posible garantir de modo absoluto que unha intervención calquera nunca teña consecuencias indesexables. O costume, e ata a xurisprudencia, pode pois enmascarar a existencia de conflito de intereses. Outro exemplo sería a adopción sistemática de actividades clínicas preventivas, mesmo naqueles casos nos que a súa adopción non lles proporcione ningún beneficio apreciable ás persoas ás que se lles prescribe, unha actitude que pode corresponder con distintos intereses, como aumentar o prestixio profesional ou mesmo a propia comodidade. Nun ámbito como o noso dificilmente percíbese a existencia dun potencial conflito de interese, posto que por principio calquera actividade preventiva é plausible (no sentido de loable) de modo que a iatroxenia da prevención evoca o “lado escuro da forza” e por outro “a banalidade do mal”. Unha cultura caracterizada polo predominio do intervencionismo non proporciona a mellor contorna para sospeitar da posibilidade que se dean conflitos de intereses á hora de promover actividades sen sospeitar rigorosamente os proles e contras que se poden derivar delas.

Bioética

Aínda que nalgúns casos o conflito de interese poida levar a actos susceptibles de cualificación como delitos, os que neste contexto nos interesan máis son aqueles que, polo menos conscientemente, non implican vontade de dolo. De maneira que resulta básico recoñecer os nosos intereses. Tamén saber se entran ou non en conflito, unha valoración que moitas veces somos incapaces de efectuar adecuadamente. O que fai pensar no requisito que moitas publicacións médicas requiren dos autores: valorar eles mesmos, ás veces en contra dos seus intereses académicos, persoais etc. se os seus intereses entran en conflito. Precisamente cando están expostos ao sentido que supón vulgarse un mesmo. Polo que parece máis razoable facer unha declaración de intereses (relevantes para o caso, por suposto) que decidir pola súa propia conta.

Coñecer, recoñecer e declarar os nosos intereses é pois a primeira proposta para non sucumbir á tentación antes de empezar. E someter tales declaracións ao xuízo doutros, menos implicados directamente, máis capaces de valorar se algún daqueles intereses que recoñecemos e declaramos entran en conflito.

Que se dea conflito de interese non supón forzosamente que a nosa actividade sexa despreziable, senón que os nosos feitos, prescricións, interpretacións ou conclusións están expostos a un rumbo relevante que pode distorsionalos polo menos parcialmente. Ás veces trátase de conflitos dificilmente evitables do todo nese caso convén adoptar medidas que limiten ao máximo os potenciais prexuízos a terceiros. Por exemplo cando se accede a unha subvención ou a un patrocinio respecto dunha investigación se se evita calquera condición limitante, máis aló da cantidade conseguida.

Pero cando unha compañía alimentaria contrata a un xornalista para que faga publicidade do valor saudable dun iogur poñamos por caso, iso distorsiona a expectativa de información obxectiva que potencialmente merece un profesional do xornalismo, aínda que estea absolutamente convencido de que o iogur en cuestión mellora efectivamente a inmunidade de quen o consome. Do mesmo xeito cando unha sociedade “científica” avala determinados produtos



só cando obtén a cambio algunha compensación material sen revelalo explicitamente leva o público á confusión.

Unha das respostas tradicionais para limitar os danos dos conflitos de interese é o desenvolvemento dunha deontoloxía específica, sobre todo para aquelas profesións cuxos actos dificilmente pódense valorar na súa dimensión técnica por quen non dispoñen do coñecemento experto dos propios profesionais. A xustificación máis obvia da existencia dos colexios, de médicos, de avogados, de arquitectos etc. Corporacións de dereito público que a sociedade desenvolveu co fin primordial de que os propios profesionais lle garantan á poboación un exercicio profesional adecuado aos intereses xerais. E un dos instrumentos da corporacións é o código deontolóxico que, máis aló das leis, obriga os colexiados. Lamentablemente a percepción que ten boa parte da sociedade incluídos algúns profesionais é que os colexios serven para protexer aos colexiados e é innegable que non lles faltan exemplos para xustificar a súa valoración. Pero, simplemente, trátase dunha perversión dos propósitos que lexitiman a súa existencia, analogamente ao que ocorre na práctica co consentimento informado que en lugar de favorecer unha decisión responsable do paciente a miúdo límitase á prevención de reclamacións.

Pero a potencialidade dos códigos deontolóxicos para previr as consecuencias indesexables dos conflitos de interese, podería xustificar que se tentasen revitalizar como instrumento racionalizador. Hai con todo quen está convencido de que é unha vía morta porque sempre tivo unha dimensión de coartada que no fondo é polo que persistiron ata hoxe, máis como unha característica gremial que social.

Por iso é polo que se propoñen normas reguladoras de natureza máis xeral, leis de obrigado cumprimento nos ámbitos nos que os conflitos de interese poden ser máis espectaculares como ocorre coas “sunshine acts” americanas que regulan as relacións dos médicos coa industria farmacéutica. Leis que obrigan á declaración pública de intereses e fan accesible a información sobre

ca

o financiamento das actividades profesionais, sexan asistenciais ou de investigación. Aínda que xa se sabe que feita a lei, feita a trampa. E unha escalada de normas preventivas pode converterse nun labirinto do que só saen os que teñen medios para saltarse as normas. O que ocorre coa corrupción que dificilmente se evita incrementando as medidas de control. Con todo, a transparencia é necesaria, imprescindible. Pero unha transparencia que non signifique alagar o público con torrentes de datos a maioría dos cales son irrelevantes e o único que conseguen é disuadir de tomalos en consideración.

Convén pois promover unha cultura da transparencia, na que ninguén se sinta ofendido se, por exemplo, en condición de experto, nos preguntan a nosa opinión nun foro político, profesional ou simplemente público, habemos de presentarnos antes, é dicir declarando os nosos intereses. E que, se non se nos pregunta desconfiemos do propósito que ten quen nos convoque. Neste sentido chamoume poderosamente a atención que ao ser requirido nunha comisión das Cortes para valorar o anteproxecto de Lei xeral de saúde pública na miña condición de presidente de SESPAS ningún dos deputados presentes fixese a máis mínima consideración respecto diso.

Esta cultura da transparencia asúmela, polo menos formalmente, as revistas científicas máis prestixiosas ao requirir dos autores unha declaración de intereses, aínda que ás veces se limita simplemente a facer constar segundo o mesmo autor que non existe ningún conflito entre os distintos intereses que defende. Unha valoración subxectiva exposta precisamente aos rumbos aos que se enfrenta.

Pero tamén podemos promover as iniciativas persoais relacionadas coa boa reputación, o prestixio e sobre todo a propia conciencia. Xa que a influencia moral segue tendo relevancia, como poñen de manifesto, noutra orde de cousas, as segundas vítimas das reclamacións por iatroxenia.

Unha vez finalizadas as exposicións, agradecemento aos relatores polas súas intervencións e iníciase a quenda de preguntas entre o público aos que se pide brevidade para facilitar o maior número de intervencións.

Bioética



9:15 → 9:45
INAUGURACIÓN

INAUGURACIÓN
Jesús Vázquez Almuiña

9:45 → 10:00
PRESENTACIÓN

O CONFLITO DE INTERESES E A BIOÉTICA
José Antonio Seoane

10:00 → 12:00
MESA REDONDA

INTERESES EN CONFLITO NUNHA SOCIEDADE PLURAL

Na comunidade educativa
Rogelio Altisent Trota

Na industria farmacéutica
José Ramón Luis-Yagüe

Nunha organización sanitaria non governamental
Inés del Río Pastoriza

No ámbito xurídico
José Luís Seoane Spiegelbrg

12:30 → 13:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

O CONFLITO DE INTERESES NO ÁMBITO DA SAÚDE

Rosendo Bugarín González
Mónica Suárez Berea

13:00 → 14:00
COMUNICACIÓNS

COMUNICACIÓNS

16:30 → 19:00
MESA REDONDA

CONFLITO OU HARMONIZACIÓN NA ASISTENCIA SANITARIA?

Na atención dunha enfermidade prevalente en Galicia
Susana Romero Yuste

Nunha cirurxía con alta implicación social
Nieves Molins Gauna

Na resposta á dimensión social da saúde
M.^a Jesús Lago Vilaboa

Nos cuidados de enfermaría
M.^a Antonia Muñoz Mella

Solucións para convivir co conflito de intereses
Andreu Segura Benedicto

...conflito de valores

ética

Conflicto de intereses, conflicto de valores

19:30 → 20:30

CONFERENCIA
DE CALUSURA

RELATOR → Diego Gracia Guillén
Fundación de Ciencias da Saúde

O marco do debate: o novo rol social dos profesionais

No que segue voume ocupar do conflito de intereses dos profesionais. Na literatura fálase de conflitos de interese de empresas e organizacións, pero verdadeiros conflitos de interese non poden ter máis que quen son capaces de tomar decisións, e ás empresas e ás organizacións

Bioética

non cabe atribuírlles esa capacidade máis que metaforicamente. Isto ten que ver con outro tema que non é agora obxecto de análise, o de se as estruturas suprapersoais poden realizar actos e ser responsables dos seus actos, como defenden boa parte dos teóricos da impropriamente chamada “ética das organizacións”. Esta confusión procede do feito de que ás institucións se lles dotou de “personalidade xurídica”, o que leva por analogía a pensar que han de posuír tamén “personalidade moral”. Pero iso non é, ao meu modo de ver, correcto.

Co conflito de intereses sucede algo ata certo punto similar. Verdadeiros conflitos de interese non poden ter máis que quen toma decisións, que son os seres humanos. De todos eles, deixaremos de lado os conflitos de interese que poidan ter na súa vida privada, para ocuparnos só daqueles que xorden no curso da súa actividade profesional, e sobre todo dos conflitos entre eses dous tipos de vida, a privada e a profesional, de modo que os intereses privados do profesional entren en conflito cos intereses públicos que xestiona no exercicio da súa actividade, sexa esta a de político, empresario, funcionario público, médico etc.

Así definidos os conflitos de intereses, é de xeito evidente obvio que tiveron que existir sempre, e que, polo tanto, son tan antigos como a vida humana. Sempre que unha persoa particular pasou a xestionar intereses ou valores concernentes a outras persoas, ou intereses de carácter público, é obvio que se deron as condicións adecuadas para a existencia dun conflito de intereses, e que en proporción maior ou menor, eses conflitos terían lugar, produciríanse. O cal non deixa de resultar estraño, porque existe a percepción xeral de que isto dos conflitos de interese é moi moderno, aproximadamente do último medio século. A que se debe este paradoxo? Por que se fala agora tanto de conflitos de interese? Por que se consideran hoxe tan importantes, a diferenza do que parece suceder ao longo de séculos e séculos?

Unha posible resposta a tales preguntas é que hoxe os profesionais son menos íntegros que en épocas pasadas, que se dá neles con máis frecuencia que

1 Bioética

antes a corrupción, o suborno, a fraude e as condutas profesionais incorrectas. Pero este tipo de respostas choca cunha obxección fundamental, e é que resulta difícil pensar que os actuais seres humanos somos moi distintos dos de xeracións pasadas, e que ademais a nota característica da nosa é o aumento das condutas persoais indebidas. No canto dun “progreso indefinido”, como pensaron os filósofos ilustrados do século XVIII, estaríamos ante un “regreso”, non sei se indefinido, pero si moi marcado. A humanidade sería cada vez peor. Pero afirmar isto parece tan pouco sustentable como o foi a tese contraria, a do progreso indefinido. Se hai que lle dar unha resposta ao fenómeno do conflito de intereses, parece que debe ser outra.

Persoalmente penso que a actualidade do tema do conflito de intereses non se debe a razóns persoais senón estruturais; non é que os seres humanos, ou os profesionais, sexamos peores que antes; é que as cousas cambiaron. Cambiou a estrutura da sociedade, cambiou o rol dos profesionais, e en consecuencia foi necesario poñer a punto novos sistemas de control profesional. Un deles é isto que hoxe se coñece co nome de “declaración de conflito de intereses”. O que é realmente novo, o que non existiu nunca antes e non deixa de chamarnos a atención, é a figura da declaración do conflito de intereses que se introduciu ultimamente e que obriga a declarar, non a existencia dun conflito de interese, senón calquera relación que permita sospeitar a posible existencia dun conflito de interese. Pero volvamos ao principio.

Pensemos no que foi un profesional durante a maior parte da historia pasada, ao longo de séculos e séculos, mesmo de milenios. Hai máis de trinta anos expúxenme este problema, e seguindo unha intuición xenial de Max Weber, segundo a cal hai dous tipos de roles ocupacionais, uns positivamente privilexiados ou profesións, e outros que a sociedade privilexia negativamente e que tradicionalmente recibiron o nome de oficios. Os primeiros caracterízanse por ser roles selectos, poucos en número, cun estrito control da pertenza e que polo tanto actúan dentro da estrutura social como “monopolios”. Os se-

ética

gundos, pola contra, son roles abertos, que funcionan conforme ás regras do “libre mercado”, de tal modo que o seu poder social é parello ao seu tamaño. A tese de Max Weber é que as profesións clásicas, como o sacerdocio, a xestión dos poderes públicos ou do Estado (os roles lexislativo, executivo e xudicial) e o medicamento, funcionaron tradicionalmente conforme ao primeiro modelo, en tanto que os oficios manuais obedecen ao segundo. Os primeiros teñen “colexios profesionais”, en tanto que os segundos teñen que agruparse nunhas institucións distintas chamadas na antigüidade “confrarías” ou “gremios” e hoxe “sindicatos”.

Partindo das análises de Max Weber, quixen estudar máis en profundidade o primeiro deses roles sociais, o propio dos profesionais, tomando como modelo o do médico, que á súa vez estivo secularmente moi unido aos outros dous, o rol de sacerdote e o rol de gobernante. E analizando a documentación histórica, puiden illar cinco notas que, ao meu modo de ver, son as definitorias do rol clásico de profesional. Estas notas son as seguintes: En primeiro lugar, a “elección”: o profesional vese a si mesmo como unha persoa elixida. Esta elección pode interpretarse en termos relixiosos, como sucedeu en moitas culturas primitivas, ou seculares, como acontece no mundo moderno. Os antropólogos describiron profusamente como en moitas culturas primitivas o rol de chaman desempeña unha persoa que posúe certos trazos morfolóxicos particulares, como deformacións, ou certas enfermidades, por exemplo a epilepsia, que parece facerlles entrar en trazo e ter comunicación directa cos poderes superiores. Na Grecia antiga coñecía-se co nome de “enfermidade sacra”. Isto facía que o rol social de excepción destas persoas non fose resultado da elección por parte da comunidade senón dos deuses. No mundo moderno isto xa non é así, pero continúa a mesma idea de fondo, aínda que secularizada. É o que se denomina “vocación”. Estas actividades, o sacerdocio, o goberno, o medicamento, téñense por profundamente vocacionais. Non vale calquera persoa para elas, senón só o selecto grupo dos elixidos.

Bioética

A elección xera unha segunda nota, que é a “segregación”. A propia elección divina ou esa voz interna chamada vocación, sitúan o profesional nun nivel novo e distinto ao dos demais axentes sociais, distánciano da poboación común e dótano dun status particular, claramente privilexiado. Estes elixidos son persoas excepcionais dentro da dinámica do grupo social.

De aí a terceira nota, o “privilexio”. O rol de excepción sitúaos en condición de privilexiados. A eles non lles serán aplicables as normas que rexen para o común dos individuos do grupo. É máis, será conveniente que a súa “etiqueta” mostre á poboación a excepcionalidade do seu rol, de tal modo que os demais o identifiquen, recoñezan e acaten. Por iso é polo que a súa vestimenta non poida ser igual que a dos demais, especialmente cando ofician como profesionais.

Consecuencia do anterior é a cuarta nota, a “impunidade xurídica”. O Dereito non se lles aplica, non serve para sancionar as súas condutas, aínda que só sexa porque eles son a fonte dese mesmo dereito. Este é, quizá, o seu maior privilexio, e as súas últimas consecuencias chegan ata o día de hoxe. É sabido que, segundo a Constitución española de 1978, “a persoa do Rei é inviolable e non está suxeita a responsabilidade” (Art. 56.3). Por outra banda, de sempre sóubose que o médico é non só quen cura senón tamén quen dí o que é enfermidade; por tanto, non só aplica a norma senón que a establece. Este é o gran privilexio das profesións, e o que fai que o dereito común non lles resulte aplicable.

De aí a quinta e última nota dos profesionais, a “autoridade moral”. Do profesional espérase que sexa moralmente impecable; máis aínda, exemplar. E a razón diso é obvia: ten nas súas mans valores moi prezados polos seres humanos, a vida, a saúde, a xustiza, a persistencia máis alá da morte etc. Estes valores teñen a característica de que a súa mera lesión causa un dano irreparable, razón pola que as sancións a *posteriori* resultan insuficientes, xa que non serven para reparar o dano producido. De aí que a sociedade busque para a xestión destes valores persoas que, debido á súa excelencia, suponse a *priori* que non



van lesionar eses valores cos seus actos. Os profesionais teñen nas súas mans os valores máis prezados, e polo tanto han de estar dotados dunha gran calidade moral; han de ser, por iso, “excelentes”. Isto é o que tradicionalmente se entendeu por “aristocracia”. *Áristos* é en grego o superlativo de *agathós*, bo, e significa o mellor. Os valores socialmente máis importantes non poden deixarse noutras mans que nas dos mellores. De aí que se lles supoña e esixa unha alta calidade ética. Se eles fallan, as sociedades perden os seus valores máis prezados, invertébranse, como sinalou Ortega y Gasset.

Agora entenderase por que os profesionais estiveron tradicionalmente máis aló da lei, e por que tamén neles son clásicos os documentos éticos, en forma de “xuramentos”, “pregarias”, “códigos” etc. O exemplo do medicamento é paradigmático. Desde as súas orixes no mundo occidental tivo unha clara conciencia da importancia da ética, como o demostra non só o texto do xuramento hipocrático, senón todos os outros documentos de contido moral do *Corpus hippocraticum*, como os titulados Sobre a decencia, Preceptos e Sobre o médico. Pero iso mesmo sucede nos libros de formación de sacerdotes, e en toda a literatura sobre a educación dos futuros gobernantes, cal é o caso dos tratados titulados de *regimine principum*.

As citadas cinco notas, elección, segregación, privilexio, impunidade xurídica e autoridade moral, foron ao meu modo de ver as definitorias do rol social dos profesionais ao longo dos séculos. A unha conclusión parella chegou Talcott Parsons nos anos trinta do século XX, cando levou a cabo a súa coñecida investigación sobre as profesións. Das clásicas, considerou que só o medicamento fora capaz de asumir o fenómeno da ciencia moderna, tendo en conta de que o sacerdocio seguía exercéndose hoxe como en tempos moi remotos, e que o Dereito actual tampouco difería substancialmente, por exemplo, do Dereito romano. Así que decidiu facer unha enquisa social sobre as notas características dos médicos, porque pensou que as conclusións que extraese delas serían facilmente extensibles ao conxunto das profesións. E as notas que atopou foron

ca

catro: “universalismo” (do profesional espérase que atenda a todos, amigos e inimigos, sen ningún tipo de favoritismo ou acepción), “especificidade funcional” (o profesional é autoridade e impón a súa lei no ámbito específico da súa actividade), “neutralidade afectiva” (non aproveitarse da súa condición de autoridade en beneficio propio) e “orientación á colectividade” (do profesional espérase que atenda a todos, mesmo cando estes non cumbran coa súa parte na relación, como pode ser o caso dos pobres etc.). Como poderá advertirse, son notas, de novo, que definen un rol excepcional e de moi elevada condición moral.

Como consecuencia de todo o anterior, pensouse que había dous tipos de persoas, e polo tanto tamén dous tipos de ética ou dúas moralidades. Unha é a chamada “moralidade común”, propia da maioría dos membros do grupo social, e a outra a que se denominou “moralidade especial”, propia dos profesionais. Xa coñecemos algunhas notas desta última. Pero hai outras non menos importantes. Unha é a obriga de “segredo”. Do profesional espérase que non revele aquelas cousas que coñece no proceso da súa actividade profesional. E outra o “altruísmo”, o non ver a súa actividade como un negocio mercantil puro que busca sobre todo o beneficio propio, senón como unha actividade orientada ao ben común.

Ata aquí chega a descrición do que podemos denominar o paradigma clásico das profesións. Basta a súa mera formulación para que se abran todo tipo de interrogantes. A primeira sospeita é que esa idea das profesións, por máis que persistise ao longo de séculos, entrou en crise nos nosos días, ou quizá un pouco antes, ao longo da segunda metade do século XX. E, en efecto, así parece suceder. A gravidade da crise foi interpretada de modos moi distintos polos propios profesionais e pola sociedade. Os profesionais comezaron pensando que todo se debía á existencia de membros indignos, corruptos, que non cumprían cos deberes que a profesión esixe. Trataríase, pois, de suxeitos illados que era preciso controlar e, se é posible, expulsar do corpo profesional.

Bio

Esa foi a resposta nun principio máis frecuente entre os profesionais. Pero o tempo acabou convencendo a todos de que non se trata dun problema meramente conxuntural, debido á existencia de ovellas negras infiltradas no corpo das profesións, senón dun problema máis grave de tipo estrutural. As cousas cambiaron tanto, que xa non volverán ser o que foron durante tantos séculos. As relacións humanas horizontalizáronse, e as xerarquías sufriron críticas durísimas. De feito, na segunda metade do século XX todos os roles positivamente privilexiados entraron en crise. A sociedade négase a aceptar que poida haber persoas ou grupos cunha moralidade distinta da común. De aí a crítica implacable a que foron sometidos todos os grupos que reclamaban para si unha moralidade especial. Isto pasou coa milicia nos anos da guerra de Vietnam, co sacerdocio nos do Concilio Vaticano II, co medicamento a partir dos anos setenta e a aparición dos códigos de dereitos dos enfermos. Ninguén se librou desta crítica, incluídos xuíces, políticos, xefes de Estado e os propios monarcas. A todos se lles acabou a impiedade xurídica, e vímolos comparecendo ante os tribunais de xustiza, algo impensable ata hai moi poucas décadas.

O feito de que eses clásicos roles de excepción perdesen a súa antiga impiedade xurídica demostra ben que as vellas “profesións” empezaron a equipararse aos clásicos “oficios”, xa que a estes si que se lles viña aplicando o control xurídico desde tempos inmemoriais; polo menos, desde a época do código de Hammurabi. E é que, en efecto, nas últimas décadas do século XX profesións e oficios foron perdendo os seus anteriores contornos, ata nivelarse e confundirse. Todos deben estar sometidos á mesma lei, e de todos se espera que cumpran coas normas propias da denominada “moralidade común”. Abaixo os privilexios e as moralidades especiais.

Pero as cousas non son tan sinxelas. Pronto se viu que os valores que xestionan e promoven os distintos roles ocupacionais son moi distintos, polo cal as responsabilidades xurídicas e a calidade moral han de ser tamén diferentes. Isto levou á teoría hoxe vixente na área dos roles ocupacionais. Todos se ato-



é t i c

pan rexidos polo mesmo dereito e polas normas da moralidade común, pero aplicadas diferencialmente de acordo co rol ocupacional de cada un. Isto é o que se deu en chamar “moralidade común con especificidade de rol”. Non hai dúbida de que a responsabilidade do piloto de avión é moito maior que a do varredor, e a do cirurxián máis elevada que a de quen non ten nas súas mans a vida doutra persoa. Non todos os roles son iguais, porque non todos xestionan o mesmo tipo de valores. Hai valores máis apreciados que outros, de modo que a súa lesión é tamén máis grave. Do que se deduce que non todo o mundo xestiona o mesmo poder na súa actividade profesional. O poder existe e non se lle pode facer noxo. O gobernante manexa moito poder, e o xuíz e o médico tamén. Sería utópico e absurdo negalo. O importante non é acabar co poder, cousa ilusoria, senón xestionalo ben.

Así as cousas, atopámonos cun problema que xa tiña exposto e resolto ao seu modo o paradigma clásico. Trátase de que cando os valores que están en xogo son moi importantes, a mera sanción das condutas incorrectas, que o Dereito non pode levar a cabo máis que a posteriori, chega sempre tarde, porque o dano producido dificilmente poderá revertirse, e os demais tipos de compensación, por exemplo económica, resultan de xeito evidente insuficientes. Parece necesario poñer a punto un sistema que asegure a prevención das condutas incorrectas, co fin de protexer e promover ao máximo os valores en xogo. O Dereito para isto non posúe instrumentos excesivamente útiles. O seu método ordinario, a sanción, non serve para isto. Pero pode establecer normas preventivas de condutas incorrectas, de modo que eviten que se comentan infraccións que, esas si, serían obxecto de sanción.

ética

A perspectiva xurídica: as declaracións de conflitos de intereses

Con isto aterramos no tema das “declaracións de conflitos de intereses”. O primeiro que é preciso dicir é que esta figura naceu nas últimas décadas, debido á crise do rol profesional clásico, que tiña o seu propio sistema de control de calidade ou de procura da excelencia. Demos todo este amplo rodeo para entender o porqué desta figura de control das condutas incorrectas e de promoción da calidade. O segundo é que se trata dunha creación xurídica, non co obxecto de sancionar actos de corrupción, suborno, fraude ou calquera outra figura, senón de previr as malas prácticas. Por iso é polo que a declaración de conflitos de interese se converteu nun elemento clave do que hoxe adoitan chamarse “códigos de boas prácticas” en moi distintos dominios.

Pero que son intereses? Na psicoloxía antiga, a de Aristóteles e os seus coetáneos, había unha facultade ou potencia chamada *órexís*, termo que os latinos traduciron por *appetitus* e que se verte polo xeral ao español como “desexo”, aínda que tamén é posible traducilo por “interese”. A tese subxacente a esta teoría é que a potencia intelectual, o *noûs*, ve as cousas e o que convén facer, pero non ten forza motriz, non lanza á acción. Isto é o propio do desexo ou do interese. Do que se deduce que o termo interese é sumamente xenérico, e vén identificarse con todo móbil humano. Os intereses non son en principio negativos, senón positivos, xa que sen eles non se levaría a cabo acción ningunha. Os intereses son os nosos motores, os que nos levan a actuar.

Pero hai máis. É que eses intereses, dado que son sempre varios, entran con inusitada frecuencia en conflito entre eles. A vida humana está tecida de conflitos entre intereses. O cal non é nin bo, nin malo; simplemente, é.

Isto expón un pequeno problema, e é que a expresión “conflitos de interese” é, cando menos, ambigua. Quen non ten intereses, e quen non ten que decidir sobre intereses en conflito? É iso o que necesita detallarse nas declaracións

Bioética

de conflitos de interese? Por outra banda, os intereses son tantos e tan variados, e os conflitos tan frecuentes, que declarar todos resultaría practicamente imposible. Estaríamos a lles esixir aos suxeitos que fixesen uns exercicios de introspección ou de exame de conciencia que xa quixesen para si os grandes mestres da vida espiritual.

Diráseme que coa expresión “conflitos de interese” non nos estamos referindo a iso tan xenérico senón a algo moito máis concreto. É que hai intereses bos e malos, correctos e incorrectos, e do que se trata é de atallar estes últimos. O cal obriga a preguntase cales son os intereses incorrectos. Inmediatamente responderase que os prohibidos pola lei, ou os que xeran condutas sancionadas pola lei, como sucede nos casos de corrupción, de suborno, de fraude etc. De ser isto así, resultaría que se lle está pedindo ao propio suxeito que se declare culpable xa antes de levar a cabo o acto, tendo en conta que a declaración de conflito de intereses a ten que realizar previamente á realización do acto. Pero se algo ten claro o dereito, é que non pode pedir a ninguén que se autoinculpe.

Con isto temos dous posibles sentidos do termo “conflito de intereses”, que cabe denominar un amplísimo e o outro estritísimo. Neste último, os intereses para declarar son só aqueles que dan lugar a condutas que a lei sancionou xa como incorrectas ou ilegais. Pero se no primeiro caso dixemos que a declaración resulta simplemente imposible, neste segundo habería que dicir que é inútil, xa que non consistiría noutra cousa que na autoinculpación, mesmo antes de que leve a cabo a lesión do ben xurídico.

Entre eses dous sentidos do termo interese, o amplísimo e o estritísimo, hai outro que cabe denominar propio ou estrito. O que a declaración de conflito de intereses pretende é que as persoas declaren non xa algo que é claramente antixurídico, senón todo o que caiba facer sospeitar que o acto pode lesionar un ben xuridicamente protexido. Trátase de facer públicas todas aquelas cousas que poidan influír na decisión de facer algo xuridicamente incorrecto, e que



polo tanto poida mediatizar a vontade do suxeito nun sentido, facéndolle tomar unha decisión lesiva dun ben xuridicamente protexido. Así, o político terá que facer pública a súa declaración do IRPF, mostrando ou demostrando non só que non ten un patrimonio sospeitoso, senón que é case un mendigo, porque en caso contrario gañará a animadversión da cidadanía e perderá moitos votos. E o profesional do medicamento que prescribe fármacos deberá asinar e afirmar que non ten ningún tipo de relación económica directa con, por exemplo, os laboratorios que producen tales fármacos, non sexa que esa relación poida inducir a súa práctica prescritiva. Polo si ou polo non, a empresa farmacéutica, segundo as novas normas de Farmaindustria, haberá de publicar na súa páxina web todas as doazóns económicas que, por calquera vía ou motivo, lle realizase a un médico prescriptor, aínda por motivos completamente alleos aos fármacos que produce. Do que se trata é de romper a cadea entre produtor e prescriptor, de tal modo que ninguén poida sospeitar que haxa intereses comerciais inducindo na prescrición do profesional. A consecuencia é obvia: certos profesionais do medicamento néganse a recibir diñeiro por cousas tan banais como asistir a unha reunión científica, polo feito de que o seu nome sairá publicado na páxina web da empresa. Unha función que as empresas farmacéuticas, con razón ou sen ela, viñan exercendo desde hai moito tempo, a de financiar parcialmente a formación continuada dos profesionais, vese agora seriamente comprometida. E empeza a render a opinión de que, como sempre, van acabar pagando xustos por pecadores.

Unha vez aclarado en que consiste a “declaración de conflito de intereses”, cabe preguntarse se está a resultar eficaz, é dicir, se está a conseguir controlar os abusos polos que naceu. Se fose así, serían xustificables incluso as súas consecuencias negativas, esas que poderían atribuírse ao que agora se chama o “lume amigo”. Como pasou xa algún tempo desde a súa posta en práctica en certas áreas, como o das publicacións científicas, é posible avaliar os seus primeiros resultados. E a resposta é, ou ben negativa, ou ben dubidosa. Dito noutros termos, a declaración de conflito de intereses non acabou coa lesión

ética

dos bens xurídicos que fixeron pensar nela, é dicir, as malas prácticas profesionais, do tipo da corrupción, o suborno, a fraude etc. Os casos de corrupción, por exemplo, son tan frecuentes ou máis agora que en épocas anteriores, e en ámbitos máis concretos, como o propio das ciencias biomédicas, a chamada *scientific misconduct* ou profesional *misconduct* é dicir, a fraude nas publicacións científicas, cobra cada ano cifras que superan a dos anteriores. Isto pode non deberse necesariamente a un aumento das condutas incorrectas, senón a que, debido precisamente a que agora os autores asinan as declaracións de conflitos de intereses, esas condutas incorrectas son agora máis fáciles de identificar e saen en maior número á luz. Pero en calquera dos dous casos, é evidente que tales condutas se seguen dando e que a declaración de conflito de intereses non parece diminuír o seu número. Máis aínda, existe a sospeita, incluso o convencemento, de que moitas desas declaracións, que son polo xeral declaracións de non conflito de intereses, son falsas. O cidadán desconfía de que as declaracións de patrimonio dos políticos non estean trucadas, e no caso concreto do medicamento, o evitar toda sospeita de relación directa entre produtor e prescriptor, non impide que se abran outras vías, por suposto indirectas, que acaben dando como resultado situacións moi parecidas ás que se pretendían evitar. E que dicir dos *curricula* profesionais e da frecuencia da fraude mesmo nas mellores publicacións científicas. Por citar só un caso, valla o recentísimo de Paolo Macchiarini, que fixo dimitir hai só unhas semanas a toda a plana maior do prestixioso Karoliska Institute.

O dito non priva de valor as declaracións de conflitos de interese, ou quere dicir que sexan completamente inútiles. Poden ser necesarias para previr certas condutas incorrectas, pero desde logo non suficientes. E iso por unha razón moi elemental, porque a lei é sempre un epifenómeno dos valores con vixencia nunha sociedade, de tal modo que se non actuamos a este outro nivel, a propia lei nacerá xa nesgada, e en caso contrario resultará case imposible de aplicar. Tanto nun caso como no outro, a eficacia da lei será moi limitada.

Bio

A perspectiva ética: a deliberación sobre os conflitos de valores

O feito de lles esixir ás persoas que desempeñan roles destacados o declarar publicamente os seus posibles conflitos de interese, non hai dúbida de que foi un paso importante. Pero a cuestión está en se con iso podemos darnos por satisfeitos, ou se se precisa ir máis aló, e neste último caso, onde e como.

En tanto que figura tipicamente xurídica, creada polo dereito co obxectivo de previr a lesión de bens xurídicos, resulta obvio que por “intereses” hai que entender aqueles bens que a lexislación ten por tales, e que cando non é este o caso, non pode falarse de conflito de intereses, nin hai lugar a declaración ningunha en tal sentido.

Algúns exemplos poden servir de ilustración. O primeiro é o da “usura”. A lexislación da maior parte dos países prohibiuna ao longo de case toda a súa historia. España promulgou hai escasamente un século, o 23 de xuño de 1908, unha “Lei de represión da usura”, xeralmente coñecida como “lei Azcárate”. Nin esta lei, nin a súa modificación do 8 de xaneiro de 2001, fixa a porcentaxe de interese que debe considerarse usurario. Si o fai a xurisprudencia, que o fixa en cifras comprendidas entre o 30 % e o 40 %, segundo sexa o tipo de xuro vixente en cada momento no mercado. Os xuros inferiores, a lei considéraos normais, polo que non cabe falar de usura, nin en consecuencia de conflito de intereses. O que é usura, polo tanto, non o fixa o Dereito senón a sociedade.

Postos xa a falar dos bancos, cabería lembrar o que sucedeu co famoso tema das accións ou participacións “preferentes”. Emitíanas as entidades financeiras, esas que ata hai non máis de corenta anos tiñan por negocio prestar diñeiro a un certo interese. Ese tipo de actividade agrúpase hoxe baixo o nome xenérico de “banca comercial”, para distinguila doutra, que da noite para a mañá creceu dentro desas mesmas institucións e acabar cobrando un corpo

desproporcionado, e que se coñece como “banca de investimento”. Tratouse dun proceso do que os cidadáns non foron conscientes ata que non se produciu o escándalo das “preferentes”. Resulta que o banco comercial se converteu en banco de investimento, que utiliza os seus clientes como investidores, case sen eles darse conta. A cousa non tería maior importancia se nesa utilización do contacorrentista o banco non incorrese nun flagrante conflito de intereses. En tanto que institución bancaria, o seu obxectivo é gañar diñeiro, canto máis mellor. Pero iso é tamén o que pretende o cliente. Está claro que ambos os intereses contrapóñense, e que no proceso o banco non será tan neutral como o cliente desexaría. Así as cousas, deberíase esixir ao banco que fixese unha declaración previa de intereses?

Outro exemplo é o dunha figura da deontoloxía médica clásica, coñecida co nome de “dicotomía”. O dicionario da RAE defínea así: “Práctica condenada pola recta deontoloxía, que consiste no pago dunha comisión polo médico consultante, operador ou especialista, ao médico de cabeceira que lle recomendou un cliente”. Deixando de lado o da “recta deontoloxía”, é claro que na dicotomía hai un caso flagrante de conflito de intereses, pero do que nada di o Dereito positivo. Resulta nese caso necesaria a declaración de intereses, ou non? Dirase que iso da dicotomía é cousa doutros tempos, cando non había pago por terceiros, dado que hoxe, cando o profesional, tanto público como privado, exerce a súa actividade polo xeral nun centro asistencial onde coexisten todo tipo de especialidades, todo é dicotomía ou nada é dicotomía. Iso explica que desaparecese practicamente dos códigos de ética médica. O de España límitase a dicir: “Os honorarios médicos serán dignos e non abusivos. Prohíbense as prácticas dicotómicas, a percepción de honorarios por actos non realizados e a derivación de pacientes con fins lucrativos entre institucións e centros” (Art. 66.3). Pero é que a dicotomía ten hoxe un rostro distinto e recibe un novo nome. Trátase do *managed care*, o que se traduciu ao español como “xestión clínica”. Pode o profesional recibir beneficios directos en proporción ás probas que pida, ou

Bio

máis ben que non pida, e polo tanto ao diñeiro que aforre? Non hai dúbida de que estamos ante un superlativo conflito de intereses, pero deben declaralo os profesionais?

Por moitas voltas que demos ao asunto, sempre resultará que toda a teoría da declaración de conflito de intereses estableceuse como un mecanismo preventivo de protección de bens xurídicos, co fin de que estes non resulten lesionados. Pero o problema está en se iso é suficiente, se non resulta preciso ir máis aló do que se denominan bens xurídicos. Vexamos en que sentido.

O Dereito é un epifenómeno xurdido desde o sistema de valores propio de cada sociedade. Os bens xurídicos son tales porque así os considera a sociedade. Esta, a sociedade, ten algo previo a eses bens xurídicos, que xeralmente coñecemos co nome de valores. Estes son os que logo poden converterse en bens xuridicamente protexidos. Os valores, en principio, non son bens xurídicos, ou todo o máis son bens xuridicamente protexibles, pero non sempre nin necesariamente protexidos.

Pois ben, a ética sitúase no nivel dos valores, non dos bens xurídicos. O seu obxectivo é traballar coa sociedade na deliberación sobre os seus valores e a posterior toma de decisións correctas. Introducir o termo valor require unha breve explicación, sobre todo hoxe que abundan os erros e malentendidos ao redor da teoría do valor. A valoración é un fenómeno espontáneo e natural no ser humano. Todo o que vemos, pensamos, sentimos, imaxinamos etc., sometémolo inmediatamente a un proceso de valoración: pareceranos bo ou malo, belo ou feo, interesante ou aburrido, etc. Valorar non é opcional nos seres humanos. Todos valoramos, e valoramos necesariamente. Por iso é polo que se trate dun fenómeno universal na nosa especie.

A valoración comeza sendo subxectiva, é dicir, algo que interiormente sentimos e pensamos. Pero, igual que antes dixemos dos intereses, ten a característica de que move á acción. A intelixencia non move, simplemente ve ou entende. O



que move é que iso que vemos ou entendemos, estimámolo interesante, ou importante, ou necesario, ou bo etc. Actuamos porque valoramos positivamente o obxectivo do proxecto. En caso contrario, ninguén faría nada. O acto consiste sempre no mesmo, na realización de algo que estimamos e que aínda non existe. O que facemos ao actuar é “engadir valor” ás cousas. Ao pintar un cadro engadímoslle valor estético ao lenzo etc. E como o valor queda obxectivado na cousa á que lle engadimos valor, o cadro, a casa que construímos etc., resulta que eses valores que comezaron sendo subxectivos se obxectivan a través dos nosos actos, cobran corpo e vida propia, distinta da nosa. O cadro, unha vez pintado, empeza a existir en por si, e a beleza que plasmamos nel independízase de nós, e entra a formar parte do que Hegel chamou “espírito obxectivo”, é dicir, do que comunmente coñecemos co nome de “cultura”. A cultura non é outra cousa que o depósito de valores dunha sociedade. Un depósito tan obxectivo, que será parte da herdanza que lles deixaremos aos nosos fillos. Como dixo Zubiri, o legado que recibe cada xeración da anterior está composto por unha “transmisión xenética” e unha “tradicón cultural”. Esta última consiste no depósito de valores que fomos obxectivando a través dos nosos actos, e que quen nos suceda non terá máis remedio que asumir. Logo, cando sexan adultos, poderán tentar modificar ese depósito a través dos seus actos. Pero teñen que comezar asumíndoos como propios. Tan obxectivo é isto dos valores. Hai sociedades corruptas, porque a corrupción, un disvalor, obxectívouse nelas a través dos actos dos seus membros.

Os valores, pois, son obxectivos, e constitúen a alma de toda sociedade. Os valores son de moi diversos tipos, estéticos, relixiosos, sociais, xurídicos, económicos etc. Todos eles se poden dividir en dous grupos, un cos denominados valores instrumentais, ou técnicos, ou por referencia, e outro cos valores intrínsecos ou valores en si. Esta distinción é moi importante, porque os primeiros mídense en unidades monetarias, en tanto que os segundos teñen valor con independencia do seu prezo. Nin que dicir ten que estes son os máis

ética

importantes; o seu valor, de feito, é inapreciable. Pois ben, a importancia de utilizar a linguaxe do “valor” no canto do dos “intereses”, está en que por intereses adoitan entenderse sempre os chamados “intereses materiais”, é dicir, os económicos. A lingua distingue perfectamente o singular “interese”, que ten un sentido moi xeral e vén identificarse con valor sen máis, e os plural “intereses”, que adoitan ser só os intereses económicos. Isto quere dicir que co plural intereses só se fai referencia aos valores instrumentais, non aos intrínsecos. O conflito de intereses adoita facer referencia a un conflito entre o interese económico, por unha banda, e un valor xuridicamente protexido, por outra. O que coa declaración de conflito de intereses se quere dar a entender é que o interese monetario non lesionará ningún ben xurídico. Xa dixemos antes cales son as razóns polas que en ética debe falarse de valores e non de bens xurídicos. E agora engadimos que o conflito moral non é “conflito de intereses” senón “conflito de valores”, porque xorde cando hai en xogo dous ou máis valores que entran en conflito, atópanse ou non positivizados como normas ou leis.

O obxectivo da ética é ensinarlles aos cidadáns para resolver do modo óptimo os conflitos de valores. Non é tarefa fácil. En primeiro lugar, porque os conflitos xeran angustia no ser humano e esta fai que tomemos decisións instantáneas, irreflexivas, polo xeral pouco prudentes. Os conflitos de valores non hai outro modo de resolvelos que deliberando. Se a consigna xurídica foi “declarar conflitos de interese”, a ética non pode ser outra que a de “deliberar sobre os conflitos de valor”. O obxectivo da deliberación é buscar a saída óptima, é dicir, aquela que promova máis a realización de todos os valores en xogo ou que os lesione en menor medida. Non se trata de negar os intereses, trátase de controlalos dentro de límites razoables e prudentes a través do procedemento da deliberación. Se aprendésemos a deliberar correctamente, as nosas decisións gañarían en calidade e as propias declaracións de conflitos de interese resultarían máis fiables.

Bioética

A deliberación sobre os conflitos de valor ten por obxecto que tomemos decisións razoables, prudentes, responsables ou sabias. A súa función é, polo tanto, preventiva, evitar as decisións incorrectas. A educación moral ten sempre carácter preventivo. Vimos que a declaración dos conflitos de interese xurdiu para cumprir unha función similar, dado que tamén é preventiva. Entre ambas hai, con todo, unha diferenza fundamental. No caso da ética trátase de autocontrol, do control que exerce sobre si mesma unha persoa moralmente autónoma. No das declaracións de conflitos de intereses, pola contra, apélase ao heterocontrol, á esixencia externa que impón un requisito se alguén quere que recibir unha axuda económica ou que o seu artigo apareza publicado nunha revista de alto índice de impacto. Dito en termos máis propios da ética, aínda que os dous son procedementos preventivos, o primeiro é estritamente autónomo, en tanto que o segundo é de xeito evidente heterónimo. Parece un puro matiz, pero trátase dunha diferenza esencial.

Diráseme que isto é pouco operativo. Pero eu respondería que, con todo, é moi educativo. E que educar nos valores e na resolución correcta dos conflitos de valor, é o obxectivo da ética. Ese é o noso gran déficit, o que está na base de todos estes conflitos que pretendemos arranxar mediante artefactos legais, sen advertir que o elemento preventivo fundamental é e será sempre a educación en valores, a educación moral da sociedade na autonomía e o autocontrol. A gran perversión da nosa sociedade occidental está en que, a partir do século XVIII, como denunciou en máis dunha ocasión Heidegger, fixo unha opción preferente polos valores instrumentais en detrimento de os intrínsecos; máis concisamente, polo diñeiro no canto de polos valores que os economistas chaman intanxibles. E así nos vai. Esa opción é tamén de valor, e polo tanto é algo que se obxectiva, e entra a formar parte dese depósito obxectivo que chamamos cultura. De igual modo que hai culturas corruptas, hainas que optaron por uns valores ou por outros. Nós optamos decididamente polo valor económico. O cidadán occidental pensa que co diñeiro se poden arranxar todas as demais

Bioética

cousas. Se hai riqueza económica todo o demais se nos dará por engadidura. Tal é a presunción inconsciente da nosa sociedade. De aí a obsesión case enfermiza polo diñeiro. E sendo isto así, pode estrañarnos a frecuencia da fraude, da corrupción, do suborno, da falsidade documental? Conseguiremos a través da chamada “transparencia”, ou da publicidade que xera a declaración de intereses, poñer coto a tanta conduta inmoral? Penso que non, entre outras cousas porque reducir a ética á transparencia ou á publicación das condutas incorrectas é, simplemente, non saber de que se está falando. Que puidese ser, xusto, que está a suceder.

JORNADA

El conflicto de intereses y la Bioética

VERSIÓN CASTELLANO

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade-Secretaría Xeral Técnica- Consello de Bioética de Galicia
Santiago de Compostela
2016

El presente documento fue aprobado por el Consello de Bioética de Galicia, en la sesión celebrada el 16 de noviembre de 2016, y formaban parte de él los siguientes miembros:

Presidente:

José Antonio Seoane Rodríguez

Vicepresidenta:

Ana Concheiro Guisán

Secretaria:

Teresa Conde Cid

Vocales:

Rosendo Bugarín González

Natalia Cal Purriños

Olivia Díez Lindín

Irene Esperón Rodríguez

Mariana García García

Ana Guillén Vilanova

Xurxo Hervada Vidal

Victoria Lojo Vicente

Manuel Macía Cortiñas

María Ponte García

Carmen Ramil Fraga

Antonio Rodríguez Núñez

Alberto Ruano Raviña

Silvia Sánchez Radío

Carmen Solloso Blanco

Mónica Suárez Berea

Alfredo Valdés Paredes

Isabel Vila Iglesias

09: 15 INAUGURACIÓN



175 → 176 **Inauguración**

5 → 8

PONENTE → **Jesús Vázquez Almuiña**

Conselleiro de Sanidade

Bos días a todos, buenos días a todos.

Gracias por acompañarnos en esta jornada de reflexión conjunta sobre una cuestión tan relevante como la que constituye el conflicto de intereses y la bioética. Agradecimiento, en especial, a los organizadores que han hecho posible su celebración y, naturalmente, a los ponentes que compartirán con nosotros sus conocimientos y experiencias.

Reflexionar es pensar atenta y detenidamente sobre algo, y creo que el tema lo merece. En los últimos años, hemos vivido cambios sin precedentes en el ejercicio y la práctica de la asistencia sanitaria. Estas transformaciones han desencadenado un intenso proceso de revisión de la autonomía y regulación de las profesiones sanitarias y sus relaciones con la ciudadanía y la administración, y también sobre los principios éticos que deben regir nuestras actuaciones.

No podemos obviar que, en realidad, el conflicto es parte natural de las relaciones humanas, puesto que surge de las diferencias e incompatibilidad de intereses, percepciones u objetivos, entre dos o más personas. En nuestro campo, Thompson, hace ya más de 20 años, establecía que se podía originar un conflicto de intereses en aquellas circunstancias en que el juicio de un profesional en relación a su interés primario (tal como puede ser el bienestar del paciente para el clínico, o la validez de la investigación para el investigador, o el interés educativo o asistencial), se ve influenciado indebidamente o en exceso por un interés secundario, como puede ser un provecho económico (beneficio financiero) o

un afán de notoriedad, prestigio personal o el reconocimiento y promoción profesional. Dicho de otra forma, hablamos de potenciales conflictos entre el deber profesional y otro tipo de intereses, que a su vez pueden o no ser legítimos.

Conviene precisar que la presencia de un conflicto de intereses no supone por sí misma que se producirá un resultado incorrecto desde el punto de vista ético, pero es evidente que incrementa su posibilidad. Dependerá precisamente de cómo se lleve, de cómo se realice, esta particular situación. Por otra parte, todos tenemos intereses, aunque sea en diferente grado u objeto, y casi no hay actividad humana que, en el fondo, no pretenda obtener algún tipo de beneficio, sea éste lícito o no.

Es desde luego un tema apasionante. Se trata de reflexionar sobre los valores que deben guiar las decisiones de la organización y de las personas que la conforman. Si la bioética clínica subraya el valor de la autonomía y revisa el significado de la beneficencia médica, la ética de las organizaciones debe apuntar a la justicia, a la equidad, a la eficiencia, y la calidad. Singularmente, lo hacemos mediante la gestión eficaz y equitativa de los recursos que la ciudadanía pone a nuestra disposición, pero no olvidamos reflexionar sobre otros valores en el cuidado de la salud. En definitiva, vemos a la bioética como un instrumento de calidad para la atención sanitaria en el sistema público de salud de Galicia.

En esta línea, queremos dar un paso adelante: el reconocimiento de la necesidad de mejorar la formación en bioética de las personas que conformamos la organización sanitaria de Galicia a todos los niveles: equipos directivos, profesionales y ciudadanos: pacientes y usuarios. Esta Jornada es un ejemplo de ello. La finalidad última es mejorar la calidad de nuestro sistema y difundir una cultura bioética en la organización sanitaria. Es importante para nuestros profesionales, y también para los ciudadanos gallegos, fomentar la deliberación pública sobre las

propias necesidades de salud, la responsabilidad en el cuidado de la salud, el uso equitativo de los recursos sanitarios y los posibles conflictos de intereses que pueden surgir en nuestro día a día.

Tenemos que ser capaces de contribuir a hacer posible un cambio de cultura en nuestro Sistema Público de Salud. Creemos que los fines y los valores de una organización marcan y orientan sus actuaciones y que deben tener reflejo en su planificación estratégica. Así, y también en esta línea, hace unos meses modificamos la regulación de las funciones, composición y funcionamiento del Consello Galego de Bioética, cuyo presidente, José Antonio Seoane, procederá a continuación a presentar la Jornada. Se constituyó como un órgano colegiado de carácter permanente, consultivo, independiente e interdisciplinar, que tiene como finalidad asesorar en los aspectos éticos de la práctica sanitaria al Sistema de Salud de Galicia, a las entidades, organizaciones e instituciones de carácter sanitario, tanto públicas como privadas, y ser foro de referencia del debate bioético en la sociedad gallega.

También ampliamos el abanico de las titulaciones de los miembros del Consejo de Bioética de Galicia, incluyendo ciencias de la salud, humanidades y ciencias jurídicas y sociales. Con ello, queremos dar un nuevo impulso a la bioética para ahondar en el debate social sobre esta materia, que entendemos fundamental para nuestro presente y nuestro futuro.

Nada más. Queda inaugurada esta Jornada, que a buen seguro resultará interesantísima.

Muchas gracias.

*Jesús Vázquez Almuiña
Conselleiro de Sanidade
Consellería de Sanidade, 3 de noviembre de 2016*

09:45 PRESENTACIÓN



176 → 178

11 → 13

El conflicto de intereses y la Bioética

PONENTE → José Antonio Seoane

Presidente del Consello de Bioética de Galicia

Seamos o no conscientes, la Bioética atañe a todos. Esta es la razón más destacable de que la educación ética sea esencial para orientar a las personas y a los órganos deliberativos. Como individuos, no tenemos otra alternativa que navegar en un sistema de salud más y más complejo. Como votantes, miembros de la comunidad y ciudadanos que pagan sus impuestos, tenemos de decidir que valores comunitarios deberían guiar las políticas públicas en cuestiones tan fundamentales como el nacimiento, la muerte, la salud y el bienestar. Como científicos, clínicos o juristas, y para cumplir nuestros deberes profesionales debemos resolver problemas, comprender los deberes de nuestras profesiones y prestar atención al amplio impacto social de nuestro trabajo. En cada uno de estos roles la capacidad de reconocer, articular y resolver los desafíos éticos es absolutamente esencial.

Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, Bioethics for every generation. *Deliberation and education in health science, and technology*, May 2016, páginas 52-53.

El Consello de Bioética de Galicia está cumpliendo su primer año, tras meses intensos, difíciles y productivos en los que aprendió el comportamiento singular de las instituciones, más lento y complejo que el de los individuos y de los grupos informales, pero con una vocación de firmeza y estabilidad mayores. Supo

también de la distancia entre lo ideal y lo real, la teoría y la praxis, la propuesta razonable y su costosa realización. Fue tiempo, al fin, de ajustes personales e institucionales, de trabajo y de manifestación del compromiso.

Así es cualquier camino hacia la madurez, que no llega por acelerar, sino por recorrer cada paso a su tiempo. Y hoy, tras sembrar, brotan los primeros frutos, algunos de los cuales presentamos y compartimos hoy.

Según indica su Orden reguladora de 16 de octubre de 2015, el Consello de Bioética de Galicia es un órgano colegiado de carácter permanente, consultivo, interdisciplinario e independiente que tiene como finalidad asesorar en los aspectos éticos de la práctica sanitaria del sistema de salud de Galicia las entidades, organizaciones e instituciones de carácter sanitario públicas y privadas, profundizar en el debate social sobre la Bioética y servir de referente en esta materia para los profesionales e instituciones del ámbito de la salud y para la ciudadanía. De este modo completa las características de su predecesora, la Comisión Galega de Bioética, y amplía sus funciones, su composición y su funcionamiento. El Consello expresa así la evolución de la Bioética: por un lado, su condición de criterio de calidad y buena práctica profesional; y de otro, su relevancia en el debate social sobre la dimensión ética y sociosanitaria del cuidado de la salud.

Por tanto, la misión del Consello de Bioética de Galicia es extender la Bioética en la sociedad y

en el Sistema gallego de salud. O en palabras semejantes a las de la Comisión presidencial norteamericana, democratizar la Bioética como herramienta indispensable en el ejercicio de la ciudadanía.

La Bioética no pertenece al reino de la necesidad, sino al de la posibilidad y de la elección, a un mundo que debe ser configurado mediante la deliberación pública sobre el tipo de sociedad y del sistema de salud que queremos tener. Por esta razón la educación bioética se convierte en una cuestión de justicia.

Sin embargo, no es lo mismo divulgar que vulgarizar. La Bioética exige dar razones, y por eso rechaza tanto la tiranía como el populismo. Todas las opiniones y aportaciones son importantes y bienvenidas, pero no todas valen lo mismo.

La Bioética exige respetar a todos, pero también justificar cada afirmación mediante un proceso de deliberación, que sirve para desmascarar falacias, evaluar la fuerza de cada razonamiento y seleccionar los argumentos óptimos para alcanzar una decisión éticamente prudente.

Por qué insistir en la Bioética? El objetivo de la educación es aprender a mirar/escuchar. Nuestras sociedades son en general ciegas/sordas ante la Bioética: la dimensión ética de la vida y de la salud está delante de nosotros, pero pasa inadvertida. La información y la formación amplían el enfoque y nos enseñan a mirar la realidad con ojos bioéticos, a sentir otras voces y considerarlas importantes en

la construcción de esa dimensión ética sin la cual la imagen y el sonido de la realidad quedan incompletos.

Esto mismo afirma el documento que presentamos hoy. El conflicto de intereses, esto es, el conjunto de circunstancias que origina un riesgo de que el juicio o la actuación de un profesional respecto de un interés primario pueda verse influido de forma indebida por un interés secundario, existe pero suele pasar desapercibido, en buena medida porque la gente no observa ni examina la realidad, sino que sólo se fija en lo que ya conoce; aquello que no reconoce permanece oculto o invisible.

Hacer visible y poner de relieve la importancia ética del conflicto de intereses en el ámbito de la salud es el propósito del documento y de la jornada, combinando disciplinas clínicas con saberes más allá del mundo sanitario, y experiencias gallegas con otras de fuera de Galicia.

Finalizo con el agradecimiento debido del Consello de Bioética de Galicia a los ponentes y a los comunicantes de la Jornada, que reflejan la apertura y diversidad de la Bioética. A la Consellería y al conselleiro de Sanidad de la Xunta de Galicia, y de una manera especial a la Secretaría General Técnica y a su titular, doña Josefina Monteagudo, por su apoyo.

El Consello de Bioética de Galicia está al servicio de la ciudadanía, de las instituciones y de los profesionales sanitarios gallegos, que deben aprovecharlo y colaborar con él. No se olvide que la Bioética es un bien público que enriquece a quien lo da y a quien lo recibe, y que siempre

está ahí, a disposición de todos para mejorar la calidad del cuidado de la salud y acompañarnos en la búsqueda de la excelencia.

José Antonio Seoane

Presidente del Consello de Bioética de Galicia

Santiago de Compostela, 3 de noviembre de 2016

10:00 → 12:00 MESA REDONDA

178 → 179

15 → 16

Intereses en conflicto en una sociedad plural

MODERADORA → *Silvia Sánchez Radío*

Consello de Bioética de Galicia

Buenos días. Soy Silvia Sánchez Radío, miembro del Consello de Bioética de Galicia, y hoy me corresponde la moderación de esta mesa que tratará de "Intereses en conflicto en una sociedad plural" primera mesa de una Jornada que pretende ser un punto de encuentro para aquellas personas interesadas en los aspectos éticos de la práctica sanitaria del Sistema de Salud de Galicia, focalizada en el conflicto de intereses, tema sin duda controvertido y de gran relevancia; confiando en que a través de la misma seamos quien de aclarar conceptos, así como de sensibilizar a los profesionales de la salud y a la ciudadanía sobre su existencia e importancia, para con ello lograr gestionarlo desde la corrección ética.

Habrà pues, que ahondar en el debate social implícito al tema en cuestión, a fin de promover la consideración ética como criterio de calidad que ha de ir indisolublemente unido a toda práctica asistencial. El reto de los ponentes será darnos a conocer la existencia de estos conflictos, a fin de promover la reflexión sobre en que situaciones



pueden surgir conflictos de intereses, siendo clave la rigurosidad para no entrar en demagogia, ni falsear el debate .

Con este ambicioso objetivo se ha elaborado un programa que se inicia con esta mesa redonda, en la que contamos con representantes de distintos ámbitos, que generosamente han restado tiempo de sus agendas para poder hoy acompañarnos en este evento.

*Me he permitido para con todos los ponentes la licencia de hacer un ejercicio de "recorte" de sus amplios curriculum en aras a no restar tiempo a la exposición y al posterior debate, debate que sin duda suscitarán las charlas, pues la previsión es que ustedes participen, que haya un *feed-back* posterior a las ponencias .*

Si más dilación paso a presentar a [Rogelio Altisent Trota](#), es licenciado y doctor en Medicina. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Diplomado en Sanidad

Ha sido profesor Asociado de la Facultad de Medicina de Zaragoza, hasta 2003. Responsable de la docencia de Bioética. Graduado en Bioética por la Universidad de Melbourne. Ha ejercido hasta el 2007 como Presidente del Comité Asesor de Bioética de AP del Servicio Aragonés Presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC desde 2006 hasta 2009. Miembro de la delegación española en la AMM hasta 2008

Es Director de Proyectos Académicos de la "Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica" de la Universidad de Zaragoza. En la actualidad es Presidente del Comité de Bioética de Aragón.

La razón de su presencia será acercarnos al tema del conflicto de intereses focalizado en la comunidad educativa.



179 → 185

17 → 25

1.1 En la comunidad educativa

PONENTE → [Rogelio Altisent Trota](#)

Universidad de Zaragoza

Introducción

En los últimos años el mundo de la medicina se ha familiarizado con la valoración de los "conflictos de interés" (CDI) ⁽¹⁾. En las revistas científicas se ha generalizado el requisito de que los autores declaren sus CDI en relación con los artículos que proponen publicar. A menudo se abren discusiones sobre los CDI en la toma de decisiones sobre prescripción. También se han generado controversias relacionadas con los CDI de quienes ocupan puestos de responsabilidad en instituciones científicas, asistenciales o de representación profesional. Quizá las cuestiones relacionadas con la comunidad docente han sido las menos analizadas en la bibliografía.

Estos debates son coherentes con la preocupación de las sociedades democráticas por la justicia y la ética social que exige juego limpio en la toma de decisiones que afectan a terceros. Sin embargo, en mi opinión, conviene advertir que también se observa una tendencia al abuso del término, probablemente por una confusión conceptual, que puede llevar a la condena a priori e indiscriminada ante la presencia de un "conflicto de interés", que es una circunstancia frecuente y, a veces, inevitable en la vida de las personas, de la que no se puede deducir directamente una conducta reprochable. Es, por ello, necesario reflexionar y precisar el significado de los CDI para lograr

una mejor comprensión de esta noción y de su adecuado tratamiento.

El concepto

La noción de “conflicto de interés” es una figura moral que aparece en la conducta de quien tiene un deber u obligación (interés primario) que choca con un interés de carácter personal (interés secundario), que puede distorsionar el juicio profesional de un modo imprudente o inaceptable, haciendo temer que la justicia sea lesionada ^(2,3,4).

Sin embargo, tal como hemos avanzado, el hecho de que se presenten circunstancias catalogables como un “conflicto de interés” no significa que automáticamente se produzca un comportamiento condenable o una decisión injusta por parte de la persona implicada. El desafío ético está en el modo de afrontar o resolver el conflicto.

Diagnóstico diferencial del concepto

Al tratar sobre los CDI conviene precisar muy bien de qué estamos hablando, pues con facilidad se puede confundir el significado de unos términos que no siempre se usan con propiedad, ya sea en el ámbito coloquial, en el profesional o en el académico. No nos estamos refiriendo, por ejemplo, al “conflicto de intereses” entre varias personas o instituciones, entendido como un enfrentamiento entre los intereses de diferentes sujetos físicos o morales en la consecución de un objetivo. Dos candidatos a un puesto universitario pueden tener un “conflicto de intereses” al competir por la plaza que ofrece una institución. De un

modo diferente puede ocurrir que un miembro del tribunal que debe otorgar la plaza tenga un “conflicto de interés”, debido a que mantiene un vínculo familiar con alguno de los candidatos, ya que existiría el riesgo de que esta circunstancia pueda influir introduciendo un sesgo de parcialidad en la toma de decisión.

Por la misma razón un funcionario de la hacienda pública no puede inspeccionar el comportamiento tributario de una persona con la que tiene una manifiesta relación de amistad o de enemistad. En ambos casos cabría el riesgo o la sospecha de una actuación injustamente sesgada por parte de quien toma decisiones, debido a la potencial influencia de un interés personal sobre su obligación de proceder con justicia. Éste es el sentido en el que decimos que se plantea un “conflicto de interés”.

También nos conviene diferenciar el “conflicto de interés” de la figura bien conocida del soborno, que va más allá del riesgo, porque ya supone la comisión de un delito, lo que ocurre por ejemplo cuando el responsable de tomar una decisión recibe un regalo a cambio de favorecer a uno de los candidatos. Existe un caso análogo en la profesión médica con la prescripción que ha llevado a que el Código de Deontología Médica condene “solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario”⁽⁵⁾.

De naturaleza diferente es, en mi opinión, el denominado conflicto de obligaciones o lealtades que, por ejemplo, tiene un médico ante un paciente que le solicita una baja laboral por un motivo formalmente inapropiado, aunque sea humanamente comprensible en el contexto

de la relación clínica; mientras que, a la vez, tiene un deber ante la sociedad que le confía la gestión de esta prestación social que da protección a quienes que no pueden trabajar por causa de una enfermedad.

Por tanto, conviene diferenciar con claridad los siguiente conceptos: a) el “conflicto de interés” como figura que se estudia para prevenir la integridad moral en la toma de decisiones; b) el “conflicto de intereses” como descripción de una pugna entre los intereses de diferentes sujetos, que, en si mismo, no tiene necesariamente una valoración moral; c) el soborno, que suponen directamente un comportamiento contrario a la justicia, lesionando tanto a la ética como la ley; d) el conflicto entre dos lealtades u obligaciones que una persona comparte, lo cual se suele presentar en la practica como un dilema moral ante una toma de decisión.

Otra situación que genera confusión conceptual con los CDI se produce cuando un comportamiento profesional se puede distorsionar por una excesiva implicación emocional con las personas cuyo problema se aborda. Un buen ejemplo de ello es la falta de distancia terapéutica que se produce cuando un médico atiende a una persona cercana por lazos familiares o de amistad, lo cual conviene evitar por el riesgo de error que se asocia a la falta de objetividad en la valoración profesional. Si bien la anatomía de esta situación se asemeja a un CDI (advértase que no estamos hablando de un posible trato de favor hacía un familiar, lo cual sí sería un genuino conflicto de interés), no lo consideramos como tal porque el posible error en la decisión se produce por una distorsión cognitiva condicionada por el componente afectivo. Una argumentación parecida ha

llevado a que algunos códigos deontológicos prohíban explícitamente que los profesionales de la medicina –particularmente en el campo de la psiquiatría- tenga relación sentimental con sus pacientes.

Otro escenario que merece ser considerado es el afán de seguridad jurídica y el temor a una denuncia legal puede generar actuaciones profesionales que no tienen como objetivo el interés del paciente sino la protección del profesional. Esta es la denominada medicina defensiva que algunos autores han definido como autentico conflicto de interés, aunque en realidad, cuando por esta motivación ya se ha producido un exceso de pruebas diagnósticas o un coste evitable, buscando tan solo la protección legal, nos encontramos ya ante una conducta profesional que se considera contraria a la deontología médica ⁽⁶⁾ y no solo ante un mero CDI.

Otro ámbito diferente y peculiar que puede constituir un CDI en cualquier profesión se relaciona con las necesidades menos materiales de la persona, como son el descanso, el reconocimiento entre sus iguales o el prestigio social, lo cual tiene sus particularidades en el mundo de la medicina. Se trata de intereses legítimos pero que pueden influir indebidamente en la conducta profesional y que, aunque no encajan en el modelo tradicional de CDI, desde un punto de vista académico reúnen los requisitos teóricos, y en la práctica también conviene considerarlos para prevenir comportamientos indebidos condicionados por intereses secundarios.

Modos de afrontar los conflictos de interés

No hay nada intrínsecamente inmoral en el conjunto de elementos y circunstancias que componen el CDI. Que un profesor asista a una cena promocional de una empresa, que colabore científicamente con una compañía farmacéutica o que se preocupe de su seguridad legal, no es en sí mismo contrario a la ética profesional. El problema moral surge cuando la influencia que un interés secundario ejerce sobre una decisión profesional (interés primario) se trivializa o se acepta como algo natural. De ahí que el primer requisito para gestionar prudentemente los CDI sea reconocer su existencia, en otras palabras aceptar su potencial influencia en comportamientos inadecuados.

Se puede decir que un CDI es una tentación que debe diferenciarse de su aceptación y traducción en una conducta reprobable. Sin embargo, hay tentaciones que cuando se ignoran o se admiten conscientemente suponen asumir un exceso de riesgo que ya se debe considerar como algo moralmente inaceptable.

La gestión ética de los CDI en las instituciones docente se debe realizar mediante normativas explícitas y supervisión corporativa por sus órganos de gobierno o comisiones "ad hoc". Sin embargo, ante la duda siempre es recomendable la reflexión individual y la petición de asesoramiento ante la variedad de situaciones susceptibles de CDI donde el docente con sensibilidad ética procurará consultar poniendo de manifiesto los matices y circunstancias implicadas que él conocerá mejor que nadie.

Se contemplan las siguientes estrategias para afrontar los CDI: declaración pública, revisión con autorización, inhibición y recusación.

La transparencia mediante declaración pública es considerada como la regla de oro de los CDI. Es moralmente muy saludable poner de manifiesto los intereses secundarios que podrían afectar a la rectitud del juicio profesional porque de algún modo supone una toma de conciencia del potencial sesgo que de manera intencionada se desea prevenir ofreciendo su exposición de manera limpia y abierta. Es recomendable hacerse una pregunta "prima facie" que sería decisiva en este punto: ¿me sentiría cómodo si mis pacientes, mis alumnos, mis colegas u otras personas relacionadas con mi actividad profesional conocieran mi interés secundario en esta materia? Cuando la respuesta es no, la conveniencia de transparencia es evidente. Es decir, si un médico tuviera reparos en dar a conocer a sus pacientes que recibe una determinada atención comercial o un incentivo de la gerencia, habría que ponerlos en duda. Esta norma es un requisito habitual para los autores en revistas científicas y algunas sociedades científicas lo exigen a sus cargos científicos o de representación. De manera análoga se deben aplicar en el ámbito de la docencia.

La revisión de los CDI para su posterior autorización por un comité es un sistema de control que algunas instituciones llevan a cabo con sus miembros, después de realizar la declaración de CDI. Por ejemplo, hay universidades que revisan las condiciones de los contratos de sus investigadores con los patrocinadores de proyectos para garantizar que no tienen restricciones en la publicación de resultados

negativos. Una sociedad científica que va a promover una guía terapéutica debería evaluar la idoneidad de los autores que la van a elaborar en función de su declaración de potenciales CDI en relación con las compañías farmacéuticas relacionadas con la temática de la guía.

Además de la transparencia y la revisión previa a la autorización, también se puede llegar a la recusación a priori ante determinadas situaciones que generan CDI de alto riesgo; por ejemplo, compensaciones económicas muy elevadas para la captación de pacientes de un ensayo clínico. Un caso característico de este tipo de restricciones previas es el establecimiento de incompatibilidades para ocupar determinados puestos directivos, con el fin de evitar un daño a la imagen pública de una institución o para prevenir CDI que puedan perjudicar a sus miembros. Un caso particular de incompatibilidad se da en altos cargos de la administración pública al establecer un periodo de cadencia antes de poder trabajar para una compañía privada que tenga intereses cruzados con el cargo ocupado. Un caso característico de inhibición para evitar CDI es la retirada de forma voluntaria de una comisión o tribunal cuando se va a evaluar un caso que implica a una persona con la que se tiene algún vínculo especial y que haría peligrar la justicia de la resolución.

Una institución académica o con responsabilidades en la docencia podría establecer normas en sus estatutos o mediante un código de buenas prácticas con el objeto de prevenir CDI que se consideran impropios en sus miembros o perjudiciales para la corporación.

En el ámbito de la medicina debemos citar de nuevo el Código de Deontología (7) al pronunciarse en plena coincidencia con la lógica preventiva de los CDI: "Cuando para desarrollar actividades científicas y de formación, se reciba financiación externa de entidades con ánimo de lucro, deberá explicitarse con claridad y transparencia la naturaleza y alcance del patrocinio. Los médicos organizadores de la actividad garantizarán la independencia de los contenidos y la libertad de los ponentes". En relación la investigación se reitera lo que es una doctrina universal: "Es obligación del médico que participa en investigaciones o en estudios farmacológicos patrocinados por la industria farmacéutica informar, tanto a los medios científicos como de comunicación en general, sus vinculaciones con la industria", y "cuando un médico participa en una investigación científica patrocinada por una empresa farmacéutica deberá condicionar su participación a disponer de plena libertad para su publicación, independientemente de que los resultados sean favorables o no desde la perspectiva de la empresa patrocinadora". No menos interesante resulta exigir actualmente que "el médico que en calidad de experto hace recomendaciones de un producto específico, tanto en medios científicos como en medios de comunicación general, deberá comunicar su vinculación con la industria sanitaria cuando la hubiere".

Gigerenzer y Gray han propuesto tres medidas muy concretas (8) para prevenir CDI en medicina: a) promover salarios dignos, evitando el pago por acto médico; b) evitar aquellos

incentivos que puedan incrementar las tasas de intervención, a no ser que exista clara evidencia de su beneficio, como ocurre con la vacunación, al contrario de la cirugía electiva de rodilla cuya incentivación produce más daño que beneficio; c) evitar la financiación de la formación continuada por la industria farmacéutica.

La posición de debilidad de los pacientes ante la ciencia médica hace muy conveniente promover una cultura preventiva de los CDI mediante la incorporación de estos contenidos en la formación de los futuros médicos. Está en juego la confianza social en la profesión médica y sus organizaciones ^(9,10).

Otros escenarios en la comunidad docente

En la enseñanza a alumnos de grado los profesores se pueden aplicar los criterios ya mencionados anteriormente. Sería conveniente que las instituciones académicas avanzaran en la cultura de la transparencia estableciendo un sistema de declaración pública de intereses donde los docentes plasmen sus conflictos de interés en relación con proyectos de investigación que pudieran interferir en los contenidos de la docencia. Esto no debería convertirse en una "caza de brujas", de modo que no sería necesario, como en ocasiones se ha postulado, realizar una declaración exhaustiva de actividades remuneradas, sino de aquellas que tendrían una potencial y anormal influencia en los contenidos de la docencia que le corresponde impartir (p ej. un profesor que dirige ensayos clínicos para el tratamiento de una patología, o que colabora de manera habitual con determinadas compañías que tienen

intereses en relación con los contenidos de la docencia impartida).

Dentro de los CDI en la evaluación de alumnos el capítulo de las recomendaciones tendría una solución preventiva si la institución hiciera una advertencia explícita de la obligación de comunicarlas a la autoridad académica, de manera que la evaluación del alumno afectado pase a ser evaluado por otros profesores. De igual modo, cuando un profesor considera que existe algún tipo de vínculo con el alumno debe inhibirse en su evaluación.

En el caso de entidades privadas que pueden recibir recomendaciones para la admisión por parte de financiadores o benefactores, es muy conveniente que existan normas explícitas establecidas que sean de conocimiento público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lo B, Baldwin WH, Bellini L, Bero L, Campbell E, Childress JF, Corr PB, Dorman T, Grady D, Jost TS, Kelch RP, Krughoff RM, Lowenstein G, Perlmutter J, Powe NR, Thompson DF, Williams DA. En: *Conflict of interest in medical research, education, and practice [consensus report]* En: Lo B, Field MJ, eds. National Academy of Sciences; 2009.
2. Morreim EH. Conflict of Interest. En: Reich WT (ed). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon&Schuster Macmillan, 1995; 459-465.
3. Thompson DF. *Understanding financial conflicts of interest*. N Engl J Med. 1993; 329: 573-576.
4. Davis M. Conflict of Interest. En: Chadwick R (ed). *Encyclopedia of Applied Ethics*. San Diego, California: Academic Press, 1998; 589-595.
5. *Código de Deontología Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial, 2011. Artículo 23.
6. *Código de Deontología Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial, 2011. Artículo 21.2.
7. *Código de Deontología Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial, 2011. Artículo 23.
8. Gigerenzer G, Gray JAM. *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions*. Cambridge: The MIT Press, 2011; 19-21.

9. Lemmens T, Singer PA. *Conflict of interest in research, education and patient care*. CMAJ 1998; 159: 960-5.

10 Brody H. *Professional Medical Organizations and Commercial Conflicts of Interest: Ethical Issues*. Ann Fam Med. 2010; 8(4): 354-358.

Para abordar el tema de "Conflicto de intereses en la industria farmacéutica" contamos con **José Ramón Luis-Yagüe**

Cursó estudios de la Licenciatura y Doctorado en Medicina en la Universidad Complutense de Madrid. Es especialista en Medicina Interna.

Estudios de especialización en Planificación Sanitaria, Economía de la Salud y Alta Dirección de Instituciones Sanitarias en el IESE, Instituto de Empresa y ESADE.

En cuanto a su experiencia laboral, dilatada y extensa, destacar que en el Ministerio de Sanidad participó en la definición y desarrollo de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Ha sido como Coordinador de Programas de la Viceconsejería Calidad Asistencial, Salud Pública y Consumo.

Y Desde el año 2007 ocupa el puesto de Director del Departamento de Relaciones con las Comunidades Autónomas en Farmaindustria, lo que motiva su intervención en esta Jornada.

Los conflictos de intereses se dan en todas las relaciones e interacciones humanas y su resolución varía según su contenido y circunstancias. Algunos conflictos de interés son inevitables y su mera existencia no debería hacer que fueran calificados de antemano como antiéticos.

La presencia de un potencial conflicto de intereses no supone, por sí misma, que conducirá a una actuación éticamente incorrecta. Este planteamiento lleva a simplificar la realidad.

La severidad del conflicto de intereses depende de la probabilidad de alterar la objetividad del profesional sanitario (clínico o investigador) y de la magnitud de los efectos de estos conflictos.

En el ámbito sanitario estos conflictos pueden presentarse principalmente como una derivada de la relación que los profesionales mantienen con la administración, con otros profesionales sanitarios, con los pacientes y con la industria sanitaria.

La industria farmacéutica innovadora

La industria farmacéutica innovadora es un sector que transforma conocimiento –investigación – en aplicaciones –medicamentos– para prevenir la enfermedad, aliviar el sufrimiento y, en la medida de lo posible, curar a los pacientes. Lo que coincide plenamente con el interés primario de los profesionales sanitarios.

Es una actividad que exige cuantiosos recursos y, como es lógico, necesita retornos



185 → 190 1.2. En la industria farmacéutica

27 → 35

PONENTE → **José Ramón Luis-Yagüe**
Farmaindustria

Un conflicto de interés es aquella situación en la que el juicio de un sujeto, o un conjunto de sujetos, a la hora de tomar una decisión de interés primario se ven influenciadas indebidamente por un interés secundario.

económicos para seguir desarrollando su labor. La industria farmacéutica es junto a la aeronáutica, uno de los sectores más regulados de nuestra sociedad. Todas las fases de su actividad están reguladas y sometidas a un riguroso control administrativo, tanto a nivel europeo como nacional: desde la investigación (ensayos clínicos) con nuevos principios activos, hasta la fijación del precio de los medicamentos de prescripción y su inclusión en la prestación farmacéutica.

El desarrollo de un nuevo medicamento es un proceso largo, puede durar entre 12 a 15 años. Es muy costoso, en 2012 el desarrollo de un nuevo medicamento costaba 1.200 millones de euros, y más de 7 millones de horas de trabajo. Pero, además, es una actividad de alto riesgo: en 2011 de más de 3.200 moléculas en desarrollo, finalmente solo fueron autorizados 35 medicamentos, lo que supone una tasa de éxito del 1,1% de la I+D. Finalmente, de cada 10 nuevos medicamentos comercializados, solo 3 generan ingresos que superan los costes medios de la I+D desarrollada.

El pasado año 2015, la industria farmacéutica instalada en España invirtió en actividades de I+D más de 1.004 millones de euros: cada día se invirtieron 2,7 millones de euros a I+D.

De ese total de inversión, 416 millones de euros se destinaron a contratos de investigación con hospitales, universidades y centros de investigación, lo que se denomina I+D extramuros. La investigación intramuros alcanzó los 588 millones de euros, alrededor del 59% de la inversión total. El mayor porcentaje de estas inversiones se llevó a cabo en Madrid (47%) y

en Cataluña (41%); el 12% restante se realizó en otras comunidades o en el extranjero.

Conflicto de interés e industria farmacéutica

De una manera excesivamente simplificada suelen asociarse los conflictos de intereses a cuestiones financieras y situarse casi en exclusiva en el entorno de la industria farmacéutica. Este planteamiento de las relaciones de la industria farmacéutica con los profesionales sanitarios confunde y minimiza una cuestión que tiene una enorme relevancia y en la que se han dado pasos muy importantes para que se desarrolle de acuerdo a los más exigentes criterios científicos, éticos y de transparencia.

La actividad médica no puede concebirse ajena al entorno donde se desarrolla, a la organización del sistema sanitario, a sus condicionantes económicos o estructurales. Tampoco cabe desconocer los legítimos intereses profesionales, científicos, académicos, asistenciales o docentes de los profesionales sanitarios, ni los de la industria de seguir investigando, para lo que necesita obtener beneficios.

El sólo hecho de tener relaciones profesionales con la industria farmacéutica no debería ser considerado como algo negativo o contraproducente. La existencia de esta relación no implica una renuncia a los principios éticos de los profesionales ni de la industria. La responsabilidad ética frente a los conflictos de interés es una responsabilidad compartida por todos, profesionales, organizaciones sanitarias e industria.

La industria farmacéutica y la investigación

La relación entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios es fundamental para la investigación de nuevos medicamentos. Es una colaboración positiva y necesaria para todos:

- Los profesionales puesto que actualizan y mejoran sus conocimientos sobre la enfermedad y sobre los medicamentos.
- La industria farmacéutica, que se apoya en la experiencia clínica y científica de los profesionales sanitarios.
- El sistema sanitario que dispone de profesionales que están en la vanguardia del conocimiento y la investigación biomédica.
- Los pacientes y la sociedad, que son el centro de todas nuestras actuaciones, reciben una asistencia sanitaria de la mayor calidad, prestada por profesionales excelentes.

El hecho de que la investigación biomédica esté financiada por la industria farmacéutica no debe conducir a menospreciar su valor ni a pretender que se renuncie a ella. Ni a ver problemas de conflictos de interés que la invaliden. Es un claro error.

Tampoco debe verse como algo éticamente reprochable que los profesionales sanitarios participen en esta investigación. Lo que no es éticamente aceptable es anteponer el interés de la investigación o las aspiraciones de desarrollo científico (o profesional) del investigador, a las necesidades del paciente, actuar

por intereses económicos, ocultar datos, o tergiversar resultados, o no declarar o hacer explícitos los potenciales conflictos de interés relacionados con la investigación.

En España, al igual que en toda la UE, disponemos de un riguroso y garantista sistema para la autorización de ensayos clínicos: Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.

Este Real Decreto desarrolla las disposiciones específicas para la aplicación en España del Reglamento (UE) n.º 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de abril de 2014, sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE, relativas a los ensayos clínicos con medicamentos de uso humano que se realicen en España. Además, regula los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos, así como el Registro español de estudios clínicos, conformado tanto por los ensayos clínicos como por los estudios posautorización observacionales que se realicen con medicamentos de uso humano.

La promoción de medicamentos y la información científica

Promocionar es informar sobre un producto o un servicio para que sea conocido. Es una labor de la industria farmacéutica que tiene su base en su deber de informar a los médicos de las características de sus medicamentos de forma completa, inmediata y veraz, lo que resulta vital para su uso racional. En este mismo

sentido, el médico tiene también el derecho a conocer los avances científicos, los medicamentos y dispositivos y a familiarizarse con su uso e indicaciones. Es una relación regulada y sujeta a un estricto control, tanto por las autoridades sanitarias, como por el propio sector, a través del Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica de Farmaindustria.

Así y sin ánimo de ser exhaustivos cabe citar que los artículos 5, 6 7 y 8 del Código están dirigidos a asegurar la transparencia en la promoción de medicamentos, la veracidad de la información que se facilita y el carácter científico-técnico y rigor de la misma.

Una información y promoción desligada de cualquier tipo de incentivo a la prescripción. En este sentido no puede haber ninguna duda. El artículo 10.1 del Código prohíbe expresamente el ofrecimiento o la entrega directa o indirecta a profesionales sanitarios de cualquier tipo de incentivo, prima u obsequio (en efectivo o en especie) que incentive la prescripción, la dispensación o administración de medicamentos de prescripción. Se exceptúan de la anterior prohibición los utensilios de uso profesional o de escritorio siempre que se cumplan dos condiciones: no estar relacionados con un medicamento de prescripción y que su precio de mercado no supere los 10€.

Respecto a la entrega de materiales formativos o informativos y artículos de utilidad médica, están igualmente regulados en el Código (art. 10.2), estando permitida su entrega siempre que cumplan tres condiciones: I) no superar a precio de mercado los 60€; II) estar directamente relacionados con el ejercicio de la medicina o la farmacia; III) que beneficien

directamente el cuidado o atención de los pacientes.

La entrega de estos materiales no podrá constituir, en ningún caso, un incentivo para la recomendación, compra, suministro, venta o administración de medicamentos.

La colaboración en la formación continuada de los profesionales sanitarios

La industria farmacéutica viene colaborando tradicionalmente en la formación continuada de los profesionales sanitarios, y por tanto en sus actividades docentes. Es una colaboración necesaria e imprescindible, beneficiosa para todas las partes. El profesional sanitario tiene la oportunidad de participar en actividades formativas a las que difícilmente podría acudir si no contara con esta colaboración. El sistema sanitario se beneficia, también, de la formación y actualización de conocimientos a los que acceden sus profesionales. La industria farmacéutica, por su parte, muestra su compromiso con los profesionales sanitarios, con el sistema sanitario y con los pacientes.

Una colaboración regulada en el Código de Farmaindustria (art. 11), sometida a estrictos y rigurosos criterios éticos, que aseguran la independencia profesional y científica de los organizadores, la calidad del programa científico-profesional y el apoyo razonable y moderado que permite que el profesional pueda asistir al evento, excluyendo cualquier otro tipo de gasto.

La última actualización del Código ha venido a reforzar, aún más, esta relación introduciendo

transparencia en las transferencias de valor entre el sector y los profesionales sanitarios y las instituciones sanitarias, lo que refuerza la relación de confianza entre las partes.

La transparencia genera confianza

La industria farmacéutica es el sector que se ha impuesto una mayor regulación, así como unos criterios éticos más estrictos. Como prueba de este compromiso Farmaindustria adoptó en 1991 como Código español, el Código Europeo de Buenas Prácticas para la Promoción de los medicamentos aprobado por la Federación Europea de las Asociaciones e Industria Farmacéutica (EFPIA).

Desde esa primera versión el Código ha sido revisado con regularidad para adaptarse y adelantarse a las nuevas exigencias de una sociedad en constante evolución, con una autorregulación absolutamente respetuosa con la normativa vigente, europea y española, que introduce rigor, objetividad e independencia en las relaciones entre la industria farmacéutica, los profesionales e instituciones sanitarias y los pacientes. La última modificación ha sido ratificada en la Asamblea General de la Asociación de mayo de 2016.

Un código que forma parte de un Sistema de Autorregulación cuya finalidad es garantizar a los profesionales sanitarios, y por extensión a toda la sociedad, que la información, la formación y la promoción comercial de los medicamentos tenga como elementos centrales de su desarrollo el rigor científico, la transparencia y la ética en la práctica de estas actividades.

El Código de Buenas Prácticas de la industria Farmacéutica es plenamente respetuosos e incorpora los principios previstos en:

- Directiva 2001/83/CE del parlamento Europeo y del consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano.
- Real decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
- Ley 3/1991, de 10 de enero, de competencia desleal.
- Códigos de la Federación Europea de las Asociaciones e industria Farmacéutica (EFPIA) de Interrelación con Profesionales Sanitarios, de Interrelación con Organizaciones de Pacientes y de Transparencia.
- Código de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (IFPMA).

Las funciones de control del Código son desempeñadas por tres órganos:

- Unidad de Supervisión Deontológica
- Comisión Deontológica
- Jurado de Autocontrol

La transparencia del Sistema de Autorregulación se ofrece como herramienta fundamental para fomentar y potenciar la confianza en la industria farmacéutica, facilitando el acceso público a sus actuaciones. Prueba de este compromiso es la publicación de la resoluciones de Autocontrol en los procedimientos de

denuncia, la información relacionada con ensayos clínicos, las colaboraciones prestadas a organizaciones de pacientes y, más recientemente, la publicación de las transferencias de valor realizadas a profesionales sanitarios y organización sanitarias.



190 → 202
37 → 56

1.3. En una organización sanitaria no gubernamental

PONENTE → **Inés del Río Pastoriza**
Médicos del Mundo-Galicia

Pasamos ahora a nuestra próxima PONENTE, cuya intervención versará sobre los "Conflictos de intereses en una organización sanitaria no gubernamental"; Inés del Río Pastoriza

Es licenciada en Medicina y Cirugía (Universidad Complutense de Madrid, 1989-1995). Especialista en Pediatría.

Doctora en Medicina por la USC.

Es además Especialista Universitario de Educación para la Salud. Experto Universitario en Vacunas en Atención Primaria .

Posee además una amplia y avalada formación en bioética, siendo Master Universitario por el Instituto Borja, perteneciendo al Comité de Bioética de la Asociación Española de Pediatría.

Hoy nos acompaña en calidad de vocal de Derechos Humanos y Género de la junta directiva de Médicos del Mundo en Galicia.

Desde Médicos del Mundo-Galicia queremos agradecer el ofrecimiento que se nos ha hecho como ONG sanitaria para participar en esta jornada, por brindarnos la posibilidad de exponer nuestras reflexiones sobre un tema de tanta relevancia, deseando que sea para todos una oportunidad de aprendizaje en común.

Para introducir el tema comenzaremos situando el conflicto de interés entre los principales problemas éticos que pueden surgir en las ONG, destacando su importancia, por tratarse de un tipo de organizaciones con unas características específicas desde el punto de vista ético.

Posteriormente se matizará el concepto de conflicto de interés en el contexto de las ONG como problema ético y las posibles estrategias para intentar evitarlo o reducir su impacto negativo. Se mencionará también el valor de la adopción de códigos éticos en las ONG como instrumentos de potenciación de la ética en dichas organizaciones.

A continuación se expondrán una serie de propuestas en marcha, comenzando por el Código de Ética y Conducta para las ONG como instrumento de relevancia en lo que se refiere a las recomendaciones internacionales para el manejo de los posibles conflictos de interés,

para después centrarse en la política desarrollada por Médicos del Mundo.

Asimismo, se hace referencia a los mecanismos de autorregulación con los que contamos las ONG, como la Herramienta de Transparencia y Buen Gobierno de la Coordinadora de ONG de Desarrollo de España (CONGDE), exponiendo sus características y el significado de su sello, y otras iniciativas similares como la desarrollada por la Fundación Lealtad, con la emisión de su certificado de evaluación propio. Además, con el objetivo de complementarlo con una visión más general, se mencionan una serie de iniciativas internacionales planteadas también como posibles estrategias de mejora.

Por último se exponen una serie de reflexiones finales sobre la situación actual de esta importante temática y sus posibles perspectivas de futuro en el contexto de las ONG.

Reflexiones sobre los principales conflictos éticos en las ONG

Para enmarcar el tema del conflicto de interés en las ONG, comenzar mencionando las distintas posibilidades de conflictos éticos que pueden surgir en este contexto. La gran mayoría tienen relación con la tensión entre la misión y los fondos, puesto que estas entidades deben responder al origen de sus recursos, al destino y los resultados que se están obteniendo.

Se exponen de modo muy gráfico en esta imagen de la *Fundación Compromiso y Transparencia*¹ (<http://www.compromisostransparencia.com/>), donde vemos situados los conflictos de intereses:



Infografía Los principales conflictos éticos de las ONG (Fuente: Fundación Compromiso y transparencia: (<http://www.compromisoempresarial.com/wp-content/uploads/Conflictos-eticos-ONG-.jpg>))

El *origen de los recursos* puede afectar a la integridad de la ONG si la persona o institución tiene principios y valores contrarios a la organización; también pueden existir problemas en relación al canal utilizado; o cuando los ingresos procedentes de actividades mercantiles son desproporcionados.

En cuanto al *destino de los fondos*, mencionar que puede generar un mayor potencial de conflictos en la medida en que se incumpla la voluntad de los donantes de modo implícito o explícito. También es necesario que se especifique la proporción de fondos destinados a los programas y a los gastos estructurales de la organización.

En lo que se refiere a la *valoración de los resultados*, se necesita informar de su eficacia y eficiencia, algo que no siempre es fácilmente medible. También es preciso señalar la necesidad de que se conozcan dentro de los costes estructurales la remuneración de los directivos; puesto que, aunque los órganos de gobierno son cargos gratuitos, ante la posibilidad de beneficios indirectos, por ejemplo por el reembolso de gastos, es preciso contar con una política de conflictos de interés para resolver estas posibilidades.

Mencionar también que en el caso de las ONG, si existe un margen elevado de beneficios se les podría exigir justificaciones de si se están destinando los recursos necesarios a la financiación de los programas o si la política de inversión es coherente con sus programas o causas. Se precisa que la información acerca de los resultados sea fiable y se refiera al objetivo del cumplimiento de su misión expresado con la medición del impacto social que

se genera, aunque esto puede entrañar ciertas dificultades.

Puesto que *siempre existe el riesgo de posibles conflictos éticos en el contexto de las ONG*, entre los que se incluyen los conflictos de interés potenciales o reales, desde los órganos de gobierno se debe poner el mayor empeño posible en reconocerlo, intentando mantener la integridad de las organizaciones. Para ello es necesario seguir trabajando en la creación de estrategias de control como las que se mencionarán a lo largo del texto en relación al tema concreto de los conflictos de interés (códigos de conducta y buen gobierno, políticas de control financiero, programas de cumplimiento...).

Las organizaciones están sometidas a importantes cambios, constantes e impredecibles, a los que se han de adaptar intentando mantenerse fieles a su misión y sus órganos de gobierno deben impulsar dicha misión asegurando los fondos necesarios para ello, a ser posible, manteniendo intactos tanto el compromiso como la motivación.

Conflicto de intereses en las organizaciones como problema ético

Los conflictos de intereses son problemas éticos muy generalizados, presentes en numerosas decisiones de la vida que tienen que ver con los demás, tanto desde el punto de vista individual como en el contexto de las organizaciones. Tienen lugar en cualquier situación en que un interés interfiere o puede interferir con la capacidad de una persona, organización o institución para actuar de acuerdo con el interés de la otra parte, siempre que

aquella persona, organización o institución tenga una obligación (legal, convencional, fiduciaria o ética) de actuar de acuerdo con el interés de los otros.

En una situación de posible conflicto de intereses se trataría de evitar las decisiones conscientes y voluntarias donde se hacen prevalecer los intereses propios (o de terceros), y aunque se supone que en el caso de profesionales independientes, competentes y bien formados serán más capaces de tomar las decisiones correctas, siempre existen sesgos inconscientes en el procesamiento de la información que influyen en la toma de decisiones y dificultan el mantenimiento de la objetividad.

Entre las distintas posibilidades que se proponen para evitar o reducir los efectos negativos de los conflictos de intereses, nos encontramos con algunas propuestas (Argandoña, 2004)²:

- *la separación del que debe tomar la decisión;*
- *el abandono de los intereses privados;*
- *apertura a la competencia;*
- *cambios estructurales;*
- *la comunicación, información o publicación de dichos intereses, tanto previa como en el momento en que surgen (es la solución más frecuente, y un deber moral); aunque presenta indudables ventajas, no se excluyen los inconvenientes, como el hecho de que no se eliminan los posibles sesgos ni siempre se consigue resolver el problema;*
- *regulaciones específicas;*
- y por último, mencionar la posibilidad de mantener *actitudes éticas*: considerarlas

situaciones éticamente relevantes, frecuentes, con consecuencias importantes, a las que no nos debemos exponer voluntariamente, o de las que debemos intentar salir cumpliendo las normativas (regulaciones o códigos de conducta), y que en caso de no poder eludir, se deberán aplicar las normas de *prudencia* en la toma de decisiones, estudiando las alternativas, cómo afectan a los deberes de justicia y las consecuencias para las distintas partes, sin omitir las posibilidades de cooperación; ante la existencia de sesgos, plantear *pedir consejo a una persona experta y de buen criterio*, analizando experiencias similares e intentando buscar soluciones distintas, conociendo los criterios para una *decisión justa*, y asumiendo la *responsabilidad*, decidiendo de acuerdo con la propia conciencia; estar dispuesto a pedir perdón y reparar el daño causado.

Se entiende el concepto de organización como sujeto moral o conjunto de personas colectivamente coordinadas para lograr fines comunes, y en este marco es importante asumir la *responsabilidad institucional* cuando surgen conflictos de intereses, siendo lo deseable actuar con la corrección que proponen esas actitudes éticas, intentando evitar que se produzcan dichos conflictos o que se solucionen de manera justa, según lo previsto por la ley y la ética. Para ello es imprescindible que se desarrollen las herramientas adecuadas, desde las normas (como los códigos de conducta), las instituciones (comités de ética, auditorías internas o externas), así como los necesarios procedimientos de

formación de sus miembros en los criterios profesionales, legales y éticos sobre conflictos de intereses.

Importancia de la adopción de códigos éticos en las ONG

En este sentido merece la pena reflexionar sobre las aportaciones de la tesis doctoral *“Los códigos éticos como instrumento de potenciación de la ética de las organizaciones. Una aproximación al caso de las organizaciones no gubernamentales”* (Aguiló, UNED 2015) ³.

Se menciona el hecho de que las organizaciones constituyen un motor de dinamización, de desarrollo y transformación social. Se pretende estudiar el efecto de la introducción de los códigos éticos en el contexto de las ONG, el posible impacto en la generación de comportamientos éticos y demostrar si es un instrumento eficaz o de simple mercadotecnia.

Se remarca que la *ética constituye la esencia de las ONG*: el compromiso ético las legitima, por lo que cualquier vulneración de aspectos éticos puede atentar contra la propia naturaleza moral y legal de su misión, y poner en riesgo su viabilidad. Además se reflexiona sobre el *proceso ético como proceso proactivo*, dado que no se busca tanto el efecto externo como el interno, y sobre el hecho de que el valor de un código ético en cuanto a su eficacia y legitimidad reside en gran parte en el *proceso de elaboración del mismo*.

Se considera que la *“ética de la responsabilidad convencida”* es la propia esencia de las ONG, a partir de unas convicciones éticas públicamente reconocidas y que esa naturaleza ética

es la que les concede su credibilidad, su legitimidad social y, por tanto, su poder.

Dicha legitimidad se basa en determinadas variables internas consideradas fundamentales:

- **Naturaleza moral y legal de la misión:** contar como objetivos institucionales la promoción de determinados valores (solidaridad, voluntariado, equidad, justicia...), y el compromiso con los mismos como rasgo idiosincrático y diferenciador.
- **Representatividad:** implica promover y defender los intereses de determinados grupos sociales.
- **Efectividad:** de especial trascendencia, por su papel como proveedoras de servicios.
- **Transparencia y rendición de cuentas** (mostrar sus resultados ante los distintos actores), como elemento necesario para obtener la legitimidad social y mantener la credibilidad.

Destacar de entre las *conclusiones* del estudio que: *los documentos formales de ética en las organizaciones se consideran un buen instrumento para potenciar el comportamiento ético*; como motivos para la adopción de un *código ético* se mencionan el potenciar y transmitir los valores de la entidad, mejorar el comportamiento ético en general y generar confianza; el impacto percibido de la adopción de los códigos éticos se percibe en la transmisión de la filosofía, en la mejora del comportamiento ético y de la imagen de la organización; y en cuanto a *la eficacia del código ético como instrumento potenciador del comportamiento ético*, no se consigue demostrar una relación directa, sino como beneficio por el proceso interno de

reflexión ética que supone, contando además como predictores tanto la existencia de programas de formación ética, como un grado de exigencia ética elevado a sus colaboradores.

→ Código de Ética y Conducta para las ONG: **referencia al conflicto de interés**

Como documento de relevancia nos encontramos con el *Código de Ética y Conducta para las ONG de la Asociación Mundial de Organizaciones No Gubernamentales-WANGO** (<http://wango.org/codeofethics.aspx>), formulado por un comité internacional que representó a un amplio espectro de las ONG de todas las regiones del mundo.

Se menciona que el incremento en importancia, número y diversidad de las ONG ha logrado que su impacto político actual, así como su servicio humanitario, hayan generado un *poder cívico relevante*, y por ello también ha aumentando su *responsabilidad de ser transparentes, honestas, responsables y éticas, para dar una información fidedigna y no deben generar situaciones de manipulación para beneficio personal de sus dirigentes o integrantes de sus equipos*. Por ello deben invertirse en el bienestar de otros de acuerdo al más elevado *código de conducta ética*, facilitando un *control ético*, y proporcionando una declaración pública del mantenimiento de elevados estándares, participando en la creación de una *conciencia pública* en el contexto de cultura global emergente.

En sus *capítulos 4 sobre Gobernabilidad y 5 sobre Recursos Humanos*, se hace mención explícita de las recomendaciones sobre los Conflictos de Interés (*1*), y se aconseja que tanto los directivos como los empleados y voluntarios:

“pondrán las metas de la organización antes que las metas personales, y pondrán los mejores intereses de la organización, por encima de los deseos individuales”.

→ **Política de conflicto de interés en Médicos del Mundo**

En nuestra organización, tras un proceso de reflexión interna, hemos desarrollado un documento sobre la *“Política de conflicto de interés en Médicos del Mundo”*, por medio de la Unidad de Calidad, Evaluación y Auditoría interna (aprobado por la Junta Directiva Permanente en marzo de 2014), que tiene como objetivo evitar que los intereses personales y/o institucionales de las personas implicadas en la toma de decisiones contractuales interfieran con el normal desempeño de su labor en Médicos del Mundo (MdM en adelante), y asegurar que no existe un beneficio personal, profesional o político en perjuicio de la organización.

El conflicto de interés se define, por tanto, como un interés que podría afectar o podría parecer que afecta, al juicio o la conducta de alguna o algunas personas de la junta directiva, representantes legales, o empleadas de MdM, en perjuicio de los intereses de la organización, cuando así lo estima la mayoría simple del pleno de la junta directiva u órgano designado para cada caso en determinados supuestos, y se establece un *procedimiento de comunicación*, aportando las *pruebas o argumentos* necesarios para verificar si existe o si podría parecer que existe dicho *conflicto de interés*. Se proponen *alternativas*, y se deberá decidir si pueden ser iguales o más benefi-

cias. Si se concluye que no se ha seguido el procedimiento adecuado o no se ha informado de un conflicto de interés, real o potencial, se tomarán las medidas oportunas (incluyen la expulsión de la organización o la pérdida de la condición de asociado).

Se establece también la necesidad de que se recoja el proceso completo en las actas de las reuniones y se haga publicidad del documento dentro de MdM. Se debe proceder a la firma junto al contrato de trabajo para el personal contratado y al incorporarse al cargo los miembros del pleno de junta directiva. Además, anualmente la Junta Directiva deberá revisar y emitir un informe que justifique que las transacciones, contrataciones, acuerdos, etc. realizados en los que se ha producido o parecía que se podía producir un conflicto de interés, se justifican por sus condiciones beneficiosas para la organización.

Asimismo, en MdM hemos desarrollado otros documentos donde se hace mención a los posibles casos de conflicto de intereses en la contratación de los servicios y compras, o en la contratación de personal como es el *"Procedimiento contra el fraude, corrupción o conducta irregular en Médicos del Mundo"*. Su alcance se extiende a todas las personas que forman parte de los órganos de decisión y gestión de la organización, el asociativo, voluntariado y personal contratado, y también a las relaciones con otras organizaciones nacionales e internacionales y organizaciones externas, y debe ser analizado con los siguientes documentos:

- El Código de conducta para personal en misión de MdM.

- El Código de conducta de la red internacional de MdM.
- Comisión de aspectos éticos sobre la gestión de personas.
- La Política de conflicto de interés (ya mencionada).
- La transparencia y rendición de cuentas en MdM.
- El Procedimiento de autorización de adquisición de compromisos económico-financieros.
- La Política financiera de MdM.
- Marco de colaboración con empresas.
- Auditorías país y SSAA alcance y metodología.

De los códigos de conducta destacar que en ellos se recogen tanto nuestros valores (solidaridad, humanidad, igualdad, universalidad, justicia y denuncia de la intolerancia), como nuestros principios (compromiso, independencia, competencia, responsabilidad, transparencia), que están presentes en la Carta de Cracovia, y en el proyecto asociativo de MdM de 1995.)

Mencionar también el documento *La transparencia y rendición de cuentas en MdM* cuyo objetivo es incidir en los aspectos clave del posicionamiento de MdM así como mostrar de forma explícita todos los procesos relacionados que se están llevando a cabo.

Rendir cuentas significa explicar la razón de ser y los valores de MdM, el modelo organizativo y de gobierno, las actividades y su impacto, la financiación, el equipo y sus políticas de gestión, las políticas de comuni-

cación, y todo aquello que pueda contribuir al conocimiento general de la organización. En cuanto a la transparencia, se refiere a la actitud proactiva que se adopta al rendir cuentas y su incorporación como un *valor ético y estratégico de la organización*.

Ser transparentes y rendir cuentas es imprescindible porque las organizaciones tenemos el deber de informar sobre nuestras políticas y actuaciones pero también como elemento generador de confianza y de intercambio, orientado a promover una mayor implicación de todas las personas, junto con otros elementos intrínsecos a MdM, como son la participación, la apropiación y el compromiso. También lo entendemos como un ejercicio de responsabilidad hacia todos los implicados directamente y la sociedad en general.

Todos los datos mencionados se reflejan en nuestra web: www.medicosdelmundo.org ⁵

→ **Herramienta de Transparencia y Buen Gobierno:** Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE)

Desde la *Coordinadora de ONG de Desarrollo-España* (CONGDE en adelante), se ha elaborado una estrategia para la difusión de la *Herramienta de Transparencia y Buen Gobierno*⁶ que se ha creado desde su Grupo de Transparencia y del que MdM es miembro activo. (<http://webtransparencia.coordinadoraongd.org/>) Este documento incide sobre el *posicionamiento de la CONGDE respecto a la transparencia* y, por tanto, sobre la visión que las organizaciones miembro compartimos al respecto; se apoya en dos conceptos clave e inseparables: *Transparencia y Buen Gobierno*.

Fue aprobada en 2009 en la Asamblea General Ordinaria y supone un proceso de mejora continua para las ONGD, *la rendición de cuentas interna* de las ONGD socias a la Coordinadora y *la rendición de cuentas externa* de las ONGD a la sociedad en general. Así, además del cumplimiento de los *códigos de conducta* o la revisión de cuentas por auditorías externas, contamos con una herramienta específica que nos autorregula y ayuda a una mejora constante.

La transparencia significa *mostrar abiertamente el engranaje de una organización*, dado que las ONG deben actuar de manera responsable social, económica y ambientalmente, y asegurar que esa información se difunde abiertamente y con claridad. El *buen gobierno* se refiere a que la forma en la que se dirige la organización define bien las responsabilidades de las personas, promueve la mejora continua y cuenta con mecanismos de planificación adecuados.

En el *Informe anual de Transparencia y Buen Gobierno de 2016*⁷ se exponen los resultados de la aplicación de dicha herramienta (http://webtransparencia.coordinadoraongd.org/wp-content/uploads/InformeAnual_TRyBG2016_DEF1.pdf). Destacar de los mismos:

- El 91% de las organizaciones socias de la Coordinadora ONG Desarrollo España mantiene el sello vigente durante el año 2016 (67 organizaciones).
- En el cuarto año de aplicación se consigue el porcentaje más alto de ONGD que superan el total de los 10 bloques: el 82,50%.

→ En 2015 algunos de los principales donantes privados valoran en sus convocatorias la Herramienta (por ejemplo, Fundación La Caixa y Ferrovial).

La CONGDE junto a la *Plataforma de ONG de Acción Social (POAS)* está trabajando en la adaptación de la Herramienta para convertirla en *referente único de Transparencia y Buen Gobierno del Tercer Sector*. Su valor añadido reside en ser el resultado de un *amplio consenso*; estar adaptada específicamente a las características particulares de las ONG de desarrollo; contar con *indicadores objetivos* cuya revisión de su cumplimiento es *independiente y rigurosa*; y *actualizarse* gradual pero permanentemente.

El *sello de Transparencia y Buen Gobierno de la Coordinadora* acredita que la ONGD se ha sometido al proceso correctamente y por tanto tiene un compromiso firme con la transparencia y con la mejora continua, por lo que su presencia en la web o memoria de una ONGD implica que: es miembro de CONGDE o de alguna de las Coordinadoras Autonómicas asociadas; una firma auditora externa ha verificado el cumplimiento/incumplimiento de todos los indicadores y ha emitido su correspondiente informe; y la Coordinadora ha recibido, revisado y valorado como “conforme” dicho informe.

MdM cuenta con dicho sello, vigente hasta 2018, cuando deberá realizar nuevamente el proceso (por haber superado todos los bloques en 2015, la ONGD queda exenta de realizar la evaluación los dos años siguientes).

Fundación Lealtad y otras iniciativas internacionales

Además MdM cuenta con el certificado de evaluación de los principios de transparencia y buenas prácticas de las ONG emitido por la Fundación Lealtad, para lo que se ha procedido a analizar los siguientes principios:

- Principio 1 de Funcionamiento y Regulación del Órgano de Gobierno.
- Principio 2 de Claridad y Publicidad del Fin Social.
- Principio 3 de Planificación y Seguimiento de la Actividad.
- Principio 4 de Comunicación e Imagen Fiel en la Información.
- Principio 5 de Transparencia en la Financiación.
- Principio 6 de Pluralidad en la Financiación.
- Principio 7 de Control en la Utilización de Fondos.
- Principio 8 de Presentación de Cuentas Anuales y Cumplimiento de las Obligaciones Legales.
- Principio 9 de Promoción del Voluntariado.

Se puede consultar en la web de la Fundación Lealtad⁸ (<http://www.fundacionlealtad.org/>).

Destacar otras iniciativas internacionales como la del *Grupo de Trabajo de Europa Central y Oriental sobre Gobernabilidad de Organizaciones No Lucrativas*, con la publicación de su *Manual de Gobernabilidad para ONGs*¹³ (<http://www.icnl.org/programs/lac/mexico/manual-de-gobernabilidad-final.pdf>), para atender a la problemática específica de OSC que surgieron en países de Europa Cen-

tral y Oriental como resultado de la transición democrática, pero donde se hace referencia a la relevancia para las organizaciones en América Latina. Se destacan ocho principios básicos que constituyen el fundamento de los lineamientos de gobernabilidad y resaltan como una de las principales tareas el lineamiento “*El consejo y el personal son entidades diferentes*”, que se encuentra bajo el principio “*La buena gobernabilidad implica separar las funciones gerenciales de las prácticas de gobernabilidad*”, como el primer objetivo de toda organización. Se considera que cuando miembros del consejo forman parte del personal o se encuentran íntimamente vinculados, se enfrentan dificultades reales o potenciales para representar de manera justa los intereses de las partes involucradas, puesto que funcionan en un estado perpetuo de conflictos de intereses.

Asimismo, bajo el principio “*Las ONG promueven los más elevados estándares éticos y profesionales*” se encuentran los lineamientos que hacen referencia a que el consejo debe: articular los estándares profesionales y éticos de la organización (como el establecimiento de los Códigos de conducta); sus miembros no deben recibir remuneración por sus servicios; debe establecer una política sobre conflicto de interés (donde consten el enunciado del propósito, la orientación sobre conductas y las declaraciones anuales sobre conflictos de intereses); debe establecer el estándar de conducta profesional; y cuidar su propio desarrollo.

Mencionar la importancia también de la creación del *Foro sobre la Eficacia del Desarrollo de las OSC*¹¹ (<http://lcsso-effectiveness.org/-pagina-de-inicio.092-.html>), por ser la primera iniciativa

mundial multisectorial en el campo del desarrollo iniciada por una coalición de OSC, cuyo objetivo principal es definir y fomentar el papel y la eficacia del sector en el desarrollo, basándose en un marco de principios común; han acordado ocho criterios fundamentales de identidad y trabajo denominados “*Los principios de Estambul para la OSC como actoras del Desarrollo*”¹², y el quinto hace referencia al compromiso de practicar la transparencia y la rendición de cuentas y la integridad en su funcionamiento interno.

Otras iniciativas a destacar a nivel internacional serían, en el contexto de América Latina, la *Iniciativa Regional de la Sociedad Civil Rendir Cuentas*⁹ (<http://rendircuentas.org/>), iniciada en 2010 tras una alianza de cuatro organizaciones, con el intento de “*contribuir a fortalecer el sector de las organizaciones de la sociedad civil en América Latina, a través de poner en la agenda pública y en la agenda propia de un número significativo de estas Organizaciones Sociales Cívicas (OSC en adelante), la preocupación por la autorregulación a través del ejercicio responsable de la transparencia y la rendición de cuentas con todos los públicos*”. Destacar la mención que hacen a las motivaciones para instaurar una cultura de transparencia y rendición de cuentas, que abarcarían distintos ámbitos, desde el individual de cada organización, al colectivo de la sociedad civil (crear un ambiente “*habilitante*” o poder constituirse en hecho político), hasta el ámbito internacional.

De nuevo en el contexto de América Latina, mencionar la presentación del Manual “*Transparencia, rendición de cuentas y legitimidad*”¹⁰ como parte de las actividades del proyecto de “*Fortalecimiento de organizaciones de base*

y de grupos de mujeres en América Latina”, presentado por el Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD), cuyo objetivo general es el fortalecimiento de la participación ciudadana, y especialmente de las capacidades y legitimidad de las OSC. En este marco, la transparencia y la rendición de cuentas surgen como aspectos centrales por donde avanzar para generar esa mayor legitimidad, fortalecer su institucionalidad y mejorar sus prácticas, y también la participación e incidencia. Se puede descargar en: (<http://rendircuentas.org/wp-content/uploads/2013/07/Manual-Transparencia-rendici%C3%B3n-de-cuentas-y-legitimidad.pdf>)

Otro ejemplo de material de utilidad para las ONG es la reciente publicación en 2013 de la *“Guía Práctica de Buen Gobierno para las ONG: Asociaciones de Utilidad Pública y Fundaciones”*¹⁴, que ha sido elaborada por el *Instituto de Consejeros-Administradores (IC-A)*, la asociación española de Consejeros, contando con la participación de la Plataforma del Tercer Sector (PTS), la Asociación Española de Fundaciones (AEF) y la Coordinadora ONG para el Desarrollo España (CONGDE). Su objetivo es dotar a las ONG y sus Órganos de Gobierno de una serie de recomendaciones prácticas voluntarias, que les ayuden a reflexionar con el fin de mejorar. Mencionan que existe una *especial necesidad de inspirar plena confianza a sus donantes y colaboradores, a sus beneficiarios y a la sociedad en general*. (http://iconsejeros.com/sites/default/files/archivos/documentos/guia-practica-buen-gobierno-ong_0.pdf)

Reflexiones finales

Partimos de la premisa de que siempre existe riesgo de conflictos éticos en el contexto de

las ONG, la mayoría en relación con la tensión entre la misión y los fondos, y entre ellos se incluyen los conflictos de intereses, considerados como conflictos éticos muy generalizados en las decisiones de la vida, tanto de modo individual como en las organizaciones, que tienen lugar cuando se presentan posibles interferencias de intereses en el momento de tomar decisiones, asociados muchas veces con la existencia de sesgos inconscientes que dificultan el mantenimiento de la objetividad.

Entre las distintas estrategias para evitar o reducir los efectos negativos de los conflictos de intereses en el contexto de las ONG se incluye a menudo la comunicación de dichos posibles conflictos, pero deberíamos intentar encauzarlo hacia el mantenimiento de actitudes éticas como objetivo final (cumplir normativas éticas, aplicar la prudencia, consejo de expertos, decisiones justas, asumir responsabilidades, incluida la institucional).

La ética de la responsabilidad convencida es la propia esencia de las ONG, puesto que su naturaleza ética les confiere credibilidad, legitimidad social y poder como organizaciones cívicas. La adopción de códigos éticos en las ONG como instrumento potenciador del comportamiento ético se percibe como beneficio por el mismo proceso interno de reflexión ética que supone. El Código de Ética y Conducta de las ONG plantea la participación de las mismas en la creación de una conciencia pública, y señala los requisitos exigibles para evitar los conflictos de intereses en el contexto de la gobernabilidad y de los recursos humanos.

En MdM hemos elaborado documentos específicos en relación a la Política de conflictos de

intereses que, junto con los Códigos de Conducta, pretenden demostrar que para nosotros la transparencia y la rendición de cuentas suponen un ejercicio de responsabilidad y un elemento imprescindible como generador de confianza para nuestra existencia y nuestro desarrollo.

La Herramienta de Transparencia y Buen Gobierno de la CONGDE ofrece la oportunidad a las ONG españolas de autorregularse y hace posible la necesaria mejora constante. El desarrollo de otras iniciativas similares a nivel internacional representa la preocupación de las ONG por su autorregulación mediante el ejercicio responsable de la transparencia y la rendición de cuentas a todos los públicos.

Es preciso que las ONG promuevan los más elevados estándares éticos y profesionales, trabajando en la creación de políticas de control, incluyendo las necesarias políticas sobre conflictos de intereses, con el objetivo de que inspiren plena confianza a todos los protagonistas y a la sociedad en general. Las ONG se deben adaptar a los constantes cambios en que se ven inmersas, intentando mantenerse fieles a su misión, y será labor desde los órganos de gobierno de las mismas que se cumpla ese reto, para lo que se deben procurar mantener intactos tanto su compromiso como su motivación.

Finalizar recordando lo que en el *Código Ético de las Organizaciones de Voluntariado*¹⁵ se menciona en relación a que este tipo de organizaciones, entre las que se incluye MdM, “estamos convocadas a la construcción, mejora y transformación de esta sociedad desde el ejercicio de la solidaridad”, y que debemos contar como cri-

terio el de “favorecer la estimación y realización de los valores que humanizan y construyen una sociedad distinta a la actual, sensibilizando a la ciudadanía en los valores de la solidaridad, la paz, la justicia, la tolerancia y la igualdad, que no son en realidad los valores culturalmente vigentes”.

Las ONG debemos participar como protagonistas principales en ese necesario cambio hacia una sociedad más justa y solidaria, con la importante tarea de educar, concretamente, de “educar en valores”, algunos de ellos tan necesarios, recordando que...

“La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo”

Nelson Mandela

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundación Compromiso y Transparencia [Internet]. Madrid: Fundación Compromiso y Transparencia [acceso 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.compromisoytransparencia.com/>
2. Argandoña A. Conflicto de intereses: el punto de vista ético. ResearchGate [Internet] 2004 [acceso 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/228434052>
3. Aguiló Rosés M. *Los códigos éticos como instrumento de potenciación de la ética de las organizaciones. Una aproximación al caso de las organizaciones no gubernamentales* [tesis doctoral]. Madrid: UNED; 2015.
4. WANGO-World Association of Non-Governmental Organizations [Internet]. USA: WANGO-World Association of Non-Governmental Organizations; 2005 [acceso 17 de septiembre de 2016] Code of Ethics and Conduct for NGOs. Disponible en: <http://wango.org/codeofethics.aspx>
5. Médicos del Mundo [Internet] Madrid [acceso 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: www.medicosdelmundo.org
6. Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España [Internet]. Madrid [acceso 17 de septiembre de 2016]. *Herramienta de Transparencia y Buen Gobierno*. Disponible en: <http://webtransparencia.coordinadoraongd.org/>
7. Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España [Internet]. Madrid [acceso 17 de septiembre de 2016]. *Informe*

anual de Transparencia y Buen Gobierno de 2016. Disponible en: http://webtransparencia.coordinadoraongd.org/wp-content/uploads/InformeAnual_TRyBG2016_DEF1.pdf

8. Fundación Lealtad [Internet]. Madrid. 2001 [acceso 18 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.fundacion-lealtad.org/>

9. *Iniciativa Regional por la Transparencia y Rendición de Cuentas de las Organizaciones de la Sociedad Civil en América Latina y el Caribe* [Internet]. 2012 [acceso 18 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://rendircuentas.org/>

10. *Iniciativa Regional por la Transparencia y Rendición de Cuentas de las Organizaciones de la Sociedad Civil en América Latina y el Caribe. Montevideo* [Internet]. 2013 [acceso 18 de septiembre de 2016]. *Manual Transparencia, rendición de cuentas y legitimidad. Proyecto de Fortalecimiento de organizaciones de base y de grupos de mujeres en América Latina*. Disponible en: <http://rendircuentas.org/wp-content/uploads/2013/07/Manual-Transparencia-rendici%C3%B3n-de-cuentas-y-legitimidad.pdf>

11. Foro sobre la Eficacia del Desarrollo de las OSC [Internet]. [acceso 18 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://cso-effectiveness.org/-pagina-de-inicio_092-.html

12. Foro sobre la Eficacia del Desarrollo de las OSC [Internet]. [acceso 17 de septiembre de 2016]. Los principios de Estambul para la OSC como actoras del Desarrollo. Disponible en: <http://cso-effectiveness.org/IMG/pdf/principiosdeosc-estambul-final.pdf>

13. Wyatt M. Grupo de Trabajo de Europa Central y Oriental sobre Gobernabilidad de Organizaciones No Lucrativas [Internet]. Budapest; 2004 [acceso 17 de septiembre de 2016]. *Manual de Gobernabilidad para ONGs*. Disponible en: <http://www.icnl.org/programs/lac/mexico/manual-de-gobernabilidad-final.pdf>

14. Instituto de Consejeros-Administradores (IC-A) [Internet]. *Guía Práctica de Buen Gobierno para las ONG: Asociaciones de Utilidad Pública y Fundaciones*. Madrid; 2013 [acceso 17 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://iconsejeros.com/sites/default/files/archivos/documentos/guia-practica-buen-gobierno-ong_0.pdf

15. Médicos del Mundo [Internet]. Madrid. 2000 [acceso 18 de septiembre de 2016]. Código Ético de las Organizaciones de Voluntariado. Disponible en: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_3Codigo_Etico_Voluntariado_88878f36%232E%23PDF

El ponente de nuestra última intervención de esta 1º mesa de la mañana que abordará el tema de "Conflicto de intereses en el ámbito jurídico" ES José Luis Seoane Spiegelberg:

Es licenciado en Derecho por la Universidad de Santiago. Diplomado Criminología Universidad Complutense de Madrid.

Académico de número de la Real Academia Gallega de Legislación y Jurisprudencia.

Profesor asociado de Derecho procesal de la facultad de Derecho de A Coruña.

Presidente de la Audiencia Provincial de A Coruña.

Su intervención versará sobre la colisión de derechos y la técnica de la ponderación como mecanismo de decisión por los órganos jurisdiccionales en los conflictos bioéticos a través de la metodología de análisis de casos.



203 → 220
57 → 84

1.4. En el ámbito jurídico

PONENTE → José Luis Seoane Spiegelberg

Audiencia Provincial de A Coruña

A. El Derecho y la realidad social

El filósofo brasileño Miguel REALE, en su teoría tridimensional del Derecho, definía a éste “como integración de hecho según valores”.

En definitiva, cabe afirmar que el Derecho no es otra cosa que una tensión dialéctica entre los hechos de la vida social y los valores imperantes en la sociedad en un momento concreto y determinado, y de la conjunción de tales factores, agitados en la coctelera del Derecho, nacen las normas jurídicas, que rigen nuestra vida social.

Por otra parte, esta realidad social no se encuentra petrificada, sino que cambia y evoluciona continuamente, es mudable y dinámica, lo que exige una constante adaptación del Derecho a las concepciones imperantes para cumplir su función esencial de reglamentar la vida en sociedad, fijando las pautas del comportamiento *civiliter*.

Las leyes, desde esta perspectiva, no dejan de ser una frágil red a través de cuyas mallas presiona y a veces desborda la realidad social, en afortunada expresión de CALAMANDREI¹.

En este sentido, se habla del papel conservador del Derecho, en tanto en cuanto sólo muda la reglamentación jurídica tras cambiar las concepciones políticas, económicas, morales y

¹ CALAMANDREI, Piero: “Proceso y democracia” (1960), pág. 49.

sociales dominantes, siempre pues detrás de éstas.

Los valores sociales sin duda seguirán evolucionando provocando la modificación del Derecho, que nunca puede morir y para el cual nada de la vida social le resulta indiferente.

En el ámbito de la interpretación de las normas jurídicas se recoge en el art. 3.1 del Código Civil, el canon hermenéutico de la realidad social, que “debe hacerse referible a las circunstancias que cualifican a la sociedad en un tiempo histórico determinado –el que debe ser tenido en cuenta al aplicar la norma-”², que sin embargo no le permite al Juez desvincularse de la misma (Escuela del Derecho libre), en tanto en cuanto su función constitucional de juzgar se encuentra sometida al imperio de la Ley (art. 117.1 CE).

La “realidad social” se configura pues como un concepto jurídico indeterminado, un estándar o concepto válvula para proceder a la interpretación de las normas que rigen nuestra vida de relación. El problema jurídico radica entonces en saber captar, reconocer o detectar los nuevos valores éticos y sociales para tomarlos como referencia a la hora de interpretar las normas, y buscar con base en ellos la solución a los conflictos humanos, que requieren una respuesta del ámbito del Derecho.

B. El Derecho como mínimo ético

Desde otro orden de cosas, el Derecho se configura como un mínimo ético. Desde luego comprende un contenido moral, pero sería un error identificar el derecho con la moral. Exis-

² PÉREZ ÁLVAREZ, Miguel Ángel: “Realidad social y jurisprudencia” (2005).

ten normas jurídicas ajenas a ésta, como por ejemplo las que imponen el sentido de circulación en las carreteras, las que fijan distancias entre plantaciones o en la servidumbre de vistas o, en fin, las que determinan el número de componentes de un consejo consultivo, entre otros abundantes ejemplos que podrían darse.

Ahora bien, como decía Aranguren, el ser humano no puede ser amoral, dada la necesidad de decidir a la que está continuamente sometido, por lo que tampoco puede discurrir la moral al margen de ese producto básico de la civilización humana que es el Derecho.

GRACIA GUILLÉN señala que la Constitución explicita valores éticos y en este sentido se puede hablar de ética constitucional³.

En no pocas ocasiones además las normas éticas o deontológicas son objeto de incorporación a las normas jurídicas (juridicidad de las normas éticas). Así la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud impone como obligación ejercer la profesión: «con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables».

El Derecho contiene además una nota ajena a la moral, cual es la coercibilidad, en tanto en cuanto puede imponer su contenido a quien lo vulnere. Es una ordenación coercible de la conducta humana.

El Derecho debe respetar y hacer respetar las distintas concepciones éticas y morales de cada individuo, en tanto en cuanto no vulnere

3 GRACIA GUILLÉN: *"Fundamentos de bioética"*, (1989), pág. 595.

el mínimo ético codificado. La moral es autónoma mientras el Derecho, como escribe REALE, es "la ordenación heterónoma y coercible de la conducta humana"⁴.

El Derecho implica relación, es nota característica del mismo la «alteridad», y así STAMMLER lo caracterizaba gráficamente como «forma de querer entrelazante».

El Derecho coincide con la ética en que no es ajeno al ámbito axiológico de los valores, pero se diferencia de aquélla en la posibilidad de imponerse exigiendo el cumplimiento de los mandatos normativos de las leyes.

Los problemas éticos llaman en no pocas ocasiones a la puerta del Derecho solicitando una decisión. En estos casos, la bioética aporta al Derecho orientaciones para dar solución a los problemas que constituyen su objeto. Y para resolver los conflictos de tal naturaleza BEAUCHAMP Y CHILDRESS⁵, acuden a los cuatro principios inspiradores de las soluciones a adoptar: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia.

C. La lógica jurídica

El mundo del Derecho, por otra parte, no se concilia con verdades absolutas, sino que es el reino de lo opinable, de lo discutible. La lógica a la que responde no es una lógica formal, matemática, en la que partiendo de unas premisas ciertas –los hechos acreditados– se llega a una conclusión indiscutible –la decisión del conflicto suscitado–, sino que en su ámbito

4 REALE, Miguel: *"Introducción al Derecho"*, página 51.

5 Beauchamp y Childress: *«Principles of Biomedical Ethics»*.

la que impera es la lógica de lo humano, de lo razonable.

La sentencia que zanja un conflicto no es otra cosa que un punto de vista sobre la justicia, dentro de las diversas opciones posibles para resolverlo. Sus resultados no son susceptibles de verificación, como sucede por el contrario en el ámbito de las ciencias experimentales.

La gran angustia que domina al jurista radica en la imposibilidad de comprobar o refrendar el acierto de sus opiniones, dictámenes o decisiones. Ha de saber convivir con la duda, como compañera inseparable en su recorrido por el Derecho.

Nuestro instrumento de trabajo es la argumentación, tendente a persuadir o convencer con las incruentas armas de la razón, manejando leyes, principios y valores.

No le podemos exigir ante complejos problemas éticos decisiones concluyentes y seguras, sino motivadas bajo una estructura racional, que sea socialmente aceptable, aunque no convenza necesariamente a todos los destinatarios de la resolución dictada.

D. El principio de la libre autonomía o autodeterminación

Desde KANT la ética se fundamenta en la autonomía del sujeto como ser racional, lo que trasciende al ámbito jurídico.

En efecto, en ese panorama de continua transformación, al que antes hicimos referencia, asistimos a una potenciación creciente del principio de la libre autonomía de la voluntad

o de lo que se ha venido a llamar la libertad civil -valores sociales imperantes-.

FEDERICO DE CASTRO define la autonomía de la voluntad como aquel poder complejo reconocido a la persona para el ejercicio de sus facultades, sea dentro del ámbito de la libertad que le pertenece como sujeto de derecho, sea para crear reglas de conducta para sí y en relación con los demás, con la consiguiente responsabilidad en cuanto actuación en la vida social⁶.

Este principio de la autonomía privada tiene su fundamento positivo en el art. 1 de la CE, que proclama la libertad como valor superior del ordenamiento jurídico, así como, en el art. 10 de la referida Carta Magna, en tanto en cuanto reconoce el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana.

En otro estudio, DÍEZ PICAZO, encuentra el reconocimiento constitucional a la autonomía privada, en el art. 10 de la CE y en el reconocimiento de la dignidad de la persona, porque sólo se reconoce la dignidad de la persona si se le permite auto-regular sus marcos de intereses⁷.

En una Constitución democrática, escribe ROMEO CASABONA, la concepción del ser humano ha de ser la de un ser autónomo, sometido a un trato de igualdad y a un régimen de autorresponsabilidad, de los que se deduce la dignidad humana⁸.

⁶ DE CASTRO; Federico: "El negocio jurídico" (1985), pág. 12.

⁷ DÍEZ PICAZO, Luis: "La ley y la potestad normativa privada", en la obra *Democracia representativa y parlamentaria*, Antonio López Pina, (1994), pág. 83.

⁸ ROMEO CASABONA, Carlos: "El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana" (1994), pág. 11.

La incidencia de este valor no ha sido indiferente al marco bioético. Y así se ha pasado de una medicina altamente paternalista⁹, en la que era el médico el que adoptaba las decisiones más trascendentes para la salud del paciente, sin contar con su conocimiento y voluntad, que podíamos sintetizar en la frase de todo para el enfermo, por el enfermo, pero sin contar con el enfermo, hacia una medicina en la que rige el principio de la autonomía de la voluntad del paciente, convirtiendo a éste en protagonista de su propia existencia, participe en la adopción de las decisiones más trascendentales para su integridad física y subsistencia, de manera tal que ninguna injerencia corporal es posible, ni ningún tratamiento médico factible, sin su consentimiento informado.

Es decir, hemos evolucionado del paternalismo médico al «principio de autodeterminación» del enfermo.

Ha sido precisamente la consagración de tal principio lo que ha llevado al Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, a normar, incluso, en su artículo 9, que: “Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”.

⁹ BEAUCHAMP T.L., definía al paternalismo como “la limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra, cuando la persona que limita la autonomía apela exclusivamente a motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía está limitada” (BEAUCHAMP, T.L., Mc CULLOUGH, L.B.: *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*, pág. 98, 1987).

Hoy en día, las denominadas instrucciones previas se encuentran reguladas en el art 11 de la Ley 41/2002, de Autonomía del paciente, constituyendo el denominado testamento vital, documento en el que una persona manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

No es de extrañar entonces que las SSTS 12 de enero y 11 de mayo de 2001, señalen que el principio de la libre autonomía del paciente: “constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo».

O que la sentencia igualmente de la Sala Civil de dicho Alto Tribunal, en esta ocasión de 4 de marzo de 2011, señale que: “La actuación decisoria pertenece al enfermo y afecta a su salud y como tal no es quien le informa sino él quien a través de la información que recibe, adopta la solución más favorable a sus intereses”.

El cambio ha sido radical, fruto de los nuevos valores imperantes en la sociedad, que han tenido su ulterior reflejo normativo.

E. Conflictos bioéticos y derechos fundamentales

Normalmente el marco jurídico para resolver los problemas bioéticos no está claro. Generan cuestiones complejas cuya decisión no es fácil de adoptar, dado que no se concilian con soluciones sencillas.

Los conflictos de tal naturaleza que trascienden al ámbito de lo jurídico se encuentran íntimamente ligados con los derechos fundamentales de las personas, que conforman un mínimo ético universalmente aceptado, que permite garantizar la dignidad del ser humano.

Como escribe la profesora CAMPS, si alguna verdad tiene que servirnos de agarradero para distinguir la civilización de la barbarie, esa verdad se resume hoy en los artículos que componen la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁰.

La importancia de tales derechos derivan de las propias características que los adornan, dado que son: Innatos o inherentes al ser humano, forman parte de su propia esencia. Universales, en tanto en cuanto pertenecen a todos los hombres y mujeres sin excepción, en cualquier lugar en el que se encuentren. Inalienables e intransferibles, dado que no son disponibles, no cabe su renuncia, ni negociar con ellos. Inviolables, posibilitando su vulneración la reacción del ordenamiento jurídico para reponerlos. Obligatorios, de necesaria observancia con el deber de los poderes públicos de garantizar su efectividad. Exigibles, brindando la Ley acciones para forzar su cumplimiento. Y progresivos, pues no conforman un catálogo

10 CAMPS, Victoria: "Elogio de la duda", pág 73 (2016).

cerrado, sino abierto en continuo crecimiento, como la historia nos lo demuestra.

En definitiva, escribe PICO DELLA MIRANDOLA, que los derechos universales y los valores que los sustentan marcan las pautas que nos permiten decidir si la condición humana se eleva o se deteriora¹¹.

Los derechos fundamentales se encuentran reconocidos, independientemente de los convenios o tratados internacionales, en los distintos textos constitucionales, que conforman las normas de mayor rango jerárquico normativo de los ordenamientos jurídicos nacionales. En España en los arts. 14 a 29 de la CE.

En este sentido, el art. 5 de la Ley Orgánica del Poder Judicial dispone que: "La Constitución es la norma suprema del ordenamiento jurídico, y vincula a todos los Jueces y Tribunales, quienes interpretarán y aplicarán las leyes y los reglamentos según los preceptos y principios constitucionales, conforme a la interpretación de los mismos que resulte de las resoluciones dictadas por el Tribunal Constitucional en todo tipo de procesos".

F. El principio de contradicción esencial para la decisión de las controversias jurídicas a través del proceso

Las decisiones judiciales se adoptan a través del proceso, una vez fracasados los intentos de autocomposición o solución amistosa de los conflictos humanos entre los partícipes o afectados por ellos.

11 Cita tomada de CAMPS, Victoria: op. cit. supra, pág. 77.

Es un escenario de pacífico enfrentamiento y un procedimiento de heterocomposición, en el que un tercero, como es el Juez, no sólo dirime el conflicto existente entre las partes, sino que impone su decisión, en el caso de que no sea objeto de voluntario cumplimiento, dada la característica de la coercibilidad propia de las normas jurídicas, que aplica para solventar los litigios humanos en el Estado de Derecho.

A través del proceso se hace realidad el derecho fundamental a la tutela judicial efectiva que proclama el art. 24.1 CE, conforme al cual cualquier ciudadano puede obtener de un órgano jurisdiccional una resolución motivada sobre una pretensión o interés legítimo.

En este sentido, explica EISNER, que el proceso es el instrumento mediante el cual se lleva a los estrados de la jurisdicción los conflictos particulares, para obtener una sentencia que declare el derecho y de satisfacción al que reclame la tutela jurídica. El proceso comprende un método dialéctico donde se enfrentan las razones. Confronta desde su comienzo la tesis con la antítesis, para obtener la síntesis que es la sentencia y, en su caso, la cosa juzgada, que es la paz, el orden, la seguridad¹².

No es un monólogo, sino un diálogo (dialéctica), en él que rige el principio de dualidad de partes. Desde esta perspectiva, el proceso es "*actus trium personarum*", tres personas "*faciunt processum*": el juez, por un lado, y las partes enfrentadas, por otro, que defienden intereses divergentes, enquistados y en conflicto actual.

¹² EISNER, I: "*La prueba en el proceso civil*"; segunda edición actualizada (1992), pág. 118.

Su regla motriz es pues el principio contradictorio: «*audiatur et altera pars*» (oíase también a la otra parte). Por ese motivo el proceso ha sido comparado con una especie de esgrima o con una contienda deportiva, pero se trata de esgrima de persuasiones y de una contienda de razonamientos¹³.

Como señala ALLEN a las partes en el proceso se le pueden exigir tres cargas: «la carga de alegar, la carga de producción de prueba y la carga de persuasión»¹⁴.

En los casos en los que existe afectación de derechos fundamentales, están en juego los intereses de menores o discapacitados es también parte del Ministerio Fiscal (arts. 124 CE, 3.7 de su Estatuto Orgánico, 158 CC).

En el proceso, que se sustancia a través del procedimiento, bajo estructura contradictoria, se dirimen las cuestiones de bioética, entre otros conflictos humanos, que exigen respuesta jurídica de los tribunales.

En el proceso la decisión es siempre necesaria, no son admisibles manifestaciones del "*non liquet*". Incurre el juez en delito de prevaricación judicial si deja de resolver un asunto sometido a su consideración.

G. La doctrina de la ponderación de derechos y valores

La palabra ponderar proviene del latín "*pondos*" que significa peso, por consiguiente

¹³ CALAMANDREI, Piero: "Il proceso como giuoco", en *Riv. Dir. Proc.*, Roma, (1950), págs. 23 y ss.

¹⁴ ALLEN, R.J: "Los estándares de prueba y los límites del análisis jurídico", en la obra colectiva "*Estándares de prueba y prueba científica*"; coordinadora Carmen Vázquez (2013), pág. 41 y 42.

cuando un Juez acude a esta técnica resolutoria de los derechos en colisión, ha de determinar cuál de ellos ha de prevalecer por su mayor fuerza o intensidad frente al otro, resolviendo de esta forma la controversia suscitada.

En el derecho constitucional alemán escribe ALEXY, la ponderación es una parte de lo que exige un principio más amplio; este principio comprensivo es el de proporcionalidad (*Verhältnismäßigkeit*). Éste se compone de tres partes: los subprincipios de adecuación (*Geeignetheit*), necesidad (*Erforderlichkeit*) y proporcionalidad en sentido estricto;

Dentro de ésta último, proporcionalidad en sentido estricto, establece la siguiente regla de la ponderación: "Como alto sea el grado de incumplimiento o perjuicio de un principio, tanto tiene que ser la importancia de la realización del otro".

Esta ley de ponderación puede descomponerse entonces en tres pasos: En el primero debe constatar el grado de incumplimiento o perjuicio de un principio. A él debe seguir en un segundo paso la comprobación de la importancia de la realización del principio contrario. En un tercer paso finalmente debe averiguarse si la importancia de la realización del principio contrario justifica el perjuicio o incumplimiento del otro¹⁵.

A tales efectos, una de las cuestiones más discutidas en la Teoría del Derecho durante

las dos últimas décadas es la distinción entre reglas y principios¹⁶.

Para ZAGREBELSKY, "por lo general, las normas legislativas son reglas, mientras que las normas constitucionales sobre derechos y sobre la justicia son predominantemente, principios"¹⁷.

No obstante, señala PECES BARBA, que los valores, los principios y los derechos no son Derecho si no se incorporan al sistema jurídico por las puertas por las que entra la moralidad en el Derecho: el Derecho legal y el Derecho judicial¹⁸.

Como ya hemos advertido los problemas éticos judicializados implican en no pocas ocasiones la colisión de derechos fundamentales o la determinación del ámbito protector de cada uno de ellos con respecto al conflicto humano suscitado, siendo necesario para solventarnos acudir a la doctrina de la ponderación de los intereses o principios en colisión.

El Tribunal Constitucional al respecto ha sentado reglas tales como que no existe un derecho fundamental absoluto que prevalezca sobre los demás, sino que, en una ponderación circunstancial, se determinará, en cada caso de colisión, cuál de ellos ha de prevalecer sobre el otro, o si un determinado comportamiento humano es compatible con un sacrificio justificado de un derecho fundamental, en tanto

15 ALEXY, Robert: "Derechos fundamentales, ponderación y racionalidad", en *Revista Iberoamericana de Derecho Procesal Constitucional*, núm. 11, enero-junio 2009, págs. 8 y 9.

16 Puede verse al respecto el trabajo de RUIZ RUIZ, Ramón: "La ponderación en la resolución de colisiones de derechos fundamentales. especial referencia a la jurisprudencia constitucional española", en *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, nº 10, 2006/2007, págs. 53-77

17 ZAGREBELSKY, Gustavo: "El Derecho dúctil. Ley, derechos, justicia", trad. de M. Gascón, 1995, pág. 109.

18 PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio: "Prólogo" a Santamaría Ibeas, J. Javier: *Los valores superiores en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional*, Madrid, 1997, pág. 13.

en cuanto no se halle afectado en su núcleo esencial indisponible, determinando en consecuencia hasta donde llega su manto protector.

En definitiva, podíamos partir de las consideraciones siguientes, que el Derecho es siempre una cuestión de límites y proporciones. Ningún derecho prevalece siempre y en todas las condiciones. No cabe establecer un orden jerárquico de derechos fundamentales¹⁹. Han de ser protegidos los intereses prevalentes mediante técnicas de ponderación constitucional. En cualquier caso, los límites de los derechos fundamentales deben ser interpretados restrictivamente y en el sentido más favorable a la eficacia y efectividad de los mismos.

En este sentido, se señala en la STC 154/2002, de 18 de julio, que: "... los derechos fundamentales no tienen carácter absoluto. Así, hemos dicho en la STC 57/1994, de 28 de febrero, FJ 6, citada al efecto por la STC 58/1998, de 16 de marzo, FJ 3, que "los derechos fundamentales reconocidos por la Constitución sólo pueden ceder ante los límites que la propia Constitución expresamente imponga, o ante los que de manera mediata o indirecta se infieran de la misma al resultar justificados por la necesidad de preservar otros derechos o bienes jurídicamente protegidos (SSTC 11/1981, FJ 7,

19 Así la STC 320/1994 de 28 de noviembre, fundamento jurídico segundo, señala que: "Queda así, como en otros tantos casos parecidos sometidos a este Tribunal, planteado otra vez el problema de la colisión o encuentro entre derechos y libertades fundamentales (...) La solución consistirá en otorgar la preferencia de su respeto a uno de ellos, justamente aquél que lo merezca, tanto por su propia naturaleza, como por las circunstancias concurrentes en su ejercicio. No se trata, sin embargo, de establecer jerarquías de derechos ni prevalencias *a priori*, sino de conjugar, desde la situación jurídica creada, ambos derechos o libertades, ponderando, pesando cada uno de ellos, en su eficacia recíproca, para terminar decidiendo y dar preeminencia al que se ajuste más al sentido y finalidad que la Constitución señala, explícita o implícitamente".

y 1/1982, FJ 5, entre otras)", y que, "en todo caso, las limitaciones que se establezcan no pueden obstruir el derecho fundamental más allá de lo razonable (STC 53/1986, FJ 3)".

En la forma expuesta se expresan las SSTC 37/89 y 57/1994, cuando señalan que: «La intimidad puede llegar a ceder en ciertos casos y en cualquiera de sus diversas expresiones ante exigencias públicas, pues no existe un derecho absoluto».

Este criterio de la ponderación implica la aplicación del principio de proporcionalidad, que, a su vez, se descompone en los principios de necesidad, idoneidad y proporcionalidad en sentido estricto²⁰.

Los supuestos de colisión de derechos fundamentales son de lo más variado y es habitual la confrontación entre ellos. Pero veamos algunos ejemplos, a los efectos de comprobar cómo se resuelve la colisión entre derechos en el ámbito constitucional.

H. Análisis de casos

En este apartado analizaremos algunos casos, derivados de conflictivos asuntos resueltos por los tribunales de justicia, a los efectos de presentar cómo opera la técnica de la pon-

20 Como señala la STC 120/1990: "las limitaciones que se establezcan no pueden obstruir el derecho «más allá de lo razonable» (STC 53/1986, fundamento jurídico 3.º), de modo que todo acto o resolución que limite derechos fundamentales ha de asegurar que las medidas limitadoras sean «necesarias para conseguir el fin perseguido» (SSTC 62/1982, fundamento jurídico 5.º; 13/1985, fundamento jurídico 2.º) y ha de atender a la «proporcionalidad entre el sacrificio del derecho y la situación en que se halla aquel a quien se le impone» (STC 37/1989, fundamento jurídico 7.º) y, en todo caso, respetar su cometido esencial (SSTC 11/1981, fundamento jurídico 10; 196/1987, fundamentos jurídicos 4.º, 5.º y 6.º; 197/1987, fundamento jurídico 11), si tal derecho aún puede ejercerse".

deración de los derechos en colisión, bajo la dinámica contradictoria propia del proceso.

a→ La huelga de hambre de los presos del GRAPO

En la STC 120/1990, de 27 de junio (huelga de hambre de miembros del Grapo), la resolución judicial frente a la que se impetraba el amparo constitucional era el Auto de 15 de febrero de 1990, por el que la Audiencia Provincial de Madrid revoca lo acordado por el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria núm. 2 de la misma capital en el expediente 40/90, declarando «el derecho-deber de la Administración penitenciaria de suministrar asistencia médica, conforme a criterios de la ciencia médica, a aquellos reclusos en “huelga de hambre” una vez que la vida de éstos corra peligro, lo que se determinará, previos los oportunos informes médicos, en la forma que el Juez de Vigilancia Penitenciaria correspondiente determine, y sin que en ningún caso pueda suministrarse la alimentación por vía bucal en tanto persiste su estado de determinarse libre y conscientemente».

El Tribunal Constitucional delimitó su campo de conocimiento a verificar si la resolución judicial recurrida vulneraba alguno o algunos de los derechos garantizados por los arts. 15, 16.1, 17.1 y 18.1 de la Constitución, señalando, entre otros razonamientos, que:

“Con esa huelga de hambre reivindicativa y su oposición a recibir asistencia médica, los miembros del grupo en cuestión colocan a la Administración ante la alternativa de revocar la medida administrativa contra la cual dirigen su protesta o presenciar pasivamente su muerte, planteando así un conflicto que

esencialmente se produce entre el supuesto derecho de los huelguistas al ejercicio de su derecho de libertad hasta el extremo, incluso de ocasionar su propia muerte, sin injerencia ajena alguna, y el derecho-deber de la Administración penitenciaria de velar por la vida y salud de los internos sometidos a su custodia, que le impone el art. 3.4 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria -en adelante, LOGP-, conflicto que se proyecta no sólo en relación con el derecho a la vida, sino también sobre los otros derechos fundamentales más arriba acotados”.

En dicha resolución se delimita el ámbito de los derechos en conflicto de la forma siguiente el art. 15 CE “resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad, que puede venir determinada por los más variados móviles y no sólo por el morir y, por consiguiente, esa asistencia médica coactiva constituirá limitación vulneradora del derecho fundamental, a no ser que tenga justificación constitucional (FJ 8) . . . “el derecho a la integridad física y moral no consiente que se imponga a alguien una asistencia médica en contra de su voluntad, cualquiera que fueran los motivos de esa negativa ... “.

EL Tribunal Constitucional termina desestimando el recurso de amparo con base al argumento de que: “En síntesis de todo lo expuesto, debemos finalizar con la conclusión de que la asistencia médica obligatoria autorizada por la resolución judicial objeto del recurso de amparo no vulnera ninguno de los derechos fundamentales invocados por los demandantes, ni en sí misma, ni en la forma y alcance con que ha sido autorizada, constituyendo tan

sólo una limitación del derecho a la integridad física y moral garantizada por el art. 15 de la Constitución, y unida ineludiblemente a ella una restricción a la libertad física, que vienen justificadas en la necesidad de preservar el bien de la vida humana, constitucionalmente protegido, y que se realiza mediante un ponderado juicio de proporcionalidad, en cuanto entraña el mínimo sacrificio del derecho que exige la situación en que se hallan aquéllos respecto de los cuales se autoriza”.

En el recurso de amparo 397/90, resuelto por la STC 137/1990, se impugnaron los Autos de la Audiencia Provincial de Guadalajara de 2 y 13 de febrero de 1990, que confirmaron en apelación y súplica, respectivamente, lo acordado por el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, autorizando «el empleo de medios coercitivos estrictamente necesarios para que les sean realizadas las pruebas analíticas y el sometimiento al tratamiento médico subsiguiente a los internos... sin esperar a que se presente una situación que cause daño persistente a su integridad física»²¹.

21 En esta resolución se razonaba que: “Y aquí debemos recordar, nuevamente, que, según dejamos expuesto, la asistencia médica se impone con el marco de la relación de sujeción especial que vincula a los solicitantes de amparo con la Administración Penitenciaria y que esta, en virtud de tal situación especial, viene obligada a velar por la vida y la salud de los internos sometidos a su custodia deber que le viene impuesto por el art. 3.4 de la LOGP, que es la ley a la que se remite el art 25.2 de la Constitución como la habilitada para establecer limitaciones a los derechos fundamentales de los reclusos, y que tiene por finalidad, en el caso debatido, proteger bienes constitucionalmente consagrados como son la vida y la salud de las personas.

Siendo indudable que el ayuno voluntario llevado hasta sus últimas consecuencias genera necesariamente, en un momento determinado, peligro de muerte, la asistencia médica obligatoria para evitar ese peligro se manifiesta como un medio imprescindible necesario para evitar la pérdida del bien de la vida de los internos, que el Estado tiene obligación legal de proteger acudiendo, en último término, a dicho medio coactivo, al menos si se trata de presos declarados en huelga de hambre reivindicativa cuya finalidad no es la pérdida de la vida.

En la STC 11/1991, de 17 de enero, el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Cáceres, con fecha 4 de junio de 1990, había dictado auto en el que acordó los pronunciamientos siguientes: “1º) Respetar la libre y consciente voluntad del interno don JCA de no ser asistido médicamente ni alimentado forzosamente hasta que, perdida su consciencia o por tomar una decisión contraria a la actual, precise que se le presten los auxilios médicos necesarios para la salvaguarda de su integridad física y moral. 2º) El inmediato traslado del interno al Hospital Provincial del INSALUD San Pedro de Alcántara, de Cáceres. El auto recurrido por el Fiscal fue confirmado por la Audiencia Provincial y contra dichas resoluciones se interpuso recurso por el Ministerio Público, considerando que los autos vulneraban el derecho a

Con el cumplimiento de ese deber del Estado no se degrada el derecho a la integridad física y moral de los reclusos, pues la restricción que al mismo constituye la asistencia médica obligatoria se conecta causalmente con la preservación de bienes tutelados por la Constitución y, entre ellos, el de la vida que, en su dimensión objetiva, es «un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional» y «supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible» (STC 53/1985).

Por otro lado, la necesidad de cohonestar el derecho a la integridad física y moral de los internos en un centro penitenciario y la obligación de la Administración de defender su vida y salud, como bienes también constitucionalmente protegidos, encuentra en la resolución judicial recurrida una realización equilibrada y proporcionada que no merece el más mínimo reproche, puesto que se limita a autorizar la intervención médica mínima indispensable para conseguir el fin constitucional que la justifica. En efecto, únicamente se permite el empleo de los medios coercitivos que sean «estrictamente necesarios» tan pronto como, según la ciencia médica, corra riesgo grave y cierto la vida del recluso y sin esperar a que se presente una situación irreversible que cause daño persistente a su integridad física, y ello, como explica la Audiencia Provincial, «para que los internos obtengan el tratamiento que la Ciencia y Arte Médico estimen necesarios en cada momento y conforme a la evolución de su situación clínica para la conservación de la vida» Es claro, por tanto, que ha sido la preservación de la vida de los recurrentes lo que ha determinado la proporcionada limitación de su derecho a la integridad física y moral, cuyo sacrificio resulta, por ello, constitucionalmente lícito”.

la vida e integridad física reconocidos por la Constitución.

EL Tribunal Constitucional, tras citar la doctrina de las sentencias anteriores, desestimó el recurso interpuesto señalando que: “Pues bien, establecer el momento y la forma en que haya de procederse de manera coactiva para evitar riesgos intolerables para la vida del interno, no es algo que corresponda hacer a este Tribunal, dado que ello supondría una clara injerencia en la competencia propia de la Administración Penitenciaria y, en su caso, de los órganos judiciales establecidos al efecto. Comprobado, como ocurre en este caso, que las resoluciones impugnadas y, especialmente, el Auto de la Audiencia Provincial de Cáceres, no impiden, como se pretende sostener en el recurso, que la Administración Penitenciaria cumpla lo dispuesto en el art. 3.4 de su Ley Orgánica, en orden a velar por la vida, integridad y salud de los enfermos, no es procedente anular dichas resoluciones por una supuesta vulneración de los derechos fundamentales invocados que, como se desprende de lo razonado, no se ha producido”.

b→ La libertad religiosa de los testigos de Jehová y las transfusiones de sangre

En otra ocasión, el conflicto se suscitaba entre el derecho a la vida y la libertad religiosa, en la conocida STC 154/2002, de 18 de julio, en el caso Caso Marcos, testigo de Jehová, de 13 años de edad, que sufre un accidente de bicicleta, tributario de una transfusión de sangre,

que, tras diversas vicisitudes, se demora de tal forma que provoca el fallecimiento del niño²².

Los padres son condenados por la STS de 27 de junio de 1997, como responsables de un delito de homicidio, con la atenuante muy cualificada de obcecación o estado pasional, a dos años y seis meses de prisión, siendo estimado el recurso de amparo por el Pleno del Tribunal Constitucional en la mentada resolución.

La conducta omitida, que provocó la condena penal, consistía bien en una acción de los ahora recurrentes en amparo dirigida a disuadir a su hijo de su negativa a dejarse transfundir sangre, bien en la autorización de aquéllos a que se procediese a la transfusión de sangre al menor.

La causa de la actuación de los padres (propia, la razón de que éstos hubiesen omitido la conducta que se dice debida) se sustentaba en sus creencias religiosas pues, dada su condición de Testigos de Jehová, entienden, invocando al efecto diversos pasajes de los Libros Sagrados, que la transfusión de sangre está prohibida por la ley de Dios. En la demanda de amparo se invocaba la lesión de los derechos fundamentales a la libertad religiosa (art. 16.1 CE) y a la integridad física y moral y a no sufrir tortura ni trato inhumano o degradante (art. 15 CE).

Para centrar las circunstancias concurrentes, el Tribunal Constitucional parte de los concretos acontecimientos constitutivos de la diná-

²² Puede consultarse sobre el tema la circular 1/2012, de la Fiscalía General del Estado, “sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave”.

mica de los hechos, que provocaron el fatal desenlace:

a → El menor Segismundo, de trece años de edad, hijo de los recurrentes en amparo, tuvo unas lesiones por caída de bicicleta, a consecuencia de las cuales fue llevado por sus padres al Hospital Arnáu de Vilanova, de Lérida, el día 8 de septiembre (jueves) de 1994 hacia las nueve o diez de la noche. Examinado el menor por los médicos, éstos les informaron de que se hallaba en situación de alto riesgo hemorrágico por lo que era necesaria una transfusión de sangre. Los padres se opusieron a la transfusión por motivos religiosos y, habiéndoles hecho saber los médicos que no había tratamientos alternativos, solicitaron el alta de su hijo para llevarlo a otro centro sanitario. El centro hospitalario, en lugar de acceder al alta, por entender que peligraba la vida del menor si no era transfundido, solicitó del Juzgado de guardia (siendo las 4:30 horas del día 9) autorización para la práctica de la transfusión, que fue concedida a continuación para el caso de que fuera imprescindible para la vida del menor.

b → Los padres acataron dicha autorización judicial. Al disponerse los médicos a efectuar la transfusión, el menor, sin intervención alguna de sus padres, la rechazó “con auténtico terror, reaccionando agitada y violentamente en un estado de gran excitación, que los médicos estimaron muy contraproducente, pues podía precipitar una hemorragia cerebral”. Por ello los médicos, después de haber procurado repetidas veces, sin éxito, convencer al menor para que consintiera la transfusión, desistieron de realizarla.

c → El personal sanitario pidió entonces a los padres que trataran de convencer al menor, a lo cual no accedieron por dichos motivos religiosos, pese a desear la curación de su hijo. Los médicos desecharon la posibilidad de realizar la transfusión contra la voluntad del menor, por estimarla contraproducente, desechando también “la utilización a tal fin de algún procedimiento anestésico por no considerarlo en ese momento ético ni médicamente correcto, por los riesgos que habría comportado”. Por ello, “después de ‘consultarlo’ telefónicamente con el Juzgado de guardia”, en la mañana del día nueve, viernes, accedieron a la concesión del alta voluntaria.

d → La historia clínica del menor fue entregada a las catorce horas a los padres, quienes habían procedido, “ayudados por personas de su misma religión, a buscar al que consideraban uno de los mejores especialistas en la materia, siendo su deseo que el niño hubiera permanecido hospitalizado hasta localizar al nuevo especialista médico”. En todo caso, el menor salió del hospital por la tarde de dicho día nueve (viernes), continuando aquéllos con las gestiones para localizar al nuevo especialista, concertando finalmente con él una cita para el lunes, día 12 de septiembre, en el Hospital Universitario Materno-infantil del Vall D’Hebrón, de Barcelona.

e → A las 10 horas de dicho día 12 ingresó el menor en este Hospital. Tras reconocerle en consulta, consideraron los médicos que era urgente una transfusión de sangre a fin de neutralizar el riesgo de hemorragia y anemia para, a continuación, realizar las pruebas diagnósticas pertinentes. El menor y sus padres manifestaron que sus convicciones religiosas

les impedían aceptar la transfusión, firmando estos últimos un escrito en dicho sentido. Por otra parte, en el centro nadie creyó procedente pedir una autorización judicial para proceder a la transfusión ni intentar realizar ésta (sea haciendo uso de la autorización concedida por el Juzgado de Lérida sea por propia decisión de los médicos). Así las cosas, los padres del menor se trasladaron con él al Hospital General de Cataluña, centro privado cuyos servicios habían de ser directamente sufragados por los particulares.

f → Los servicios médicos del Hospital General, al igual que en los centros anteriores, consideraron necesaria la transfusión por no haber tratamiento alternativo. La transfusión fue nuevamente rechazada por motivos religiosos por el menor y sus padres. Nadie en dicho centro tomó la decisión bien de realizar la transfusión, fuera por propia voluntad, fuera contando con la autorización concedida por el Juez de Lérida (que era conocida en este centro médico), bien de solicitar una nueva autorización, esta vez del correspondiente Juzgado de Barcelona. Por todo ello los padres, no conociendo ya otro centro al que acudir, regresaron con el menor a su domicilio, al que llegaron sobre la una de la madrugada del martes, 13 de septiembre.

g → Los padres y el menor permanecieron en su domicilio todo el día 13, sin más asistencia que las visitas del médico titular de la localidad, Ballobar (Huesca), quien consideró que no podía aportar nada que no estuviera ya en los informes hospitalarios. El miércoles, 14 de septiembre, el Juzgado de Instrucción de Fraga (Huesca), tras recibir un escrito del Ayuntamiento de Ballobar, acompañado de informe

del médico titular, autorizó la entrada en el domicilio del menor a fines de asistencia médica en los términos que estimaran pertinente el facultativo y el médico forense, incluso para que fuera transfundido.

h → Seguidamente se personó la comisión judicial en el domicilio del menor, el cual estaba ya en grave deterioro psico-físico, acatando los padres la decisión del Juzgado -después de manifestar sus convicciones religiosas-, siendo su padre quien lo bajó a la ambulancia, en la que fue trasladado al Hospital de Barbastro. El menor llegó en estado de coma profundo a este Hospital, en el cual se le realizó la transfusión de sangre, contra la voluntad y sin la oposición de los padres. A continuación fue llevado al Hospital Miguel Servet, de Zaragoza, al que llegó hacia las 23:30 horas del mismo día 14 con signos clínicos de descerebración por hemorragia cerebral. El menor falleció en este hospital a las 21:30 horas del día 15 de septiembre.

i → Consta igualmente en el relato de hechos probados que "si el menor hubiera recibido a tiempo las transfusiones que precisaba habría tenido a corto y a medio plazo una alta posibilidad de supervivencia y, a largo plazo, tal cosa dependía ya de la concreta enfermedad que el mismo padecía, que no pudo ser diagnosticada".

En la presente resolución el Tribunal Constitucional cita como argumento la STC 141/2000, de 29 de mayo, FJ 4, según la cual "el derecho que asiste al creyente de creer y conducirse personalmente conforme a sus convicciones no está sometido a más límites que los que le imponen el respeto a los derechos fundamentales ajenos y otros bienes jurídicos protegidos constitucionalmente".

En este sentido, y sirviendo de desarrollo al mencionado precepto constitucional, prescribe el art. 3.1 LOLR que “el ejercicio de los derechos dimanantes de la libertad religiosa y de culto tiene como único límite la protección del derecho de los demás al ejercicio de sus libertades públicas y derechos fundamentales, así como la salvaguardia de la seguridad, de la salud y de la moral pública, elementos constitutivos del orden público protegido por la ley en el ámbito de una sociedad democrática”.

La sentencia parte de la base de que el menor es titular del derecho a la libertad religiosa del art. 16 CE. Así resulta del art. 14.3 de la Convención de derechos del niño, de 20 de noviembre de 1989 (Instrumento de ratificación de 30 de noviembre de 1990, publicado en el *“Boletín Oficial del Estado”* de 31 de diciembre de 1990), y de los arts. 3 y 6 y de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor²³.

23 En la STC 141/2000, FJ 5, se señaló que: “desde la perspectiva del art. 16 CE los menores de edad son titulares plenos de sus derechos fundamentales, en este caso, de sus derechos a la libertad de creencias y a su integridad moral, sin que el ejercicio de los mismos y la facultad de disponer sobre ellos se abandonen por entero a lo que al respecto puedan decidir aquéllos que tengan atribuida su guarda y custodia o, como en este caso, su patria potestad, cuya incidencia sobre el disfrute del menor de sus derechos fundamentales se modulará en función de la madurez del niño y los distintos estadios en que la legislación gradúa su capacidad de obrar (arts. 162.1, 322 y 323 CC. o el art. 30 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común)”. Y concluimos en dicha Sentencia, respecto de esta cuestión, que, en consecuencia, “sobre los poderes públicos, y muy en especial sobre los órganos judiciales, pesa el deber de velar por que el ejercicio de esas potestades por sus padres o tutores, o por quienes tengan atribuida su protección y defensa, se haga en interés del menor, y no al servicio de otros intereses que, por muy lícitos y respetables que puedan ser, deben postergarse ante el ‘superior’ del niño (SSTC 215/1994, de 14 de julio; 260/1994, de 3 de octubre; 60/1995, de 17 de marzo; 134/1999, de 15 de julio; STEDH de 23 de junio de 1993, caso Hoffmann)”.

En el caso enjuiciado, razona el Tribunal Constitucional, que “el menor expresó con claridad, en ejercicio de su derecho a la libertad religiosa y de creencias, una voluntad, coincidente con la de sus padres, de exclusión de determinado tratamiento médico”. Añade también que: “Al oponerse el menor a la injerencia ajena sobre su propio cuerpo, estaba ejercitando un derecho de autodeterminación que tiene por objeto su propio sustrato corporal y que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física (art. 15 CE)”.

Sin embargo, lo que es procedente analizar es “la relevancia que, en su caso, pueda tener la oposición manifestada del menor al tratamiento médico prescrito”.

Para adoptar su decisión el Tribunal ponderó los aspectos siguientes: “En primer lugar, el hecho de que el menor ejercitó determinados derechos fundamentales de los que era titular: el derecho a la libertad religiosa y el derecho a la integridad física. En segundo lugar, la consideración de que, en todo caso, es prevalente el interés del menor, tutelado por los padres y, en su caso, por los órganos judiciales. En tercer lugar, el valor de la vida, en cuanto bien afectado por la decisión del menor: según hemos declarado, la vida, “en su dimensión objetiva, es un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional” y “supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible” (STC 53/1985, STC 120/1990, de 27 de junio, FJ 8). En cuarto lugar, los efectos previsibles de la decisión del menor: tal decisión reviste los caracteres de definitiva e irreparable, en cuanto conduce, con toda probabilidad, a la pérdida de la vida”.

Por otra parte, en el procedimiento, “no hay datos suficientes de los que pueda concluirse con certeza -y así lo entienden las Sentencias ahora impugnadas- que el menor fallecido, hijo de los recurrentes en amparo, de trece años de edad, tuviera la madurez de juicio necesaria para asumir una decisión vital, como la que nos ocupa”.

Es inconcuso, que la resolución judicial autorizando la práctica de la transfusión en aras de la preservación de la vida del menor (una vez que los padres se negaran a autorizarla, invocando sus creencias religiosas) no es susceptible de reparo alguno desde la perspectiva constitucional, conforme a la cual es la vida “un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional” (SSTC 53/1985, de 11 de abril, y 120/1990, de 27 de junio).

Pues bien, partiendo de los razonamientos anteriormente expuestos, el Tribunal Constitucional entra en el núcleo de la cuestión, considerando violado el derecho fundamental del art. 16 CE:

“Sentados los anteriores extremos, procederemos al examen de qué concretas acciones se exigían a los padres, en el caso sometido a nuestra consideración, en relación con la prestación del tratamiento médico autorizado por la resolución judicial.

En primer lugar, se les exigía una acción suavisora sobre el hijo a fin de que éste consintiera en la transfusión de sangre. Ello supone la exigencia de una concreta y específica actuación de los padres que es radicalmente contraria a sus convicciones religiosas. Más aún, de una actuación que es contradictoria, desde la pers-

pectiva de su destinatario, con las enseñanzas que le fueron transmitidas a lo largo de sus trece años de vida. Y ello, además, sobre la base de una mera hipótesis acerca de la eficacia y posibilidades de éxito de tal intento de convencimiento contra la educación transmitida durante dichos años.

En segundo lugar, se les exigía la autorización de la transfusión, a la que se había opuesto el menor en su momento. Ello supone, al igual que en el caso anterior, la exigencia de una concreta y específica actuación radicalmente contraria a sus convicciones religiosas, además de ser también contraria a la voluntad -claramente manifestada- del menor. Supone, por otra parte, trasladar a los padres la adopción de una decisión desechada por los médicos e incluso por la autoridad judicial -una vez conocida la reacción del menor-, según los términos expuestos en el párrafo tercero del relato de hechos probados de la sentencia de instancia [antecedente 2 b) y fundamento jurídico tercero, apartado c), ambos de la presente Sentencia].

En tercer lugar, es oportuno señalar que los padres, ahora recurrentes, llevaron al hijo a los hospitales, lo sometieron a los cuidados médicos, no se opusieron nunca a la actuación de los poderes públicos para salvaguardar su vida e incluso acataron, desde el primer momento, la decisión judicial que autorizaba la transfusión, bien que ésta se llevara a cabo tardíamente (concretamente, cuando se concedió una segunda autorización judicial, varios días después de la primera). Los riesgos para la vida del menor se acrecentaron, ciertamente, en la medida en que pasaban los días sin llegar a procederse a la transfusión, al no co-

nocerse soluciones alternativas a ésta, si bien consta, en todo caso, que los padres siguieron procurando las atenciones médicas al menor.

Partiendo de las consideraciones expuestas cabe concluir que la exigencia a los padres de una actuación suasoria o de una actuación permisiva de la transfusión lo es, en realidad, de una actuación que afecta negativamente al propio núcleo o centro de sus convicciones religiosas. Y cabe concluir también que, al propio tiempo, su coherencia con tales convicciones no fue obstáculo para que pusieran al menor en disposición efectiva de que sobre él fuera ejercida la acción tutelar del poder público para su salvaguarda, acción tutelar a cuyo ejercicio en ningún momento se opusieron.

En definitiva, acotada la situación real en los términos expuestos, hemos de estimar que la expresada exigencia a los padres de una actuación suasoria o que fuese permisiva de la transfusión, una vez que posibilitaron sin reservas la acción tutelar del poder público para la protección del menor, contradice en su propio núcleo su derecho a la libertad religiosa yendo va más allá del deber que les era exigible en virtud de su especial posición jurídica respecto del hijo menor. En tal sentido, y en el presente caso, la condición de garante de los padres no se extendía al cumplimiento de tales exigencias.

Así pues, debemos concluir que la actuación de los ahora recurrentes se halla amparada por el derecho fundamental a la libertad religiosa (art. 16.1 CE). Por ello ha de entenderse vulnerado tal derecho por las Sentencias recurridas en amparo”.

c→ Limitación del esfuerzo terapéutico, caso Inmaculada, dictamen 90/2007, del Consejo Consultivo de Andalucía

En este caso, la paciente que sufría una ELA y que vivía mediante ventilación mecánica solicita la desconexión de la medida de soporte vital en el libre ejercicio de su derecho a la autonomía.

El dictamen del Consejo Consultivo fue favorable a la autorización de la desconexión, que provocaría la muerte, respetando la decisión autónoma de la paciente, siempre que concurrieran las siguientes garantías:

- 1→ Que constase la voluntad firme, cierta, libre y consciente de la solicitante.
- 2→ Que su decisión no se hallase limitada por condicionantes endógenos, ni exógenos.
- 3→ Que recibiese información completa y comprensible de las consecuencias de su voluntad.
- 4→ Verificación de que se trataba de una paciente capaz.
- 5→ Constancia escrita de su voluntad.
- 6→ Adopción de todas las medidas necesarias para evitar sufrimiento físico y mental a la víctima, incluyendo la sedación profunda.

Bajo la observancia de los mentados condicionantes concluyó el dictamen que:

“La solicitud de limitación del esfuerzo terapéutico y negativa al tratamiento con ventilación mecánica de Dª I.E.R. es adecuada a Derecho.

La actuación de los profesionales sanitarios que procedan a la desconexión de ventilación

mecánica, una vez cumplidos los requisitos establecidos por la Comisión Autónoma de Ética e Investigaciones Sanitarias, sin perjuicio de que se atiendan las indicaciones formuladas en el fundamento IV, no puede considerarse punible”.

d→ Límites entre el derecho de información y derecho de la intimidad.

Un caso de esta naturaleza fue resuelto por la STS 411/2014, Sala 1ª, de 23 de julio: En el programa “visto y oído” de la TV4 se informó que: «según un informe médico al que había tenido acceso el periódico *El País*, la demandante padecía una isquemia cerebral e hidrocefalia que le producía una reducción del flujo sanguíneo que afectaba al normal funcionamiento del cerebro, con la consecuencia de que padecía una demencia progresiva, por lo que estaría sufriendo un evidente deterioro en sus funciones físicas, pero también en sus funciones psíquicas».

El juicio de ponderación del Tribunal, partió de las consideraciones siguientes:

1º→ “El padecimiento de una enfermedad se enmarca en la esfera de la privacidad, tratándose de un dato íntimo que puede ser preservado del conocimiento ajeno. El derecho a la intimidad comprende la información relativa a la salud física y psíquica de las personas” (STC 159/2009, con cita de la STC 70/2009).

2º→ «Su ámbito de protección puede ceder en aquellos casos en los que se constata la existencia de un interés constitucionalmente prevalente al interés de la persona en mantener la privacidad de determinada información” (STC 159/2009).

3º→ Tratándose de la intimidad, “la veracidad no es paliativo, sino presupuesto, en todo caso de la lesión” (STC 20/1992).

4º→ La tutela de la intimidad “se debilita proporcionalmente, como límite externo de las libertades de expresión e información, cuando sus titulares son personas públicas o con notoriedad pública, estando obligadas por ello a soportar un cierto riesgo de que sus derechos subjetivos de la personalidad resulten afectados por opiniones sobre cuestiones de interés general” (STC 99/2002).

5º→ “Así, mientras que un particular desconocido para el público puede aspirar a una protección especial de su derecho a la vida privada, no sucede lo mismo con las personas públicas” (STEDH 7-2-2012, Gran Sala, asunto Von Hannover contra Alemania nº 2, apdo. 110).

6º→ La calificación de la enfermedad del príncipe de Mónaco Rainiero III como acontecimiento histórico por el Tribunal Federal de Justicia de Alemania en una sentencia de 2007 “no puede considerarse irrazonable”, y unas imágenes y artículos al respecto pueden contribuir, “cuando menos en cierta medida, a un debate de interés general”, pues “a la función de la prensa de divulgar informaciones e ideas sobre todas las cuestiones de interés general se añade el derecho, para el público, de recibirlas” (STEDH 7-2-2012, Gran Sala, asunto Von Hannover contra Alemania nº 2, apdo. 118).

7º→ La libertad de expresión “es válida no solamente para las informaciones o ideas acogidas favorablemente o consideradas inofensivas o indiferentes, sino también para aquellas que chocan, ofenden o inquietan:

así lo quieren el pluralismo, la tolerancia y el espíritu de apertura, sin los cuales no existe 'sociedad democrática'.

Se consideró que existía un interés público en la salud de la duquesa cuyo derecho a la intimidad no se consideró lesionado, desestimando el recurso de casación y ratificando la sentencia de la Audiencia Provincial²⁴.

24 En la sentencia se razonó: "1ª) Ninguna duda hay acerca de que la demandante, la duquesa Dg, es persona pública, tanto por lo que históricamente representa la casa D, sobre todo por la relevancia de don Máximo, tercer duque D, cuanto por la especial cercanía que la demandante ha mostrado siempre con los medios de comunicación, apareciendo en estos como una persona extrovertida y dispuesta a tratar no solo de la casa D en la historia o en la actualidad sino también de temas o cuestiones más personales, como sus gustos y aficiones o las relaciones familiares, dando siempre muestras de una fuerte personalidad y habiendo alcanzado una gran popularidad.

2ª) En cuanto a si la información y las opiniones que integraron el contenido del programa de televisión enjuiciado tenían o no un interés general, esta Sala considera que sí lo tenían, tanto porque el estado de salud de la demandante había centrado la atención de los medios de comunicación, incluso de los más solventes o acreditados entre los no pertenecientes al género de crónica social o mero entretenimiento, como porque a esa preocupación por el estado de salud de la demandante se unía la posibilidad, confirmada posteriormente por los hechos, de que la demandante contrajera matrimonio, el tercero, con una persona hasta entonces desconocida y no perteneciente a la aristocracia, lo que a su vez podía tener influencia en el patrimonio y las relaciones familiares de la casa D, como asimismo confirmaron los hechos posteriormente.

3ª) A partir de las anteriores consideraciones, el que en el programa enjuiciado se aludiera al "empeoramiento físi-

co y psíquico" de la demandante, a sus fallos de memoria, a los "importantes deterioros físicos y psíquicos que irán agravándose con el tiempo", a que "no se encuentra en plenas facultades mentales", a su atragantamiento con un zumo de naranja o a su "demencia progresiva", aspectos ciertamente conflictivos en cuanto podrían aumentar la intensidad de la intromisión en la intimidad, no determina, en el juicio de ponderación de esta Sala, la ilegitimidad de la intromisión, porque todas esas alusiones y especulaciones se hicieron dentro de un tono general de respeto para con la duquesa, reconociendo su popularidad y el cariño de la gente tanto como su personalidad especialmente fuerte e independiente, y para expresar la preocupación por que la persona que iba a casarse con ella pudiera buscar más el provecho propio que el de la demandante.

4ª) En suma, tratar de la fragilidad de la condición humana en relación con una persona determinada, que es lo que en líneas generales se hizo en el programa enjuiciado, no constituye siempre y en todo caso una intromisión ilegítima en la intimidad personal y familiar, pues hay circunstancias que, como las concurrentes en el presente caso, pueden justificarlo en atención a la relevancia pública e histórica de esa persona, a la frecuencia de sus apariciones, muchas veces voluntarias, en los medios de comunicación y, en fin, al interés general sobre su estado de salud en relación con un propósito de contraer matrimonio que podía tener repercusiones en el patrimonio y las relaciones familiares de la casa D

12:30 → 13:00 PRESENTACIÓN DOCUMENTO



221 → 222

87 → 89

El conflicto de intereses en el ámbito de la salud

PONENTES → Rosendo Bugarín González y
Mónica Suárez Berea

Consello de Bioética de Galicia

Desde hace años se considera una obligación comenzar una ponencia o una publicación científica con la apostilla "El autor declara no tener conflicto de intereses".

Detrás de esta declaración, hay un rigor reflexivo o bien se trata de un acto meramente protocolario? La impresión es que, en muchas ocasiones, está más bien en relación con la segunda opción. En efecto, probablemente sea una iniciativa más intuitiva o comentada que reflexionada, desafortunadamente reducida a una mera afirmación formularia.

Sin embargo, el conflicto de intereses es un tema relevante y real que, probablemente, pasó desapercibido para la Bioética. Apenas existen publicaciones que analicen los conflictos de intereses desde esta perspectiva.

El Consello de Bioética de Galicia, consciente de esta realidad, consideró que era sustancial sensibilizar a los y las profesionales de la salud y a la ciudadanía sobre la existencia y la importancia de los conflictos de intereses aclarando conceptos para visibilizarlos, identificando escenarios y sugiriendo vías para gestionarlos de forma correcta.

Tras un proceso deliberativo se redactó el documento que hoy presentamos. Es un informe extenso aunque que de fácil lectura, consta de nueve capítulos incluyendo los anexos, está orientado a los y las profesionales de la salud y probablemente la principal novedad, con respecto a los documentos de los años previos, sea que introduce casos prácticos sobre los que gira o texto y hace más fácil su comprensión.

Pero, realmente, qué es un conflicto de intereses? Para poder decir que se produce este problema tiene que darse una serie de condiciones:

La existencia de dos sujetos, agente e y principal. El agente, en la realidad que nos ocupa, es un/una profesional del ámbito de la salud ya sea de carácter asistencial, investigador o docente y el principal es el paciente, o el sujeto de investigación o el estudiante.

La relación entre ambos está caracterizada por dos peculiaridades: es fiduciaria (de confianza) y asimétrica (el agente puede tomar decisiones que afectan al principal no sucediendo lo mismo a la inversa).

Existe un interés primario que es el que debe de guiar las decisiones del agente y otro secundario que puede comprometer de forma inapropiada la toma de decisiones, imponiéndose al interés primario.

En definitiva, el conflicto de intereses es una influencia indebida que se produce en un contexto o marco laboral o profesional. El contexto es relevante ya que es lo que determina los intereses del conflicto: un interés considerado

primario en un determinado contexto puede ser secundario en un escenario profesional distinto.

Es necesario diferenciar el conflicto de intereses del conflicto de valores (ambos intereses son primarios y simétricos, es decir, en un plano de igualdad) y de la influencia no indebida (aquellas circunstancias que pueden influir en la toma de decisiones pero no entran en conflicto con el interés primario ni suponen un beneficio para los intereses del agente).

Los conflictos de intereses pueden clasificarse en reales (concurren de forma efectiva), potenciales (derivarán en reales de no tomar las medidas oportunas) y aparentes (no existe la colisión de facto aunque las circunstancias hagan sospechar su existencia).

Además, existen otros tipos de clasificaciones de los conflictos de intereses: unipersonales (conflicto de lealtades) o interpersonales, individuales o colectivos (institucionales) y, por último, tangibles (económicos) o intangibles (afectivos, poder, ideológicos, religiosos...)

Los conflictos de intereses están presentes en la actividad de los profesionales sanitarios, pero pueden variar en función del ámbito en el que tienen lugar: asistencial, investigador o docente. En este documento hemos contemplado el conflicto de intereses desde los tres escenarios posibles.

En el ámbito asistencial, el conflicto de intereses que aparece con más frecuencia es el de índole económica, mientras que en la investigación es el de doble "lealtad", paradigma de los conflictos de intereses, que tanta influen-

cia tuvo en el nacimiento de la Bioética y que contrapone la salud y bienestar del paciente al incremento del conocimiento y la búsqueda de la verdad científica.

Frente a un conflicto de intereses, la primera medida es tomar conciencia de éste y después reconocerlo y declararlo. Los códigos de conducta o de buenas prácticas pueden orientar su manejo, pero resultan insuficientes e independientemente de estas regulaciones, se requiere una actitud ética por parte del agente implicado.

La declaración del conflicto hace expreso el conflicto y trata de corregir la asimetría, pero no siempre es suficiente, pues entraña el riesgo de provocar cierta "licencia moral" en el sujeto agente y de reducir la confianza del sujeto principal. Por otra parte, existen conflictos de intereses que no se resuelven exclusivamente con su declaración.

De todo lo expuesto en este documento, podemos concluir que todo profesional de la salud debe ser consciente de la existencia de conflictos de intereses en su práctica profesional, aprender a reconocerlos y desarrollar estrategias para su manejo. Sin embargo, la simple declaración de estos conflictos, puede ser insuficiente, automatizada y simplista, si no se sustenta en una reflexión ética sobre el conflicto en sí.

13:00 → 14:00 COMUNICACIONES



223 → 231 **COMUNICACIONES**

91 → 107

El objetivo del Consello de Bioética de Galicia al incluir por primera vez en el programa de su jornada una mesa de comunicaciones fue invitar a aquellas personas o colectivos que tienen algo que decir sobre la Bioética, para compartirlo con todos los asistentes y crear un espacio de deliberación e intercambio de opiniones y puntos de vista.

El éxito de la participación y el contenido de las investigaciones presentadas confirman el interés y la riqueza de las diferentes aproximaciones a la Bioética, desde su fundamentación teórica hasta su aplicación en la atención sanitaria o social.

Para su presentación oral las comunicaciones se distribuyeron en tres grupos:

Grupo A
CONFLICTO DE INTERESES

Grupo B
CONSENTIMIENTO

Grupo C
MISCELÁNEA

GRUPO A. Conflicto de intereses

MODERADORA: **Isabel Vila Iglesias**

Consello de Bioética de Galicia

- *Procedimiento de gestión de los conflictos de intereses en los Informes de evaluación de tecnologías sanitarias. Puñal Riobóo Janet, Varela Lema Leonor, Triñanes Pego Yolanda, Cantero Muñoz Paula, Maceira Rozas María del Carmen, Paz Valiñas Lucinda, Bugarín González Rosendo*
- *Declaración de intereses en los grupos de trabajo de las Guías de Práctica Clínica. Triñanes Pego Yolanda, Bugarín González Rosendo, Paz Valiñas Lucinda, Maceira Rozas María del Carmen, Cantero Muñoz Paula, Puñal Riobóo Janet, Varela Lema Leonor*
- *Análisis de las declaraciones de conflicto de intereses en una muestra de Comités de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm). López Vázquez Paula, Bugarín González Rosendo, Portela Romero Manuel, Cruz del Río Juana en representación del Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia*

TÍTULO

Procedimiento de gestión de los conflictos de intereses en los informes de evaluación de tecnologías sanitarias

AUTORES → Puñal Riobóo Janet, Varela Lema Leonor, Triñanes Pego Yolanda, Cantero Muñoz Paula, Maceira Rozas María del Carmen, Paz Valiñas Lucinda, Bugarín González Rosendo

CENTRO DE TRABAJO → Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, avalia-t (ACIS)

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

Los principios inspiradores de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias son los de seguridad, efectividad, calidad, equidad y eficiencia, que se manifiestan en diversos aspectos, tales como la coherencia con las prioridades del Sistema Nacional de Salud; la solidez y rigor de los distintos informes que se elaboren; la independencia al carecer de conflictos de intereses que puedan mediatizar su labor; la transparencia en todo el proceso de priorización, identificación, síntesis y evaluación crítica del conocimiento científico disponible; y la colaboración, como principio vertebrador¹.

Hace falta pues una gestión adecuada de los conflictos de intereses en todos los informes de evaluación que se lleven a cabo por las distintas agencias y unidades componentes de la red, así como contar con procedimientos explícitos de identificación, declaración formal, tipificación y toma de decisiones en caso de su existencia.

En este sentido, la Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico (avalia-t) se adhiere al pro-

cedimiento aprobado por el Consejo de la Red Nacional, en consonancia con los de la Red Europea, y a la guía metodológica de elaboración de informes^{2,3}.

La comunicación de los posibles conflictos deberán realizarla tanto los propios autores, como los colaboradores y los revisores (internos y externos) del informe, cubriendo un documento específico de declaración. La gestión de esta información es el posible conflicto se hará conforme al procedimiento acordado y la agencia responsable del proyecto será la encargada de gestionar la información.

Por otra parte, en la lista de verificación de la calidad de un informe se incluye, dentro de los criterios, que se detalle la posible existencia de conflictos de intereses³.

1 Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. BOE, núm.244 de 11 de octubre de 2013. p. 83137.

2 RedETS (Red Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). Gestión de la declaración de intereses en la Red en la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Adaptación del modelo EUnetHTA [Documento interno]. Sevilla: RedETS; 2016

3 Puñal-Riobóo J, Baños Álvarez Y, Varela Lema L, Castelo Muñoz ME La, Atienza Merino G, Ubalgo Pérez R, Triñanes Pego Y, Molina López T, y López García M en representación del Grupo de Trabajo de la Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, avalia-t; 2016. p. 109. 3 *Ibidem*. p. 143.

TÍTULO

Declaración de intereses en los grupos de trabajo de las guías de práctica clínica

AUTORES → Triñanes Pego Yolanda, Bugarín González Rosendo, Paz Valiñas Lucinda, Maceira Rozas María del Carmen, Cantero Muñoz Paula, Puñal Riobóo Janet, Varela Lema Leonor.

CENTRO DE TRABAJO → Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, avalia-t (ACIS)

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN

La independencia editorial de una guía de práctica clínica (GPC) es un aspecto clave, es decir, la garantía de que la financiación y los intereses de las personas implicadas en su desarrollo no influyeron en las recomendaciones emitidas. Los destinatarios de las GPC deben conocer las relaciones que los autores y otros agentes intervinientes mantienen con la industria y con las sociedades e instituciones científicas, para intentar garantizar la independencia y transparencia y, en cualquiera caso, ofrecer la oportunidad al destinatario de valorar los posibles conflictos¹.

El Programa de GPC en el Sistema Nacional de Salud de GuíaSalud, dispone de un protocolo común para la gestión de los conflictos de intereses². Dicho protocolo tiene en cuenta diferentes tipos de intereses, que pueden ser de carácter económico o no económico y afectar directamente o bien de forma indirecta. Los intereses personales directos pueden ser de índole económica (implican beneficio económico) o no económica (beneficio de tipo intelectual, o responde a cargas sentimentales/afectivas, o la convicciones o creencias). En los intereses indirectos el beneficio percibido

afecta a través de la entidad laboral a la que pertenece o a través de un familiar o allegado. La declaración hará referencia a los conflictos de intereses actuales y a los de los últimos 3 años. El equipo coordinador de cada GPC es el responsable de evaluar las declaraciones para determinar la inclusión o exclusión de cada participante teniendo en cuenta las tareas que tenga encomendadas.

En esta comunicación se expone la experiencia de la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (avalia-t) con la gestión de los conflictos de intereses en las guías elaboradas siguiendo este procedimiento.

1 Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Declaración de intereses en la Red Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

2 Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud. Actualización del manual metodológico [internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés en Ciencias de la Salud; 2016 [accedido el 01 out. 2016]. Disponible en http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/#

TÍTULO

Análisis de las declaraciones de conflicto de intereses en una muestra de Comités de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm)

AUTORES → López Vázquez Paula, Bugarín González Rosendo, Portela Romero Manuel, Cruz de él Río Juana en representación del Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia.

INTRODUCCIÓN

Los CEIm son los órganos colegiados responsables de la evaluación de los estudios de investigación clínica con medicamentos o productos sanitarios. La publicación del Reglamento (UE) n.º 536/2014 y del Real decreto 1090/2015, viene a modificar la mayor parte de sus procedimientos de trabajo. Se estableció un período transitorio para la implementación de estos. Uno de los cambios implica la presentación y publicación anual de una declaración de intereses de cada miembro.

METODOLOGÍA

De entre todos los comités acreditados en España, fueron seleccionados los CEIm que forman parte del grupo de coordinación liderado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y que son los comités que evalúan el 85 % de los ensayos clínicos con medicamentos que se realizan en España (23 comités). Se les remitió un correo electrónico para solicitar información sobre el modelo de declaración de conflicto de intereses que habían elaborado.

RESULTADOS

Los 23 comités que forman la muestra pertenecen a 7 comunidades autónomas. Respondieron a la solicitud 15 comités. Los ocho comités de Cataluña tienen el mismo modelo de declaración de intereses. Un comité respondió que no tiene modelo específico. El resto remitieron modelos específicos. Ningún comité hace público el conflicto de intereses de sus miembros hasta el momento. En todos los casos los intereses se restringen a los de tipo económico.

CONCLUSIONES

Sería recomendable a elaboración de un modelo único de declaración incluidos otros intereses al margen de los económicos, como son los afectivos o los ideológicos. Esto evitaría la variabilidad y sería útil para concienciar los miembros de los comités de la importancia de esta realidad.

GRUPO **B.** Consentimiento

MODERADORA: **Carmen Ramil Fraga**

Consello de Bioética de Galicia

- *El significado del consentimiento informado de los pacientes en la jurisprudencia constitucional española.* Noelia Martínez Doallo
- *¿Fin de vida, conflicto jurídico?* Belén Trigo García
- *Experiencia de un CEA en la valoración de un donador vivo* Nieves Molíns Gauna. Arturo Louro González. Beatriz Vázquez Rodríguez. Víctor Torrado Oubiña. M.ª Dolores Rivas Lombardero. Carmen Ramil Fraga. Javier Louro Aldamiz-Echevarría

TÍTULO

El significado del consentimiento informado de los pacientes en la jurisprudencia constitucional española*

* Esta comunicación forma parte de los resultados del proyecto de investigación “El discurso de los bioderechos. Bases filosóficas y jurídicas para a su fundamentación, caracterización y aplicación” (DER2014-52811-P), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

AUTORA→ **Noelia Martínez Doallo.** Contratada predoctoral FPI

CENTRO DE TRABAJO→ **Universidade da Coruña**

RESUMEN

El consentimiento informado pertenece al ámbito de la autonomía decisoria y se configura como una libertad de elección del paciente. El Tribunal Constitucional español señaló reiteradamente que el consentimiento informado no tiene encaje en el ámbito de la libertad personal o física, pues el artículo 17 CE no recoge

una libertad general de autodeterminación individual (STC 37/2011, entre otras).

La Constitución no establece expresamente un derecho a la autonomía, ni un derecho general de libertad, ni tampoco menciona el derecho al consentimiento informado. Sin embargo, es posible afirmar que el consentimiento informado constituye una norma de derecho fundamental, en virtud de su adscripción jurisprudencial al derecho a la integridad física y moral (15 CE).

El Tribunal Constitucional concibe el consentimiento informado como una inmunidad o deber de abstención del profesional frente a intervenciones o tratamientos no autorizados, además de un deber de respeto de la voluntad autónoma del paciente. De este modo, el consentimiento informado es un derecho negativo o de defensa.

No obstante, el propio Tribunal vincula el consentimiento informado al libre desarrollo de la personalidad, lo cual muestra cierta dimensión positiva. Además, la integridad presenta un carácter prestacional, ya que “no solo existe una obligación negativa del Estado de no lesionar a esfera individual o institucional protegida por los derechos fundamentales, sino también la obligación positiva de contribuir a la eficacia de tales derechos y de los valores que representan” (STC 37/2001, FX. 4.º).

La comunicación analiza y sistematiza estas respuestas aparentemente contradictorias para aclarar el alcance del consentimiento informado en la práctica clínica.

TÍTULO

¿Fin de vida, conflicto jurídico?

AUTORA → Belén Trigo García

CENTRO DE TRABAJO → Facultad de Derecho USC

RESUMEN

Los cambios sociales y demográficos de los últimos años y, muy especialmente la evolución científico-técnica en el ámbito sanitario, transformaron la experiencia de la muerte y multiplican los conflictos relativos al final de la vida. Respecto de los actores implicados – paciente, familiares y allegados, profesionales sanitarios e instituciones –, es necesario destacar la consolidación de un nuevo modelo de relación médico-paciente fundamentado en la dignidad y autonomía de la persona, acompañado del reconocimiento expreso de una serie de derechos y garantías. En este sentido, a Ley gallega 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales, recoge, adapta y desarrolla principios e instrumentos ya consagrados; así, el consentimiento informado, el derecho a la confidencialidad, o el Documento de Instrucciones Previas sobre Cuidados y Tratamiento de la Salud. Mas que su novedad, interesa destacar, entonces, de esta ley el énfasis en la información, en el asesoramiento y en la formación. En efecto, la formulación legal debe contribuir a un cambio de cultura asistencial que abrace el concepto de ortotanasia, destierre la obstinación terapéutica, y garantice la recepción de los cuidados paliativos integrales y el adecuado tratamiento del dolor. Desde esta perspectiva, resulta también relevante el papel que puedan desempeñar os comités de ética asistencial de surgir discrepancias a

propósito de la puesta en práctica y la efectividad de estos derechos en casos concretos. Al ser las controversias inevitables, cabe esperar que un buen trabajo/una buena labor de asesoramiento e comunicación entre pacientes, profesionales e instituciones sanitarias evite una excesiva judicialización de los conflictos que puedan surgir a propósito de las situaciones de fin de vida.

TÍTULO

Experiencia de un Comité de Ética Asistencial (CEA) en la valoración del donante vivo

AUTORES → Nieves Molíns Gauna. Arturo Louro González. Beatriz Vázquez Rodríguez. Víctor Torrado Oubiña. M.ª Dolores Rivas Lombardero. Carmen Ramil Fraga. Javier Louro Aldamiz-Echevarría.

El papel del CEA en la valoración de la idoneidad del donante vivo renal se regula legalmente desde el año 1999 (Real decreto 2070/1999). Se establecen los requisitos éticos de voluntariedad, capacidad y altruismo en la decisión de donación. Entre los requisitos de la ley se incluye un informe preceptivo del CEA del hospital trasplantador.

RESULTADO

El CEA da Coruña cumple esta función mediante una entrevista abierta semiestructurada desde el año 2006. En este período se emitieron 223 informes. Solo uno fue negativo, aunque en algún caso se aconsejó reevaluar en un tiempo la valoración de la donación.

Se presentan en formato tabla la evolución de casos a lo largo de los años y sus caracte-

rísticas demográficas y de relación donante / receptor. También se presenta una valoración subjetiva, realizada mediante una encuesta a los miembros del grupo del CEA que intervienen en la entrevista con el donante potencial.

DISCUSIÓN

En general se considera útil el proceso, adecuado el formato de entrevista y también la valoración del conocimiento de riesgos, la capacidad del donante y si el consentimiento es libre. Se apunta la necesidad de revisar los consentimientos que el paciente firma. Finalmente se considera que sería interesante evaluar esta actividad mediante el seguimiento de las personas entrevistadas.

GRUPO **C**. Miscelánea

MODERADORA: **Irene Esperón Rodríguez**

Consello de Bioética de Galicia

- *Bioética e intervención social en Galicia*. Virginia Alonso Paz
- *¿Cómo perciben os estudantes de Medicina e os residentes os conflitos de interese?* María del Carmen Agra Tuñas, Susana Rujido Freire, Antonio Rodríguez Núñez
- *Ética biomédica e hermenéutica* Óscar Vergara Lacalle

TÍTULO

Bioética e intervención social en Galicia

AUTORA → **Virginia Alonso Paz**

CENTRO DE TRABAJO → **CIFP Ánxel Casal - Monte Alto (A Coruña). Consellería de Educación**

Os comités de bioética sanitarios (comités de ética asistencial) mejoraron a calidad de la asistencia y la protección de los derechos das personas usuarias y profesionales. Por eso cobra sentido reflexionar sobre su función en a práctica y en el cuidado sociosanitario desde los servicios sociales, donde la vulnerabilidad y la exclusión están más presentes originan problemas éticos diferentes a los del ámbito sanitario.

La existencia de comités de ética en intervención social cambiaría el modo de afrontar la toma de decisiones, mediante metodologías deliberativas respetuosas con la dignidad, la autonomía y los derechos de cada persona,

con objeto de mejorar la calidad de la asistencia y promover el bienestar.

En el Estado español existen ocho normas autonómicas reguladoras de los comités de ética en intervención social, pero entre ellas no existe ninguna norma gallega. A partir de una revisión de los orígenes y características de estos comités y de las estructuras de apoyo a la reflexión ética del ámbito social, esta comunicación pretende justificar la conveniencia de la creación de un comité de ética en intervención social en Galicia.

TÍTULO

¿Cómo perciben los estudiantes de medicina y los residentes los conflictos de interés?

AUTORES → M.^a Carmen Agra Tuñas, enfermera de UCI Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

→ Susana Rujido Freire, residente de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

→ Antonio Rodríguez Núñez, adjunto de UCI Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS). Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela (USC).

INTRODUCCIÓN

Se da un conflicto de interés (CI) cuando surge el riesgo de que un interés secundario influya en las acciones profesionales respecto del interés primario legítimo.

OBJETIVO

Explorar la percepción de los estudiantes de medicina y de los residentes sobre los CI.

METODOLOGÍA

Elaboramos una encuesta de 15 ítems, deben señalar el grado de acuerdo con cada afirmación: desde 1 (nada) a 5 (totalmente).

RESULTADOS

Se analizaron 52 respuestas de 32 residentes y 20 alumnos. Los CI son frecuentes en medicina solo para el 56% de los encuestados, se dan en la investigación biomédica (86%) más que en la asistencia (56%). El 73% está de acuerdo en que los médicos deben declarar siempre sus CI, aunque solo el 48% incluyen los potenciales además de los reales. Los laboratorios influyen en la prescripción médica para un 75%, pero es menos conflictiva la elaboración y distribución de una guía antimicrobiana por un laboratorio (54%), o que pague matrícula y viaje a un congreso (40%). Supone más CI la existencia de autoconcertación (62%), que trabajar simultáneamente para la pública y la privada (40%). Consideran un CI remunerar por paciente incluido en un ensayo clínico (79%), adelantar una cita para un familiar (69%), que un farmacéutico decida a quien se le suministra el único fármaco disponible (50%). La mayoría (64%) no recibió formación sobre los CI.

CONCLUSIONES

La mayoría no recibieron formación sobre CI y no tienen claro el concepto ni las situaciones en las que suelen producirse, lo que puede afectar a la calidad ética de su actividad laboral.

TÍTULO

Ética biomédica y hermenéutica

AUTOR → Óscar Vergara

CENTRO DE TRABAJO → Prof. Cont. Dr. Universidade da Coruña

RESUMEN

En todo proceso decisorio se presenta un eludible elemento valorativo, del que no se hacen cargo las metodologías bioéticas comunes, lo cuál fué, en cambio, bien teorizado por la moderna hermenéutica filosófica. Algunas formulaciones bioéticas adoptaron una orientación hermenéutica para abordar la cuestión de la toma de decisiones. No obstante, se muestran insuficientes, debido a que, como enseña Aristóteles, la sabiduría (la hermenéutica es un conocimiento teórico) no hace las personas necesariamente prudentes. Por otra parte, las mencionadas formulaciones, aunque giran alrededor de la noción capital de diálogo, no le hacen justicia y non son capaces de captar su sentido profundo, que no es de índole psicológica, sino ontológica. Es, en definitiva, más una cuestión de verdad que de método.

Hubo una comunicación presentada a la jornada, que finalmente no fue defendida oralmente por sus autores.

TÍTULO

La disforia de género en una sociedad plural

AUTORES → Joselyn Cortés-Cortés(1), Rosa Fernández(1), Esther Gómez-Gil(2), Isabel Esteva(3), Mari Cruz Almaraz(3), Antonio Guillamón(4), Eduardo Pásaro(1)

CENTRO DE TRABAJO → 1 UDC - Dept. de Psicología. 2. Unidad de Identidad de Género de Cataluña. 3. Unidad de Identidad de Género de Andalucía .4. UNED - Dept. de Psicología. Madrid

La Disforia de Género (DG) (DSM-5) o Transsexualismo (ICD-10) describe la condición de una persona cuyo sexo cerebral difiere del genético. Las personas con DG sufren de forma persistente por esta incongruencia y buscan un cambio de reasignación de sexo mediante tratamiento hormonal y quirúrgico.

Esta es una revisión, desde una perspectiva biológica y ética, de la etiología de la DG y de las correlaciones neurobiológicas estructurales y funcionales de la DG.

Varios estudios demuestran un aumento de la conectividad funcional entre regiones de la corteza cerebral que son huellas de la angustia generada por la discordancia entre sexo psicológico y biológico. En la DG aparecen signos de feminización o masculinización de estructuras cerebrales con dimorfismo sexual que durante a administración hormonal se desplazan parcialmente aún más hacia las correspondientes al sexo cerebral. Estos cambios permiten una reducción de la angustia psicosocial.

Existe además una vulnerabilidad genética basada en la desregulación de los niveles hormonales durante el desarrollo prenatal y neonatal. Los datos actuales apuntan a polimorfismos ligados a la acción de los estrógenos.

Se trata de una grave cuestión ética la liberación de los prejuicios para conocer lo que ocurre en el cerebro en la DG.

16:30 → 19:45 MESA REDONDA

c
G

232 → 232
109 → 110

Conflicto o armonización en la asistencia sanitaria?

MODERADORA → Ana Isabel Guillén
Consello de Bioética de Galicia

Buenas tardes: Soy Ana Guillén, moderadora de esta mesa y vocal del Consello de Bioética de Galicia, el cual entre sus funciones, como ya sabemos, tiene el profundizar en el debate de la bioética y que con las diferentes ponencias que a continuación se van a presentar veremos distintos enfoques del tema que nos ocupa hoy en esta Jornada.

Agradecer, ante todo, a los ponentes su colaboración y disculpar a María Antonia Muñoz Mella, que por cuestiones de salud finalmente no podrá participar en la mesa.

A continuación pasaré a presentar a los diferentes ponentes, que al igual que mi compañera Silvia, he debido reducir el amplio curriculum de todos ellos:

Susana Romero Yuste

Jefa del Servicio de Reumatología de la EOXI de Pontevedra y Salnés. Presidenta de la Sociedad Gallega de Reumatología

Miembro del comité autonómico de ética e investigación y del Comité de viabilidad de ensayos clínicos.

Delegada autonómica de la Comisión de Docencia. Ha sido docente en varios cursos. Ha participado en diversos grupos de trabajo, procesos asistenciales de actuación y protocolos.

Participación en proyectos de investigación como investigadora principal y asociada.

Asesora a varias asociaciones de pacientes. Colabora con organizaciones no gubernamentales como médico cooperante.

c
G

232 → 235
111 → 115

2.1 En la atención de una enfermedad prevalente en Galicia

PONENTE → Susana Romero Yuste.
EOXI de Pontevedra y O Salnés

La práctica médica debe perseguir el bien primario que se traduce en lo mejor para el enfermo determinado por razones profesionales o éticas. Pero en ocasiones esta práctica se ve modificada en aras de bienes secundarios de distinta índole y es ahí cuando el acto médico se ve influenciado por lo que llamamos conflictos de interés.

El conflicto de interés alude a unas circunstancias y no al resultado, no siendo necesario que este resultado ocurra para decir que estamos ante un conflicto tal como lo hemos definido. Los conflictos de interés son inherentes a las relaciones humanas y profesionales. Siempre que existen decisiones que implican actuaciones sobre otras personas se dan situaciones de conflicto de interés y ello podría no ser necesariamente problemático si se reconocen y abordan de forma adecuada.

Los conflictos de interés mal gestionados implican una pérdida de confianza en el profesional pero también en la institución para la cual trabaja y de forma más general en la propia profesión.

Lo que voy a desarrollar en esta exposición es aplicable a los conflictos de interés o armonización en la atención de una enfermedad prevalente como la artritis reumatoide o a cualquier enfermedad que tratemos los clí-

nicos. En el caso de la Reumatología, en los últimos años ha habido grandes y veloces avances en la investigación. La irrupción en el mercado de nuevas moléculas hace necesario estudios clínicos con gran número de pacientes para mostrar datos de efectividad y seguridad. Esto ha implicado a prácticamente todos los Servicios de Reumatología de nuestra Comunidad y ello impone nuevas reglas en la práctica clínica.

Por otra parte las nuevas estrategias terapéuticas hacen necesario mayor número de programas de formación para aplicarlas de forma correcta e introducen cambios en los modelos de gestión tradicionales ya que el clínico debe manejar fármacos costosos que suponen un elevado consumo de recursos.

Además de la práctica asistencial los médicos hemos ido incorporando por tanto funciones relacionadas con la investigación, la docencia, la gestión o incluso la administración. Esta incorporación puede incluso ser beneficiosa para el bien general, el desarrollo de la profesión y la mejora de la práctica médica y por tanto de la atención de los pacientes, pero es cierto que propicia la aparición de conflictos de interés en cada una de estas funciones

Ocurre con frecuencia que los clínicos simplificamos la definición de situaciones de conflicto de interés, considerando con frecuencia que el impacto sobre nuestra práctica es mínimo, no teniendo siempre en cuenta que el impacto puede ocurrir de forma inconsciente.

Incluso podemos experimentar, sin percepción de conflicto, situaciones que los son y que tra-

dicionalmente están integradas en la formación, la asistencia o la investigación.

Lo habitual es que cuando un clínico medita sobre los conflictos de interés lo primero (y a veces único) que se le viene a la mente es la relación con la Industria Farmacéutica en cuanto a financiación de congresos, docencia recibida o impartida, asesorías y otras actividades que a veces parecen encaminadas a mejorar la práctica de la medicina por cuanto suponen formación o puesta al día.

No es infrecuente la percepción de que cuando un programa de formación no tiene que ver con el producto de la compañía que lo financia este conflicto es de menor magnitud e incluso improbable que condicione la práctica diaria. Es cierto que a veces se trata de intenciones enmascaradas de inclinar la tendencia hacia los intereses de la compañía que financia dichas actividades. Pero también lo es que en el caso de las asesorías, en ocasiones se ha dado el rechazo de actuaciones propuestas por la Industria, que según los clínicos que participaban, se encontraban fuera de la ética o eran innecesarios. Otras veces pueden dar lugar al inicio de líneas de investigación que respondan a preguntas no resueltas en la atención médica. Esto último que inicialmente podría interpretarse como un conflicto de interés finalmente redundaría en la mejor atención de los pacientes ¿de los pacientes en general? ¿del avance de la Medicina? La influencia que tiene sobre la atención del paciente individual que tenemos en el momento presente, ahí quizás esté el debate.

La pregunta es si podría interpretarse que existirían dos tipos de conflictos de interés

secundario; por una parte aquellos que acompañan a los primarios para poder darles cumplimiento y aquellos que solo redundan en beneficio del clínico y por tanto con connotaciones indebidas. La frontera sin embargo entre estos y los anteriores es difícil de delimitar en la práctica.

Otra fuente de conflicto de interés es la Investigación clínica en la que se percibe un ingreso económico por paciente incluido. La selección ha de estar imprescindiblemente guiada por la ética, cumpliendo la normativa al respecto, con absoluta transparencia ante el paciente haciéndole conocedor de las implicaciones, de las alternativas y del tipo de compensación que supone a los investigadores su inclusión en el estudio.

A veces los pacientes interpretan que incluirse en el estudio supone tener acceso a medicación extranjera no existente en nuestro país. Incluso pueden ignorar que el fármaco en estudio aún no está comercializado, que está en investigación y que pueden caer en el brazo placebo cuando éste existe. Garantizar la información completa y veraz y velar por la seguridad y porque la investigación se lleve a cabo con las máximas garantías para el paciente es ineludible.

En cuanto a la comunicación de los resultados de la investigación, se ha dado el caso de “tratamiento estadístico de datos” que maquillan conclusiones para acercarse al resultado deseado y también la no publicación de los resultados “negativos”. Esto introduce un sesgo en la interpretación de resultados que confunde al lector y le puede llevar a aplicar, en la atención del paciente, fármacos que tal

vez no son tan efectivos o tan seguros como las publicaciones reflejan.

El conocimiento del método científico, la lectura crítica y la transparencia de las bases de datos de los ensayos pueden ayudar a confirmar la veracidad de los resultados de los estudios y a detectar las desviaciones origen de confusión.

Ni siquiera las revistas que publican los resultados de los estudios realizados escapan a los conflictos de interés y pueden verse influenciadas por relaciones financieras, rivalidades o filias profesionales de alguno de los agentes implicados en la publicación. Algunas revistas están ya comenzando un camino hacia la transparencia para evitar estas circunstancias y que indica que algo se mueve por el camino deseado.

También los ámbitos de Docencia o Gestión pueden acarrear conflictos de interés.

Los médicos tenemos la responsabilidad de la formación de los futuros médicos o especialistas lo que hace necesario que nos acompañen cuando atendemos al paciente para recibir entrenamiento en la práctica clínica. Esto condiciona dedicar un tiempo durante la asistencia a la explicación, a la enseñanza en la exploración y a la comprobación del correcto aprendizaje. Deberíamos pedir permiso al paciente para hacerlo ya que puede sentirse incómodo ante la presencia de personas diferentes a las que espera cuando acude y que acompañan a su médico. Su consulta, por tanto, puede requerir más tiempo del habitual en estas circunstancias. En mi experiencia cuando a los pacientes se les explica que esto

se hace de este modo para mejorar la calidad de la atención médica en el futuro y cuando la docencia se realiza con respeto lo aceptan e incluso se muestran satisfechos de colaborar en esta función.

Otra forma diferente de conflicto de interés en la docencia se daría, con respecto a la misma, cuando la presión asistencial nos impide el detenimiento que la enseñanza requiere. Disponer del tiempo suficiente para compartir asistencia y docencia es fundamental y debe ser un objetivo en la organización de la actividad de un Servicio.

Ya por último en el terreno de la gestión también podemos encontrarnos con conflictos de interés. Los recursos del sistema público de salud son limitados y los clínicos tenemos nuestra responsabilidad en su correcta utilización; debemos comprometernos con la sostenibilidad del sistema sanitario. Cada vez más, y es nuestro deber, nos imbuimos de la idea de que hemos de prescribir en términos de eficiencia. Disminuir costes, aliviar listas de espera o dar altas puede suponer un incentivo que introduzca conflictos de interés en nuestra práctica. No hemos de perder de vista que tenemos un compromiso con la Sociedad de utilización racional de los recursos pero que el bien primario, que es la mejor atención del paciente, no ha de resentirse.

Los aspectos analizados nos muestran que la realidad da lugar a situaciones con cierto grado de ambivalencia y no siempre se detectan todos los posibles conflictos de interés a que da lugar. Es fundamental la transparencia pero hace falta más. Aún queda camino por recorrer que requiere formación y el cambio

de mentalidad necesario para que en nuestro ejercicio profesional prime por encima de cualquier objetivo el bien del enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

Friedman et al. *Relationship Between Conflicts of Interest and Research Results*. J of Gen Intern Med 2004

Guy JB. Conflict of interests for radiation oncologists: Harnessing disclosures from policy to reality. *Cancer Radiother*. 2016 May;20(3):176-80.

L. González-de Paz *Conflictos de intereses en investigación clínica en el área de atención primaria de salud*. Semergen. 2014;40(2):104-108

L. Naldi. *Conflicts of interest among academic dermatologists: freedom or constraint?* Br J Dermatol. 2016 Apr; 174 (4): 878-880

Paul Campsall. *Financial Relationships between Organizations That Produce Clinical Practice Guidelines and the Biomedical Industry: A Cross-Sectional Study*. PLOS Medicine | DOI:10.1371/journal.pmed.1002029 May 31, 2016

Robert Steinbrook. *Justifying conflicts of interest in medical journals: a very bad idea*. BMJ 2015; 350:h2942

Roseman M et al. *Reporting of conflicts of interest from drug trials in Cochrane reviews: cross sectional study*. BMJ. 2012; 345: e 5155

Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. *Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines*. JAMA. 2009; 301:831-841

Declaración AMM sobre los conflictos de interés. Revisión 2015

A continuación pasará a presentar a nuestra segunda ponente de la tarde: **Nieves Molíns Gauna**

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco. Médica especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor.

Adjunta del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital de Coruña

Experta en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid. Secretaria del Comité de ética asistencial de la EOXI de Coruña

Vocal de la Comisión deontológica y de ética del Colegio de Médicos de A Coruña

Docente en diversos cursos relacionados con la Bioética



236 → 242
117 → 127

2.2 En una cirugía con alta implicación social

PONENTE → **Nieves Molíns Gauna**
EOXI de A Coruña

El conflicto en su forma original es parte natural de las relaciones humanas, puesto que surge de las diferencias e incompatibilidad de intereses, percepciones y objetivos entre las personas.

Los profesionales de la salud estamos inmersos en un conflicto entre dos principios básicos de moralidad: el interés propio y el altruismo. El primer principio nos obliga a promover los valores de preservación, crecimiento y felicidad personal. El segundo, se basa en promover los mismos valores pero de otras personas incluso en detrimento del interés propio. Los profesionales sanitarios en general debemos

desarrollar nuestra profesión entre estos dos principios.

Lo que entendemos por conflicto de intereses se origina cuando el juicio profesional en relación a un interés primario (bienestar del paciente) se ve influenciado indebidamente o en exceso por un interés secundario, como puede ser un provecho económico, un afán de notoriedad, prestigio profesional o el reconocimiento y promoción profesional. Los intereses secundarios también pueden estar relacionados con otros roles profesionales como la investigación, la docencia, o la gestión. La relación médico-paciente es una relación fiduciaria que es por definición una relación de dependencia basada en la confianza y por tanto debe estar sujeta a los más altos estándares de conducta. En este tipo de relaciones el paciente es una persona vulnerable y médico ostenta un poder derivado de sus conocimientos y habilidades que deberá utilizar para promover el valor fundamental que rige su profesión y que es el bienestar del paciente. Este interés primario debe dirigir la toma de decisiones. Si en ese proceso decisional entran en consideración otros valores secundarios que puedan producir un alejamiento de ese valor o interés primario es cuando consideramos que existe un conflicto de interés.

La presencia de conflictos de interés incrementa la posibilidad de tomar decisiones erróneas éticamente. Además los conflictos de interés percibidos, aunque las decisiones tomadas sean correctas, pueden ser igual de dañinos y erosionar la confianza personal o de la sociedad en los profesionales de la Medicina, como los conflictos reales.

Los conflictos de interés pueden surgir en situaciones donde la acción de un individuo en favor de su propio interés se realiza de manera consciente, voluntaria y sin respeto a la responsabilidad hacia sus pacientes. Sin embargo la mayoría de las veces la disparidad entre los intereses es mucho más sutil e incluso inconsciente, pero puede afectar igualmente a la toma de decisiones.

En la relación clínica hay otro tipo de intereses del profesional como son las necesidades de cuidado de otros pacientes, de priorizar cuidados en situaciones de escasez, las necesidades del médico en cuanto a descanso, relaciones familiares o sociales, de autoformación, labores docentes, investigadoras o administrativas. El conflicto que surge con este tipo de intereses y el interés primario de la medicina se conoce con el nombre de conflicto de tareas. Este tipo de intereses son legítimos y no necesariamente va a afectar las decisiones clínicas, pero deben ser sopesados ya que pueden provocar que el profesional, consciente o inconscientemente, aplique sus estándares de cuidado de forma diferente a como lo haría siguiendo los criterios del buen juicio profesional. En estos casos sí podrían ser considerados auténticos conflictos de interés.

Entendemos por buen juicio profesional la habilidad de tomar decisiones basadas en el conocimiento y habilidades adquiridas a través de la educación, el entrenamiento y la experiencia. Pero ser un buen profesional de la medicina supone trabajar de cara a la incertidumbre por lo que este factor va a introducir un elemento más en la definición que tiene

que ver con una cualidad o virtud del buen profesional que es la prudencia.

Los trasplantes de órganos son procedimientos de alta implicación social ya que solo son posibles tras la cesión en vida o después de la muerte de una parte de un ser humano a otro.

Nuestro país tiene, con 39,7 donantes por millón de habitantes en 2015, la mayor tasa mundial en donación de órganos por vigesimocuarto año consecutivo. Los factores de éxito de este modelo español incluyen un programa exhaustivo de educación, comunicación, relaciones públicas, reembolso de gastos a los hospitales y mejora de la calidad. La fuente de donantes son los hospitales públicos, que cuentan con los recursos necesarios para asegurar el éxito del programa de trasplantes. El acceso universal a la sanidad y la gratuidad de los trasplantes también favorece la solidaridad y las actitudes positivas de los ciudadanos a la donación. Un punto importante es la figura del coordinador de trasplantes presente en todos los hospitales donadores y que es el responsable de identificar y evaluar a los donantes, dar apoyo necesario para el correcto mantenimiento de los potenciales donantes de las unidades de críticos y entrevistar a los familiares para obtener el consentimiento. Muchos de estos coordinadores, se estima que un 85%, son profesionales de las unidades de cuidados críticos, que son aquellas donde se generan el mayor número de donantes.

Los trasplantes de órganos son la única opción de tratamiento para mejorar o salvar la vida de los pacientes con insuficiencia orgánica terminal. Respetan la autonomía de los pacientes y promueven valores como la generosidad y

la solidaridad. Además, en el caso del trasplante renal sobre todos, son coste-efectivos. Algunos autores estiman que la donación de 6 órganos de un donante multiorgánico, genera hasta 55,8 años de vida para diferentes receptores.

Por otra parte la OMS, el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias consideran una obligación de los profesionales fomentar y promover la donación de órganos basándose en la necesidad de los pacientes y en los resultados clínicos.

Sin embargo, a pesar de los avances científicos, entre un 8-10% de pacientes siguen falleciendo en lista de espera para un trasplante en nuestro país. Se estima que 12 personas al día fallecen esperando un órgano en la Unión Europea. La separación entre la oferta y la demanda aumenta cada día a pesar de los esfuerzos de los profesionales y de la Organización Nacional de Trasplantes y otras organizaciones internacionales, por incrementar la obtención de órganos con donantes expandidos, donantes de riesgo no estándar, donación de vivo o donantes fallecidos por criterios circulatorios.

Los conflictos de interés que pueden presentarse en una cirugía de alta implicación social como son los trasplantes de órganos son problemas éticos relevantes, frecuentes y de consecuencias no banales para los profesionales, los pacientes, las instituciones y la sociedad.

En los trasplantes de órganos hay una serie de condiciones que predisponen a la aparición

de estos conflictos o que de alguna manera constituyen intereses secundarios que pueden potencialmente, afectar el juicio de los profesionales en la toma de decisiones en situaciones ya de por sí de gran incertidumbre y posibilidad de conflicto ético.

Estas condiciones incluyen:

- **Presión indirecta**, tanto por parte de la sociedad, como por la Organización Nacional de Trasplantes, para mantener la magnífica posición del Modelo Español en la clasificación mundial. La presión puede ser también por mantener el nivel de trasplantes en el propio hospital o en la comunidad autónoma.
- **Presión de las listas de espera.**
- **Escasez de donantes**
- **Pagos extras** por los procedimientos a las unidades generadoras, de apoyo, extractoras y de tratamiento intra y postoperatorio.

Los conflictos de interés aunque sean en esencia los mismos se presentan de manera diferente según el momento del proceso. A continuación me referiré a algunos de estos momentos con más repercusión para los clínicos.

Conflictos de interés en la obtención de órganos

El proceso de identificación de posibles donantes afecta a los médicos de Unidades de Críticos o de Urgencias y fundamentalmente a los coordinadores de trasplante. El conflicto puede surgir a la hora de determinar el pro-

nóstico de los pacientes, la futilidad de las medidas terapéuticas y por consiguiente a la decisión de cuando comenzar con las medidas de mantenimiento del paciente ya convertido en donante. Es fundamental la aceptación de que el interés primario del cuidado intensivo es tratar activamente cualquier daño potencialmente reversible en los pacientes, hasta que quede suficientemente probado que este objetivo es inalcanzable, y no conseguir donantes de órganos. La definición de futilidad debe ser pues lo más objetiva posible, basada en protocolos adecuados y separada del proceso de donación de manera explícita.

El intento de aumentar el número de órganos a través de donantes marginales o el uso de técnicas como la ventilación electiva-no terapéutica también pueden ser un foco de conflictos de interés y precisan por tanto de la extrema corrección en los criterios de inclusión para evitar procedimientos inútiles, dañinos para el paciente, costosos para la sociedad y dudosos desde el punto de vista ético.

Otro capítulo importante en la obtención de órganos para trasplante es la entrevista con la familia. El papel de los coordinadores en la obtención del consentimiento familiar, en los casos en los que el paciente no ha dejado su voluntad por escrito, es una situación muy delicada porque coincide el momento de notificación de la muerte de la persona querida y la solicitud de la donación. Para evitar conflictos de interés los equipos que entrevistan a las familias deben ser diferentes de los que trataron al posible donante.

Los conflictos de interés son a veces inevitables, ya que puede coincidir un coordinador

que también haya tenido alguna responsabilidad asistencial sobre el paciente. En estos casos revelar a la familia el conflicto puede ayudar a mantener la confianza necesaria en la relación clínica y en el sistema.

Conflictos de interés en la distribución de los órganos

Las listas de espera donde pacientes mueren cada año esperando un órgano deben ser gestionadas con criterios clínicos y éticos basados en la equidad y la no discriminación. Los criterios clínicos establecidos por los profesionales de los diferentes grupos de trabajo pueden determinar en algún momento la prioridad de un paciente sobre otro, pero en la mayoría de los casos para decidir a quien va destinado un órgano, es preciso seguir una lista de requisitos muy protocolizados por los diferentes grupos trasplantadores como son compatibilidad (grupo sanguíneo, tamaño), edad, estado clínico o tiempo de espera en lista. Cualquier conflicto de interés que pueda comprometer la equidad y la no discriminación en el reparto de este bien escaso debe ser detectado para poder ser adecuadamente manejado.

Conflictos de interés en los diferentes tipos de donantes

→ Donantes en muerte cerebral

La muerte encefálica es un criterio de muerte establecido y plenamente aceptado por la comunidad científica occidental, y aunque cierto debate ético persiste, la sociedad a través de la legislación y de su aceptación por el consentimiento de las familias a la donación en

estos casos, va aceptando que la muerte del cerebro significa la muerte de la persona.

Los donantes en muerte cerebral suponen en España alrededor del 90% y son la única fuente de corazones. Sin embargo actualmente están disminuyendo, primero por el menor índice de accidentes de tráfico (actualmente la primera causa de muerte cerebral es la hemorragia intracerebral, que supone un 42% de los donantes) y segundo, por la mejor atención a los pacientes neurocríticos.

El diagnóstico de muerte cerebral se realiza por criterios clínicos perfectamente establecidos y recogidos en la legislación vigente.

El conflicto de intereses en estos donantes podría derivar en un mantenimiento excesivo de los pacientes en situación catastrófica neurológica a la espera de la muerte cerebral, es decir en una obstinación terapéutica donde el paciente se convierte en un medio para conseguir un fin. Este mantenimiento de medidas solo estaría justificado si se realizaran de acuerdo al consentimiento expreso o presunto de los pacientes de donar sus órganos. De ahí que la entrevista con las familias requiera de una información clara y transparente.

→ Donantes en **asistolia**

Los donantes en asistolia son aquellos cuyo diagnóstico de muerte se realiza por criterios circulatorios determinados por la comunidad científica y avalados por nuestra legislación. Los donantes de la Clasificación de Maastricht tipo IIa y IIb aquellos que o bien sufren parada cardiocirculatoria extrahospitalaria o bien se paran una vez en el hospital, pero en los que

las maniobras de reanimación cardiopulmonar continuadas no son eficaces para restaurar la función cardíaca.

En estos casos, los conflictos de interés podrían estar relacionados con la decisión de cuándo parar la reanimación cardiopulmonar. La decisión debe ser tomada por el equipo responsable del paciente y no por los coordinadores de trasplantes. Si el equipo fuera el mismo, cosa que podría ocurrir porque los equipos reanimadores en urgencias son muchas veces intensivistas y dentro de estos algunos son coordinadores de trasplantes, va a surgir un conflicto en principio de tareas. El médico tiene un deber primario hacia el paciente que está reanimando pero también debe promover la donación de órganos. Que esto se convierta en un conflicto de intereses real o percibido va a depender de si los profesionales son conscientes de otros intereses que puedan afectar sus decisiones y de si estas se realizan con transparencia y consenso con otros profesionales implicados.

Desde el año 2011 se aceptaron en España los donantes en asistolia Maastricht III. Son aquellos pacientes con daño neurológico y a veces respiratorio severo en los que se hace un diagnóstico de futilidad y se plantea una limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) por los profesionales que es aceptada por la familia. Si esta después acepta también la donación, el paciente es limitado y tras 5 minutos de parada cardiocirculatoria (tiempo necesario marcado por la ley para el diagnóstico de muerte por criterios cardiacos) se procede a la extracción de los órganos donados. El hecho de que los grupos que proponen la LTSV y los que piden los órganos sean diferentes es

prioritario, como en el caso de los donantes en asistolia tipo IIa y IIb.

A algunos autores sin embargo no les parece suficiente que los profesionales que proponen la LTSV o los que limitan la reanimación cardiopulmonar no sean coordinadores de trasplante, ya que todos ellos conocen los beneficios de una posible donación sobre los posibles receptores, la institución, la Unidad o los colegas trasplantadores y eso puede influir en la toma de decisiones. Incluso el hecho de que el paciente tenga un carné de donante, unas instrucciones previas o que la familia hable de deseo de donación del paciente, previo a la indicación de LTSV podría introducir un sesgo debido a un conflicto de intereses. De nuevo estar alerta para detectar estos sesgos potenciales es una tarea imprescindible de todos los profesionales.

→ Donantes vivos

Suponen otra forma de expandir el número de donaciones. Consiste en la donación altruista de un órgano o parte de él por una persona sana y que actúa de forma desinteresada (sin incentivos económicos), para conseguir un beneficio en una persona enferma. Normalmente hay una conexión familiar o emocional entre donante y receptor, pero no es obligatorio. En nuestra comunidad autónoma se realizan solo trasplantes renales de donante vivo.

Parten de las premisas de justificación de estos programas que son:

- Se trata de un procedimiento seguro para los donantes (estudios previos y seguimiento posterior asegurado)

- Los resultados de estos trasplantes son mejores para los receptores que los de donante cadáver.

- Concretamente en el caso del trasplante renal, supone un ahorro de recursos por su eficiencia.

Además de los conflictos de interés que pueden afectar a los profesionales en este tipo de donación y que son similares a los ya comentados con otros tipos de donantes, debemos añadir la posibilidad de conflicto de intereses entre donante y receptor, derivados de incentivos económicos entre ambos o de presiones emocionales o familiares; a veces claras o a veces inconscientes, que comprometan el altruismo exigido. Los profesionales debemos considerar la detección de estos conflictos de interés entre donante y receptor tan importantes como los propios. Las propuestas de incentivación de la donación en vivo que se han barajado en algunos países como EEUU y Australia para aumentar el número de donantes, suponen un foco de conflictos de interés y otros problemas éticos que la sociedad tendrá que valorar si está dispuesta a tolerar.

Conflictos de interés en la publicidad e investigación sobre los trasplantes de órganos

Para finalizar, otro punto importante de conflictos de interés en el tema de los trasplantes de órganos es la publicidad que las organizaciones de trasplantes realizan para informar a la sociedad de la necesidad de donar órganos y la actividad investigadora en este tema, que al igual que cualquier otra, debe estar sometida a los más rigurosos controles tanto externos como de los propios profesionales investiga-

dores. La mera declaración de no conflicto de interés no sirve de nada sin un convencimiento claro y honesto de que, primero detectarlos y después manejarlos es la única manera de ser buenos profesionales y de mantener la confianza necesaria de la sociedad en el sistema.

Manejo de los conflictos de interés en los trasplantes de órganos

- Los profesionales sanitarios **tenemos la responsabilidad** de mantener una adecuada vigilancia y un conocimiento de los posibles conflictos de interés y saber que pueden actuar de forma inconsciente.
- Es importante distinguir claramente la diferencia entre un **conflicto de tareas** y un **conflicto de interés** y entender que el primero puede transformarse en el segundo muchas veces por intereses poco conscientes.
- Los profesionales, si **detectamos** un conflicto de interés en otros compañeros debemos **ayudarles** a reconocerlo y manejarlo.
- Los profesionales debemos **mejorar** los estándares profesionales elaborando protocolos de actuación claros en cualquiera de las fases del proceso de donación o trasplante.
- Cuando los conflictos son **inevitables**, a veces, revelarlos a las familias de los posibles donantes o a otros compañeros puede ayudar a minimizar sus efectos. Sin embargo esta práctica no absuelve al médico de la responsabilidad de mantener la mayor objetividad posible.

- La sociedad y las instituciones también tienen una labor importante en el **reconocimiento y manejo** de los conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

Thompson DF. *Understanding financial conflict of interest*. N Engl J Med 1993; 329: 573-6.

Roger S. Foster Jr. *Conflicts of interest: recognition, disclosure and management: Conley lecture. 2003 by the american College of Surgeons*. Published by Elsevier Science Inc. 196 (4): 505-17.

Escudero D, Otero J. *Medicina Intensiva y donación de órganos. ¿Explorando las últimas fronteras?* Med Intensiva 2015; 39: 366-74.

Tong A, Ralph A F et al. *Focus Group Study of Public Opinion About Paying Living Kidney Donors in Australia*. Clin J Am Soc Nephrol 2015; 10: 1217-26.

Joffe A R. *Organ donation after circulatory determination of death: A decision with conflicts of interest?* Crit Care Med 2012; 40: 2178-9.

Bell D. *Early identification of potential organ donor: fundamental role of intensive care or conflict of interest?* Intensive Care Med 2010; 36: 1451-3.

Dickens BM. *Conflicts of interest; legal and ethical aspects*. 2006; 92: 192-7.

Rodriguez-Arias D, Wriht L, Paredes D. *Success factors and ethical challenges of Spanish Model of organ donation*. Lancet 2010; 376: 1109-12.

María Jesús Lago Vilaboa, *Diplomada Universitaria en Trabajo Social por la Universidad de Santiago de Compostela*

Experta en Psicopatología y Salud por la UNED. Especialista universitaria en Cuidados paliativos por la Universidad de la Coruña

Ha sido Secretaria Xeral de Benestar de la Xunta de Galicia. Actualmente es Trabajadora Social y Jefa de Servicio de Trabajo Social de la EOXI de Vigo

Ha participado como experta docente en el "Projet de Jumelage" colaboración entre la Unión Europea y Marruecos.

Participación en diferentes Congresos y Jornadas relacionados con su ámbito profesional

Ha participado en diversas publicaciones

Miembro del Patronato y Consello Asesor de la Fundación ESPLAI



243 → 247
129 → 135

2.3 En la respuesta está la dimensión social a la salud

PONENTE → María Jesús Lago Vilaboa
EOXI de Vigo

El Trabajo social es una disciplina profesional que se ocupa fundamentalmente de promover el bienestar de las personas, familias o grupos a través de una intervención conjunta y adaptada a sus necesidades y con la finalidad de promover cambios y mejoras en sus condiciones de vida.

Las cuestiones éticas están profundamente arraigadas en la disciplina de Trabajo social, dado que precisamente, en esa intervención social, se visualizan y se concretan los principales dilemas éticos que tienen que resolver

estos profesionales. Como señalan, Loewenberg y Dolgoff (1996: XIII): «los problemas éticos surgen cuando y donde la gente tiene que ocuparse de la vida humana, de su supervivencia y su bienestar. En esas actividades, se implican diariamente los trabajadores sociales». Pero también, en su relación con las organizaciones y administraciones donde desenvuelven esa labor y con los ámbitos políticos e de toma de decisiones, además de entre los propios profesionales.

Por esto y tal y como se recoge en el Código de Ética de la Federación Internacional de Trabajo Social, (FITS. Australia. 2004) la conciencia ética es una parte absolutamente necesaria en la práctica de todo trabajador social, puesto que el trabajo social se sitúa, por sus propias características, ante situaciones de conflicto de intereses.

La capacidad de actuar según unos principios éticos constituye un aspecto fundamental del servicio que ofrecemos a la ciudadanía y conforman el código deontológico de nuestra profesión para facilitar el desarrollo de una actividad profesional centrada en la honestidad, credibilidad, independencia y una intervención respetuosa, correcta y adaptada a las características y necesidades de las personas usuarias de los servicios sociales. Una profesión con un claro origen en filosofías e ideales humanitarios y democráticos.

A través de los criterios recogidos en nuestro código ético se establecen las formas de actuación, métodos y relaciones entre profesionales y personas usuarias, entre profesionales entre sí o entre estos y las organizaciones en las que desarrollan su trabajo. Es algo muy importan-

te, reflexionar sobre las responsabilidades de los profesionales cara a la sociedad en el ejercicio de la profesión.

Es necesario tener en cuenta que la profesión de trabajo social tiene un origen claro en los movimientos benéficos de principios del siglo XX, que se fue configurando como disciplina profesional por la incorporación de los principios democráticos recogidos en las distintas constituciones europeas y tuvo que sufrir importantes cambios para abandonar esas consideraciones paternalistas y asistencialistas para convertirse en agentes de cambio social.

Existen varias clasificaciones sobre los dilemas éticos en trabajo social dependiendo de distintos autores. En el estudio llevado a cabo por Ballester, Uriz e Viscarret, (2011) se definen cuatro áreas importantes de determinación.

1. Dilemas relacionados con la información y su tratamiento. **Confidencialidad, intimidad**

Aunque la información es propiedad de los pacientes, cuando se produce una ruptura de esa naturaleza surgen conflictos y problemas que pueden quebrar una relación profesional o suponer un daño para terceras personas (ej, denuncias por violencia de género, aun en contra de la opinión de la paciente, ingresos involuntarios en unidades psiquiátricas, etc.).

En esta tipología se incluyen dilemas relacionados con la información a terceras personas, la información contenida en los informes sociales y su relevancia, información demandada por políticos, jefes de departamentos, miembros de los equipos, etc.

Puede darse la situación paradójica de la utilización de la transparencia para el uso de los trabajadores sociales como fuentes de información con fines poco o nada éticos.

Puede darse una sobreinformación que condiciona las actuaciones de otros profesionales pero también puede darse una excesiva solicitud de datos por parte de todos los intervinientes en un proceso de evaluación social.

¿Dónde está el límite? ¿Dónde se garantiza el principio de confidencialidad? ¿Por qué, por otra lado, se considera más íntimo saber cuanto cobras que la enfermedad que padeces?

Desde el trabajo social en el ámbito sanitario arrastramos un viejo defecto, la no consideración de profesionales sanitarios. Nos sitúan fuera de los espacios de información o cuando menos se cuestiona la disponibilidad de información compartida. Hoy en día, un equipo de trabajo en salud tiene que disponer de herramientas comunes de trabajo considerando la profesionalidad, el respeto a la intimidad del paciente como una obligación exigible.

En este principio los trabajadores sociales del sistema gallego de salud reclamamos a participación en igualdad de condiciones que los profesionales sanitarios y queremos avanzar en la propuesta recogida en la Ley 13/2009 de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia cara a la disponibilidad de una historia social única (socio sanitaria) reflejada en una tarjeta social que sitúe el sistema de servicios sociales al mismo nivel que el sanitario.

2. Dilemas relacionados con aspectos propios del desarrollo profesional

El trabajo social se fundamenta en el respeto a las personas y a su dignidad, respetar su autodeterminación, el derecho a elegir y tomar decisiones libremente en relación a su propia vida, siempre que no interfieran en los derechos de terceros. Promover la participación social y el compromiso en la resolución de las problemáticas que les son propias, a abordar las problemáticas desde una visión holística, a desarrollar sus fortalezas y favorecer su empoderamiento.

¿Cómo abordar la relación de ayuda desde una postura de exceso de burocracia, de tiempos excesivos, de recursos inadecuados o inexistentes?

¿Cómo sobrevivir al entramado administrativo en el que nos movemos a diario. Esta situación puede producir que los y las profesionales de trabajo social no desarrollen intervenciones adecuadas o incluso que justifiquen propuestas poco adecuadas (lo menos malo). A veces los profesionales se ven obligados a prácticas adaptativas y conformistas en lugar de reformadoras y de progreso social.

El Trabajo social en este ámbito no puede perder de vista que trabaja por la justicia social, la redistribución equitativa de los recursos, que tiene la obligación de oponerse a políticas injustas e incluso ser una práctica profesional no subordinada a intereses ajenos.

3. Dilemas relacionados con la disyuntiva compañerismo versus corporativismo

En el estudio citado anteriormente se recoge, curiosamente, que un altísimo porcentaje de profesionales entrevistados considera un dilema ético aquellas cuestiones relacionadas con la mala praxis profesional de compañeros/as. Dudas sobre la necesidad de denunciar actuaciones poco o nada éticas, desinterés, falta de habilidades y conocimientos profesionales suficientes, actitudes adecuadas, métodos equivocados.

4. Dilemas centrados en la relación profesional / persona usuaria. Respeto a su autonomía

A diario los trabajadores sociales nos encontramos con personas que presentan importantes problemas, sociales, relacionales, económicos, conflictos que requieren límites en una relación de ayuda que es propia del desarrollo profesional y que debe de ser bidireccional pero puede dar lugar a que se desvirtúe la relación por exceso de confianza, intromisiones en la vida privada de ambos, abusos de poder, etc.

Estas situaciones según el citado estudio son mas visibles en trabajadores sociales que desarrollan su labor en servicios de salud mental, adicciones y donde hay un grado importante de cercanía entre profesional y usuario.

En el contexto actual, donde la crisis tiene hecho saltar toda estadística, donde los principios propios de la profesión parecen relega-

dos a un tiempo ya pasado, cabe preguntarse o reflexionar sobre ciertas preguntas y poner a prueba la fortaleza de los valores éticos de la profesión, la masificación, inacción pública y la ideologización de las políticas sociales cara a un modelo neoliberal, deja al trabajador social en un contexto desconcertante.

En relación a la autonomía personal y después de 9 años de la implantación de la ley de dependencia solo podemos pensar que fue una ley agradecida electoralmente pero socialmente destrozadora para el sistema público de servicios sociales, por varios motivos, el primero porque se identificó dependencia igual al cuarto pilar del bienestar, dejando a los servicios sociales relegados financiera, política y técnicamente (infancia, inclusión social...), en segundo lugar porque burocratizó la gestión de los servicios de autonomía personal (hay que ser dependiente oficial) en un proceso administrativo largo, perdiendo el criterio técnico de los profesionales que trabajan a pie de paciente, y finalmente porque supuso el desarrollo de servicios de autonomía personal de un modo general para todas las comunidades autónomas cuando las realidades eran bien distintas, los esfuerzos presupuestarios y las singularidades de los territorios y de sus gentes, también.

Resituándonos, ¿cuándo surgen los conflictos? Somos profesionales de la justicia social, no de la ley y del orden. Justicia social para personas con rostro, con derechos. Actualmente hay un retroceso hacia prácticas paternalistas, benéficas, asistencialistas (paternalismo, caridad, compasión).

→ **Cuando se da una pérdida de identidad de la profesión.** ¿De dónde venimos y hacia

donde vamos?, ¿cómo mantener el rumbo sin saltos hacia atrás?

- **Cuando somos esclavos de nuestros métodos.** ¿Representan estos métodos la garantía de la calidad de vida y el bienestar social?
- **Cuando desconocemos los límites del respeto a la autonomía y de la autodeterminación.** ¿Son principios absolutos o existen limitaciones?
- **Cuando se descontrolan las relaciones de la administración social con el tercer sector y la participación social organizada** pasa ser la sustituta de la gestión pública.
- **Cuando no se garantiza la equidad en la distribución de los servicios.** ¿Participamos en las programaciones para atender a necesidades reales y las convenientes?
- **Cuando existen profesionales que se sienten utilizados por determinadas acciones políticas.** ¿Se priorizan los intereses institucionales sobre los derechos de la ciudadanía?

Como afrontar los conflictos

- **Adaptándonos** a las situaciones que se presentan y centrando la intervención desde una simple relación entre necesidades y recursos.
- **Educando** para minimizar las situaciones de exclusión social.
- **Trabajando** con técnicas transformadoras de una sociedad cambiante en la que la equidad, la transversalidad y la igualdad de oportunidades debe estar presente en las líneas de la política social.

Por otra parte, Reamer, Frederic G. propone auditorías éticas como herramienta de ayuda para examinar sus prácticas, procedimientos y riesgos, no perdiendo de vista que nos debemos a nuestros pacientes, desde una óptica de servicio público.

Ante todo, reduciendo la burocracia, entendiendo la salud como algo más que la sanidad, facilitando la incorporación de trabajadores sociales a los equipos de salud, considerando al trabajo social una profesión sanitaria, mayor formación universitaria, complementaria y reciclaje profesional, evitando priorizar números sobre calidad y favoreciendo la autodeterminación de los pacientes.



247 → 252
137 → 145

2.4 En los cuidados de enfermería

PONENTE → María Antonia Muñoz Mella
POVISA

Queridos colegas, nos encontramos hoy aquí reunidos para reflexionar y debatir alrededor del título que nos convoca: CONFLICTO O ARMONIZACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA? estructurado como una dicotomía crucial y muy actual que afecta al campo de lo sanitario, y a múltiples registros tanto de lo social como de lo político actual en sentido amplio.

El objetivo final seguro que no nos permitirá resolver de manera ideal dicha dicotomía, pero casi seguro que nos permitirá cernir algo de lo nuclear que contiene, pues sabemos que la verdad siempre está instalada en la precariedad.

En este sentido mi posición de partida es clara: existe conflicto de interés de manera obvia y, de hecho por ello, aunque no solamente, existen los Comités de Ética, que intentan armonizar o suturar los agujeros que se abren en un discurso como el científico, que nunca como hasta la fecha ha tenido una relevancia semejante.

Para ilustrar mi hipótesis y, sobre todo, para intentar contestar porqué se producen los conflictos de interés, haré un breve recorrido histórico, que permita ubicar los marcos referenciales del devenir del discurso de la Ciencia en el siglo pasado y en el actual.

Desde sus orígenes cartesianos hasta mediados del siglo XIX, la ciencia constituía una actividad relativamente desvinculada de las personas, quienes en su mayoría permanecían ajenas a sus conocimientos o su influencia.

A partir de la Segunda Gran Guerra el estatuto filosófico de la ciencia conoció una transformación decisiva y sin precedentes. La Ciencia ha ido conquistando una presencia social inédita al punto de convertirse, como ha señalado Heidegger, en el modo exclusivo y legítimo de revelación de la Verdad.

Asistimos al progresivo desmoronamiento de las grandes mitologías y grandes relatos, que durante siglos sirvieron para organizar y administrar el orden del sentido de la historia.

La Modernidad ha sido sustituida por la Postmodernidad que, tal y como Lyotard describe en su libro *La condición postmoderna*, se caracteriza por la incredulidad con respecto a los metarrelatos, lugar que ha venido a ser

ocupado por la Ciencia, supliendo la función que antes realizaba la religión y sus derivadas sociopolíticas.

De este modo, la Ciencia como discurso, brilla como una divinidad renovada, a la que la humanidad reverencia con el mismo fervor o temor que siglos antes dedicaba a Dios.

Como S.J. Gould dice en *La falsa medida del hombre*: “ la ciencia lejos de constituir una práctica pura, es una actividad social que refleja la ideología dominante de la sociedad en la que se realiza, así como las exigencias políticas de la época, y los prejuicios personales de sus practicantes”, es decir, la Ciencia es entendida como una nueva ideología en la que la supresión del sujeto es su acto fundacional, y en donde lo biológico y su determinismo absoluto a veces alcanza el grado de disparate (selección del sexo, el cuerpo como objeto de consumo...).

Esta radical metamorfosis, de lo moderno a lo posmoderno, ha tenido consecuencias que van desde la configuración de la identidad de las culturas occidentales, hasta la refundación de conceptos clave como comunidad, autoridad, relación social, discurso o verdad, de modo que desde una perspectiva antropológica se podría afirmar que el eclipse de la Modernidad ha facilitado la irrupción de lo que genéricamente entendemos como Conflictos de Interés.

Néstor García Canclini afirma en su obra *Consumidores y Ciudadanos* que la identidad es una construcción que se relata. Es una narración sobre uno mismo que tiene que ver con lo nuestro, y las metanarraciones de las que formamos parte.

La identidad sería un discurso por un lado esencial y por otro cambiante a merced del intercambio social, un discurso construido a través de las relaciones con un Otro en permanente interacción. Pero hoy asistimos al fenómeno de la globalización, que es una revolución silenciosa que tiene la particularidad de modificar la relación del sujeto con el Otro, en tanto que provoca una perturbación en el nivel de comunicación, en el nivel del discurso.

La globalización implica un cambio radical relativo al tiempo y al espacio, de modo que ya no nos comunicamos con un sujeto sino con un prójimo que habita más allá de las perspectivas aludidas en el discurso.

Las consecuencias de que un prójimo desconocido suplante a un tercero de su mismo espacio vital, trae consecuencias desestabilizadoras, no sólo en el ámbito de la conformación de la subjetividad social, sino en la esfera de las relaciones en la Comunidad.

Por tanto, parece que lo común-unitario o lo común-identitario ya no existe salvo como expresión subterfugio, comunidad virtual, que viene a ser la metáfora del vacío que expresa su enunciación.

Las comunidades se entienden como expresión de la voluntad de los individuos para inscribirse en un espacio y en un tiempo; son un artefacto que da cuenta de la necesidad de articularse para sobrevivir, para huir de la insoslayable soledad del Uno.

Pero si la comunidad, entendida tanto como estructura, superestructura, como origen, ha muerto, ¿dónde estamos...?

Dice Gergen que si una narración no cuenta con espacios compatibles con las formas de pensamiento hegemónicas se convierte en absurda, porque todas nuestras pequeñas narraciones particulares iban dirigidas a cumplir, a corroborar unas premisas socio-culturales hoy en crisis o directamente desaparecidas.

Si existían formas de narración ampliamente aceptadas, historias de progresión positiva, historias con un común ideal de por-venir, que permitían la inscripción de la persona en su comunidad por la identificación con su sistema de articulaciones éticas, hoy el individuo se puede identificar con una masa cambiante de individuos que de forma itinerante consumen los mismos productos.

Si antes la participación en un metarrelato común daba garantías de pertenencia a una comunidad de destino fraguada por la voluntad de sus integrantes, lo medular de la comunidad actual es su falta de sustancia. Son comunidades de carácter superficial y coyuntural, estructuradas por vínculos esporádicos de individuos que comparten alguna experiencia, sin compromiso alguno en el territorio de la responsabilidad ética (internet y sus foros sobre salud y enfermedad....)

Así pues, Gergen concluye afirmando que hoy las comunidades más que una narración son una imagen.

También Lyotard afirma que los metarrelatos que organizaban la racionalidad moderna se están agotando.

Michel Maffesoli apunta que la Modernidad, como proceso de carácter global estaría ar-

ticulada sobre tres principios: La Razón, el Progreso y el Trabajo.

Para el hombre moderno lo social vendría a ser la asunción literal de estos tres principios, que se rebelan arquetípicos para poder interpretar la genealogía de la identidad.

Si en la Edad Media es la comunidad la que piensa a sus individuos, el *Cogito ergo sum* cartesiano vendría a corroborar la supremacía de la identidad individual sobre las ideologías, y el *Contrato Social* de Rousseau pondría en valor a la sociedad como autor, como superestructura inteligente y con vida propia, capaz de hacer sucumbir los imperativos predominantes en el antiguo Régimen: yo pienso, yo interpreto y me doto de un contrato social que da sentido a mi existencia.

A día de hoy estos valores siguen existiendo, pero como afirma Maffesoli ya no funcionan como imperativos categóricos.

Por otro lado, dice Vattimo que la Modernidad es la época en la que la Historia se entiende como un proceso progresivo de liberación. Lo más reciente tiene el valor de mejor, de más perfecto. Es el paradigma de la ciencia.

Pues bien, si eso es así, la identidad vendría a ser el vértice donde reposan los valores modernos, y dejaría de existir cuando desaparece la posibilidad de seguir hablando de la historia como entidad unitaria.

La muerte de Dios preconizada por Nietzsche y el interrogante sobre el sentido del Ser de Heidegger, tienen para Vattimo un efecto demolidor: si no hay Dios, ni progreso, si no hay

un centro capaz de soportar los interrogantes del hombre, no hay Historia.

Habría, pues, una vuelta de tuerca hacia la heterogeneización del mundo, a la razón sensible de Maffesolli como contrapunto a la razón absoluta, de modo que la identidad no se construiría sobre la base de la herencia histórica de los metarrelatos, aliados a una identificación masiva a los modelos, sino por identificaciones múltiples de tal modo que la lógica de la identidad estaría mediatizada por el todo relación y todo interpretación.

Entonces, dada la declinación de los ideales, las identificaciones son lábiles, parciales. No hay procesos de identificación más o menos claros o definidos, sino redes múltiples y variables en las que los sujetos eventualmente se cuelgan de otros "virtuales", sin que ninguna supla de manera consistente la presencia de Otro inequívoco. La inexistencia de un Otro, provoca que no exista respuesta última, ni verdad por encontrar.

El concepto de sociedad transparente de Vattimo, concepto acuñado a partir de la irrupción de los medios de comunicación de masas, vendría a ser la sociedad de un todo, de un *totum revolutum* que se enfrenta al Uno como solución. La solución de todos que pasa a ser la no-solución, y por tanto la irrupción de las particularidades, de las fisuras, de los márgenes del discurso monolítico. El fluir de las ideas, todas, simultáneamente, sin arraigo, casi sin pensamiento.

Esta concepción posmoderna de la realidad se traduce antropológicamente en tres visiones: la imposibilidad de la verdad - dice M. Foucault

"no existe la verdad, sino una muchedumbre de verdades" la imposibilidad de la objetividad, y la imposibilidad de racionalidad .

En el Seminario *El Otro que no existe y sus comités de ética*, Miller y E. Laurent sitúan las coordenadas de nuestra civilización actual.

La hipótesis central de ese Seminario es que si antes lo que primaba en la civilización era el Ideal, ahora por la alianza entre la ciencia y el mercado, por las características del capitalismo contemporáneo, lo que predomina es lo real, es el Conflicto de Interés

Esto tiene numerosas consecuencias; por un lado el individuo ha pasado a ser un objeto de mercado, y la tecnología lo que posibilita que sus deseos pasen a ser interpretados como derechos. Es decir, si algo parece evidente en nuestros tiempos, es que entre la subjetividad (el sufrimiento, los deseos, etc.) de los individuos y el conocimiento científico, la tecnología posibilita una mediación que, en cierto modo, hace que el profesional relativice la necesidad de un juicio ético.

El individuo-ciudadano de nuestras sociedades democráticas reivindica sus derechos, y en esta reivindicación subyace una demanda inagotable por obtenerlo TODO Y YA, de modo que el conocimiento científico aliado con la tecnología, están más orientados a la satisfacción de esa demanda, a suturar los agujeros del malestar social, que a solventar problemas reales.

Este es el nuevo paradigma. La desvalorización del cuerpo, tomado como un objeto de consumo, es un buen ejemplo de esto, como también la permisividad del hambre y la pobreza...

En otro orden de cosas, pero dentro del mismo discurso, se sitúa el retorno a un higienismo global auténticamente perverso que, amparado en la promoción de la salud, oculta su verdadero objetivo, la reducción de costes.... Así, tenemos numerosos ejemplos como la propuesta de expulsión de los obesos o los fumadores de la seguridad social en Reino Unido...

La alianza entre la ciencia y la industria está transformando este mundo en un gran hospital: todos diagnosticados... todos medicados.

Buena prueba de ello es el manual propuesto por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana y que se utiliza para diagnosticar la enfermedad mental: el DSM V. Para su construcción, es imprescindible que todas las dolencias y trastornos mentales sean calculados, medidos y correlacionados, con el objeto de precisar y corregir, al fin, lo que sería el "trastorno mental".

La consecuencia de ello es que se multiplican los trastornos y el manual se complica con una clasificación en la que una serie de números sustituyen a los cuadros clínicos, borrando las estructuras clínicas que podrían orientar el diagnóstico y, sobre todo, arrasando con el sujeto del conflicto psíquico, la singularidad de su dolencia, el detalle que lo hace particular.

Volviendo al tema nuclear de la Jornada, los conflictos de interés en la asistencia sanitaria también se trasladan al ámbito de la colisión de derechos socio-laborales. Por un lado están los derechos de los trabajadores, expresados en normas y estatutos, y por otro lado el derecho de los pacientes a contar con la mejor asistencia sanitaria posible.

En la práctica diaria, el ejercicio de los derechos legítimos de los trabajadores colisiona de manera flagrante con los derechos de los pacientes: turnos, sistemas de guardia, cuadros vacacionales etc...que no contemplan los criterios de continuidad asistencial, el seguimiento de los planes de cuidados o las referencias que, en determinados casos son imprescindibles para los pacientes.

Más allá de los ejemplos que he ido desplegando, más vinculados a la práctica médica, ninguna profesión sanitaria se mantiene al margen de los conflictos de interés...ahí tenemos el conflicto generado por el Decreto de prescripción enfermera...

Cuando estos nuevos paradigmas se presentan a cielo abierto, existe la necesidad de acudir a los Comités de Ética, es decir, a las asambleas de todo tipo que intentan comprender o contener la desregulación de los hechos sociales. Estos Comités han introducido la ética como práctica pública, con el objetivo de poner orden a través de la búsqueda del consenso. De esta manera, el proceso de decisión moral en medicina (como en otros ámbitos profesionales) resulta crecientemente institucionalizado y sujeto a regulaciones formales.

Se trata, supuestamente, de ir tras un consenso que incluya todas las opiniones de una comunidad establecida, lo que parece imposible...

Dicho esto, creo que hay motivo para la esperanza...porque al mismo tiempo que los excesos tecnológicos, la industria farmacéutica, la política descarnada propician la irrupción permanente de conflictos de interés, aumenta

la conciencia de que esto es real, que no se trata de un constructo de radicales. Así, ahí tenemos iniciativas como las plataformas de profesionales sanitarios HU-CI o SUEÑON, por citar alguna, que intentan volver a poner en valor lo esencialmente necesario, y a las Asociaciones de Pacientes que intentan subsanar las fisuras del Sistema.

Del mismo modo que los Comités de Ética, que tienen una labor fundamental al hacer visibles las encrucijadas que plantea la armonización de todas las interpretaciones posibles, dotando de sentido la asistencia, y articulando vectores de conciliación más allá de esa demanda socio-profesional insaciable.

BIBLIOGRAFÍA

El Otro que no existe y sus Comités de Ética. Seminario de Miller, Jacques-Alain en colaboración de Eric Laurent. Buenos Aires, Paidós

La condición posmoderna. Jean-Francois Lyotard, Cátedra 2006

Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización. Néstor García Canclini. Grijalbo, México, 1995

Reflexiones sobre la construcción social. Kenneth J. Gergen; Mary Gergen, Paidós Ibérica 2011

Elogio de la Razón Sensible: una visión intuitiva del mundo contemporáneo. Michel Maffesoli, Paidós Ibérica 1997

Más allá de la Interpretación. Gianni Vattimo. Paidós Ibérica 1995

El Discurso Filosófico de la Modernidad. Jurgen Habermas, Katz 2008

Foucault Desconocido. Rodrigo Castro Orellana. Universidad de Murcia 2011

La falsa medida del hombre. Stephen Jay Gould. Crítica 2003

A continuación nuestro último ponente, **Andreu Segura Benedicto**, Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona. Médico epidemiólogo, especialista en Salud pública desarrollando su actividad en el Departamento de Sanidad de Cataluña

Primer Presidente de la Sociedad Española de Epidemiología. Vocal en la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Vocal del Consell asesor de Salud pública y del Comité de Bioética de Cataluña

Coordina el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria/Fundación Grifols sobre ética y Salud pública y el de Estudio y prevención de la iatrogenia de SESPAS/OMC (Organización Médica Colegial).

Profesor de Salud Pública en la Universidad Autónoma de Barcelona y en la Universidad Pompeu Fabra.



252 → 255

147 → 151

2.5 Soluciones para convivir con el conflicto de intereses

PONENTE → **Andreu Segura Benedicto**
Universidad Pompeu Fabra

Agradezco al “Consello de Bioética de Galicia” la oportunidad de compartir algunas consideraciones para abordar del modo más conveniente los eventuales conflictos de interés que en el ejercicio de nuestra práctica profesional se nos pueden presentar. No se trata más que de una reflexión personal que llevo a cabo con

cierto esfuerzo y la mejor intención, aunque ni lo uno ni la otra garanticen su utilidad.

Interés es palabra polisémica que puede tener que ver con actitudes personales bien diferentes: del no pones interés, no te interesa nada, hasta la colaboración desinteresada. Etimológicamente es "lo que está entre" aunque el DRAE nos hable de lo que importa. Podríamos asumir pues que compartir un interés nos une y no hacerlo nos desliga.

Los intereses (los de cada uno de nosotros) pueden ser legítimos o no según la valoración moral que merezcan. Lo que no implica su legalidad respectiva. Y los conflictos de interés se pueden producir cuando uno de ellos interfiere con otro. Particularmente cuando afecta al interés principal relacionado con el propósito de nuestra actividad sanitaria, en este caso. Una actividad que puede ser a su vez de muy distinta naturaleza según se trate de la docencia, la investigación, la asistencia, la gestión o la salud pública. De manera que la casuística potencial abarca muchos más conflictos que los que se producen entre el beneficio económico y el bien del paciente.

Por otro lado hay que distinguir cuando todos los intereses en conflicto son legítimos y cuando alguno de ellos no lo es o no nos lo parece y desde luego cuando no es legal. Como también hay que tener en cuenta si nuestro respeto o nuestra adhesión a un determinado interés implica dolo o no. Y desde luego cuáles son nuestros valores morales y los que asume la comunidad o las comunidades en las que se desarrolla nuestra vida y nuestra práctica profesional. Y cuál es la calidad de estos valores

morales, más allá de coartadas retóricas y de la hipocresía.

En este sentido vale la pena traer a colación algunos ejemplos. Uno de ellos tiene que ver con la adopción de actitudes preventivas de posibles reclamaciones o litigios, la práctica de la llamada medicina defensiva, que supone llevar a cabo algunas actividades cuyo propósito no es el bien del paciente. Lo que puede comportar un conflicto si para evitar eventuales perjuicios propios exponemos al paciente a potenciales efectos adversos, aun cuando la probabilidad de que los padezca sea muy pequeña. Porque no hay ninguna intervención médica totalmente inocua, o por mejor decirlo, no es posible garantizar de modo absoluto que una intervención cualquiera nunca tenga consecuencias indeseables. La costumbre, y hasta la jurisprudencia, puede pues enmascarar la existencia de conflicto de intereses. Otro ejemplo sería la adopción sistemática de actividades clínicas preventivas, incluso en aquellos casos en los que su adopción no proporcione ningún beneficio apreciable a las personas a las que se les prescribe, una actitud que puede corresponder con distintos intereses, como aumentar el prestigio profesional o incluso la propia comodidad. En un ámbito como el nuestro difícilmente se percibe la existencia de un potencial conflicto de interés, puesto que por principio cualquier actividad preventiva es plausible (en el sentido de loable) de modo que la iatrogenia de la prevención evoca el "lado oscuro de la fuerza" y por otro "la banalidad del mal". Una cultura caracterizada por el predominio del intervencionismo no proporciona el mejor entorno para recelar de la posibilidad que se den conflicto de intereses a la hora de promover actividades

sin sopesar rigurosamente los pros y contras que se pueden derivar de ellas.

Aunque en algunos casos el conflicto de interés pueda llevar a actos susceptibles de cualificación como delitos, los que en este contexto nos interesan más son aquellos que, al menos conscientemente, no implican voluntad de dolo. De manera que resulta básico reconocer nuestros intereses. También saber si entran o no en conflicto, una valoración que muchas veces somos incapaces de efectuar adecuadamente. Lo que hace pensar en el requisito que muchas publicaciones médicas requieren de los autores: valorar ellos mismos, a veces en contra de sus intereses académicos, personales, etc. si sus intereses entran en conflicto. Precisamente cuando están expuestos al sesgo que supone juzgarse uno mismo. Por lo que parece más razonable hacer una declaración de intereses (relevantes para el caso, por supuesto) que decidir por su propia cuenta.

Conocer, reconocer y declarar nuestros intereses es pues la primera propuesta para no sucumbir a la tentación antes de empezar. Y someter tales declaraciones al juicio de otros, menos implicados directamente, más capaces de valorar si alguno de aquellos intereses que reconocemos y declaramos entran en conflicto.

Que se dé conflicto de interés no supone forzosamente que nuestra actividad sea despreciable, si no que nuestros hechos, prescripciones, interpretaciones o conclusiones están expuestos a un sesgo relevante que puede distorsionarlos al menos parcialmente. A veces se trata de conflictos difícilmente evitables del todo en cuyo caso conviene adoptar medidas que limiten al máximo los potenciales perjuicios a

terceros. Por ejemplo cuando se accede a una subvención o a un patrocinio respecto de una investigación si se evita cualquier condición limitante, más allá de la cantidad conseguida.

Pero cuando una compañía alimentaria contrata a un periodista para que haga publicidad del valor saludable de un yogur pongamos por caso, ello distorsiona la expectativa de información objetiva que potencialmente merece un profesional del periodismo, aunque esté absolutamente convencido de que el yogur en cuestión mejora efectivamente la inmunidad de quienes lo consumen. Del mismo modo cuando una sociedad "científica" avala determinados productos solo cuando obtiene a cambio alguna compensación material sin revelarlo explícitamente lleva al público a la confusión.

Una de las respuestas tradicionales para limitar los daños de los conflictos de interés es el desarrollo de una deontología específica, sobre todo para aquellas profesiones cuyos actos difícilmente se pueden valorar en su dimensión técnica por quienes no disponen del conocimiento experto de los propios profesionales. La justificación más obvia de la existencia de los colegios, de médicos, de abogados, de arquitectos, etc. Corporaciones de derecho público que la sociedad ha desarrollado con el fin primordial que los propios profesionales garanticen a la población un ejercicio profesional adecuado a los intereses generales. Y uno de los instrumentos de la corporaciones es el código deontológico que, más allá de las leyes, obliga a los colegiados. Lamentablemente la percepción que tiene buena parte de la sociedad incluidos algunos profesionales es que los colegios sirven para proteger a los colegiados

y es innegable que no les faltan ejemplos para justificar su valoración. Pero simplemente se trata de una perversión de los propósitos que legitiman su existencia, análogamente a lo que ocurre en la práctica con el consentimiento informado que en lugar de favorecer una decisión responsable del paciente a menudo se limita a la prevención de reclamaciones.

Pero la potencialidad de los códigos deontológicos para prevenir las consecuencias indeseables de los conflictos de interés, podría justificar que se intentaran revitalizar como instrumento racionalizador. Hay sin embargo quien está convencido de que es una vía muerta porque siempre ha tenido una dimensión de coartada que en el fondo es por lo que han persistido hasta hoy, más como una característica gremial que social.

De ahí que se propongan normas reguladoras de naturaleza más general, leyes de obligado cumplimiento en los ámbitos en los que los conflictos de interés pueden ser más espectaculares como ocurre con las "sunshine acts" americanas que regulan las relaciones de los médicos con la industria farmacéutica. Leyes que obligan a la declaración pública de intereses y hacen accesible la información sobre el financiamiento de las actividades profesionales, sean asistenciales o de investigación. Aunque ya se sabe que hecha la ley hecha la trampa. Y una escalada de normas preventivas puede convertirse en un laberinto del que solo salen los que tienen medios para saltarse las normas. Lo que ocurre con la corrupción que difícilmente se evita incrementando las medidas de control. Sin embargo, la transparencia es necesaria, imprescindible. Pero una transparencia que no signifique inundar al público

con torrentes de datos la mayoría de los cuales son irrelevantes y lo único que consiguen es disuadir de tomarlos en consideración.

Conviene pues promover una cultura de la transparencia, en la que nadie se sienta ofendido si por ejemplo, en condición de experto, nos preguntan nuestra opinión en un foro político, profesional o simplemente público, hemos de habernos presentado antes, es decir declarado nuestros intereses. Y que, si no se nos pregunta desconfiemos del propósito que tiene quien nos ha convocado. En este sentido me llamó poderosamente la atención que al ser requerido en una comisión de las cortes para valorar el anteproyecto de ley general de salud pública en mi condición de presidente de SESPAS ninguno de los diputados presentes hiciera la más mínima consideración al respecto.

Esta cultura de la transparencia la asumen al menos formalmente las revistas científicas más prestigiosas al requerir de los autores una declaración de intereses, aunque a veces se limita simplemente a hacer constar según el mismo autor que no existe ningún conflicto entre los distintos intereses que defiende. Una valoración subjetiva expuesta precisamente a los sesgos a los que se enfrenta.

Pero también podemos promover las iniciativas personales relacionadas con la buena reputación, el prestigio y sobre todo la propia conciencia. Ya que la influencia moral sigue teniendo relevancia, como ponen de manifiesto en otro orden de cosas las segundas víctimas de las reclamaciones por iatrogenia.

Una vez finalizada las exposiciones, agradecimiento a los ponentes por sus intervenciones y se inicia el turno de preguntas entre el público a los que se ruega brevedad para facilitar el mayor número de intervenciones.

19:45 → 20:00 CONFERENCIA DE CLAUSURA



256 → 268
153 → 172

Conflicto de intereses, conflicto de valores

PONENTE → **Diego Gracia Guillén**

Fundación ciencias da saúde

El marco del debate: el nuevo rol social de los profesionales

En lo que sigue voy a ocuparme del conflicto de intereses de los profesionales. En la literatura se habla de conflictos de interés de empresas y organizaciones, pero verdaderos conflictos de interés no pueden tener más que quienes son capaces de tomar decisiones, y a las empresas y a las organizaciones no cabe atribuirles esa capacidad más que metafóricamente. Esto tiene que ver con otro tema que no es ahora objeto de análisis, el de si las estructuras suprapersonales pueden realizar actos y ser responsables de sus actos, como defienden buena parte de los teóricos de la impropriadamente llamada “ética de las organizaciones”. Esta confusión procede del hecho de que a las instituciones se las ha dotado de “personalidad jurídica”, lo que lleva por analogía a pensar que han de poseer también “per-

sonalidad moral”. Pero eso no es, a mi modo de ver, correcto.

Con el conflicto de intereses sucede algo hasta cierto punto similar. Verdaderos conflictos de interés no pueden tener más que quienes toman decisiones, que son los seres humanos. De todos ellos, dejaremos de lado los conflictos de interés que puedan tener en su vida privada, para ocuparnos sólo de aquellos que surgen en el curso de su actividad profesional, y sobre todo de los conflictos entre esos dos tipos de vida, la privada y la profesional, de modo que los intereses privados del profesional entren en conflicto con los intereses públicos que gestiona en el ejercicio de su actividad, sea ésta la de político, empresario, funcionario público, médico, etc.

Así definidos los conflictos de intereses, es a todas luces obvio que han tenido que existir siempre, y que por tanto son tan antiguos como la vida humana. Siempre que una persona particular ha pasado a gestionar intereses o valores concernientes a otras personas, o intereses de carácter público, es obvio que se han dado las condiciones adecuadas para la existencia de un conflicto de intereses, y que en proporción mayor o menor, esos conflictos habrán tenido lugar, se habrán producido. Lo cual no deja de resultar extraño, porque existe la percepción general de que esto de los conflictos de interés es muy moderno, aproximadamente del último medio siglo. ¿A qué se debe esta paradoja? ¿Por qué se habla ahora tanto de conflictos de interés? ¿Por qué se consideran hoy tan importantes, a diferencia de lo que parece haber sucedido a lo largo de siglos y siglos?

Una posible respuesta a tales preguntas es que hoy los profesionales son menos íntegros que en épocas pasadas, que se da en ellos con más frecuencia que antes la corrupción, el cohecho, el fraude y las conductas profesionales incorrectas. Pero este tipo de respuestas choca con una objeción fundamental, y es que resulta difícil pensar que los actuales seres humanos somos muy distintos de los de generaciones pasadas, y que además la nota característica de la nuestra es el aumento de las conductas personales indebidas. En vez de un “progreso indefinido”, como pensaron los filósofos ilustrados del siglo XVIII, estaríamos ante un “regreso”, no sé si indefinido, pero sí muy marcado. La humanidad sería cada vez peor. Pero afirmar esto parece tan poco sostenible como lo fue la tesis contraria, la del progreso indefinido. Si hay que dar una respuesta al fenómeno del conflicto de intereses, parece que debe ser otra.

Personalmente pienso que la actualidad del tema del conflicto de intereses no se debe a razones personales sino estructurales; no es que los seres humanos, o los profesionales, seamos peores que antes; es que las cosas han cambiado. Ha cambiado la estructura de la sociedad, ha cambiado el rol de los profesionales, y en consecuencia ha sido necesario poner a punto nuevos sistemas de control profesional. Uno de ellos es esto que hoy se conoce con el nombre de “declaración de conflicto de intereses”. Lo que es realmente nuevo, lo que no ha existido nunca antes y no deja de llamarnos la atención, es la figura de la declaración del conflicto de intereses que se ha introducido últimamente y que obliga a declarar, no la existencia de un conflicto de interés, sino cualquier relación que permita

sospechar la posible existencia de un conflicto de interés. Pero volvamos al principio.

Pensemos en lo que ha sido un profesional durante la mayor parte de la historia pasada, a lo largo de siglos y siglos, incluso de milenios. Hace más de treinta años me planteé este problema, y siguiendo una intuición genial de Max Weber, según la cual hay dos tipos de roles ocupacionales, unos positivamente privilegiados o profesiones, y otros que la sociedad privilegia negativamente y que tradicionalmente han recibido el nombre de oficios. Los primeros se caracterizan por ser roles selectos, pocos en número, con un estricto control de la pertenencia y que por tanto actúan dentro de la estructura social como “monopolios”. Los segundos, por el contrario, son roles abiertos, que funcionan conforme a las reglas del “libre mercado”, de tal modo que su poder social es parejo a su tamaño. La tesis de Max Weber es que las profesiones clásicas, como el sacerdocio, la gestión de los poderes públicos o del Estado (los roles legislativo, ejecutivo y judicial) y la medicina, han funcionado tradicionalmente conforme al primer modelo, en tanto que los oficios manuales obedecen al segundo. Los primeros tienen “colegios profesionales”, en tanto que los segundos tienen que agruparse en unas instituciones distintas llamadas en la antigüedad “cofradías” o “gremios” y hoy “sindicatos”.

Partiendo de los análisis de Max Weber, quise estudiar más en profundidad el primero de esos roles sociales, el propio de los profesionales, tomando como modelo el del médico, que a su vez ha estado secularmente muy unido a los otros dos, el rol de sacerdote y el rol de gobernante. Y analizando la documentación

histórica, pude aislar cinco notas que, a mi modo de ver, son las definitorias del rol clásico de profesional. Estas notas son las siguientes: En primer lugar, la "elección": el profesional se ve a sí mismo como una persona elegida. Esta elección puede interpretarse en términos religiosos, como sucedió en muchas culturas primitivas, o seculares, como acontece en el mundo moderno. Los antropólogos han descrito profusamente cómo en muchas culturas primitivas el rol de chaman lo desempeña una persona que posee ciertos rasgos morfológicos particulares, como deformaciones, o ciertas enfermedades, como por ejemplo la epilepsia, que parece hacerles entrar en trance y tener comunicación directa con los poderes superiores. En la Grecia antigua se la conocía con el nombre de "enfermedad sagrada". Esto hacía que el rol social de excepción de estas personas no fuera resultado de la elección por parte de la comunidad sino de los dioses. En el mundo moderno esto ya no es así, pero continúa la misma idea de fondo, bien que secularizada. Es lo que se denomina "vocación". Estas actividades, el sacerdocio, el gobierno, la medicina, se tienen por profundamente vocacionales. No vale cualquier persona para ellas, sino sólo el selecto grupo de los elegidos.

La elección genera una segunda nota, que es la "segregación". La propia elección divina o esa voz interna llamada vocación, sitúan al profesional en un nivel nuevo y distinto al de los demás agentes sociales, le distancian de la población común y le dotan de un estatus particular, claramente privilegiado. Estos elegidos son personas excepcionales dentro de la dinámica del grupo social.

De ahí la tercera nota, el "privilegio". El rol de excepción les sitúa en condición de privilegiados. A ellos no les serán aplicables las normas que rigen para el común de los individuos del grupo. Es más, será conveniente que su "etiqueta" muestre a la población la excepcionalidad de su rol, de tal modo que los demás lo identifiquen, reconozcan y acaten. De ahí que su vestimenta no pueda ser igual que la de los demás, especialmente cuando ofician como profesionales.

Consecuencia de lo anterior es la cuarta nota, la "impunidad jurídica". El Derecho no se les aplica, no sirve para sancionar sus conductas, aunque sólo sea porque ellos son la fuente de ese mismo derecho. Este es, quizá, su mayor privilegio, y sus últimas consecuencias llegan hasta el día de hoy. Es sabido que, según la Constitución española de 1978, "la persona del Rey es inviolable y no está sujeta a responsabilidad" (Art. 56.3). Por otra parte, de siempre se ha sabido que el médico es no sólo quien cura sino también quien dice lo que es enfermedad; por tanto, no sólo aplica la norma sino que la establece. Este es el gran privilegio de las profesiones, y el que hace que el derecho común no les resulte aplicable.

De ahí la quinta y última nota de los profesionales, la "autoridad moral". Del profesional se espera que sea moralmente intachable; más aún, ejemplar. Y la razón de ello es obvia: tiene en sus manos valores muy preciados por los seres humanos, la vida, la salud, la justicia, la pervivencia más allá de la muerte, etc. Estos valores tienen la característica de que su mera lesión causa un daño irreparable, razón por la que las sanciones a *posteriori* resultan insuficientes, ya que no sirven para reparar el

daño producido. De ahí que la sociedad busque para la gestión de estos valores personas que, debido a su excelencia, se supone a *priori* que no van a lesionar esos valores con sus actos. Los profesionales tienen en sus manos los valores más preciados, y por tanto han de estar dotados de una gran calidad moral; han de ser, por ello, “excelentes”. Esto es lo que tradicionalmente se ha entendido por “aristocracia”. *Áristos* es en griego el superlativo de *agathós*, bueno, y significa lo mejor o el mejor. Los valores socialmente más importantes no pueden dejarse en otras manos que las de los mejores. De ahí que se les suponga y exija una alta calidad ética. Si ellos fallan, las sociedades pierden sus valores más preciados, se invertebran, como señaló Ortega y Gasset.

Ahora se entenderá por qué los profesionales han estado tradicionalmente más allá de la ley, y por qué también en ellos son clásicos los documentos éticos, en forma de “juramentos”, “plegarias”, “códigos”, etc. El ejemplo de la medicina es paradigmático. Desde sus orígenes en el mundo occidental ha tenido una clara conciencia de la importancia de la ética, como lo demuestra no sólo el texto del Juramento hipocrático, sino todos los otros documentos de contenido moral del *Corpus hippocraticum*, como los titulados Sobre la decencia, Preceptos y Sobre el médico. Pero eso mismo sucede en los libros de formación de sacerdotes, y en toda la literatura sobre la educación de los futuros gobernantes, cual es el caso de los tratados titulados de *regimine principum*.

Las citadas cinco notas, elección, segregación, privilegio, impunidad jurídica y autoridad moral, han sido a mi modo de ver las definitorias del rol social de los profesionales a lo largo de

los siglos. A una conclusión pareja llegó Talcott Parsons en los años treinta del siglo XX, cuando llevó a cabo su conocida investigación sobre las profesiones. De las clásicas, consideró que sólo la medicina había sido capaz de asumir el fenómeno de la ciencia moderna, habida cuenta de que el sacerdocio seguía ejerciéndose hoy como en tiempos muy remotos, y que el Derecho actual tampoco difería sustancialmente, por ejemplo, del Derecho romano. Así que decidió hacer una encuesta social sobre las notas características de los médicos, porque pensó que las conclusiones que extrajera de ellas serían fácilmente extensibles al conjunto de las profesiones. Y las notas que encontró fueron cuatro: “universalismo” (del profesional se espera que atienda a todos, amigos y enemigos, sin ningún tipo de favoritismo o acepción), “especificidad funcional” (el profesional es autoridad e impone su ley en el ámbito específico de su actividad), “neutralidad afectiva” (no prevaliéndose de su condición de autoridad en beneficio propio) y “orientación a la colectividad” (del profesional se espera que atienda a todos, incluso cuando estos no cumplan con su parte en la relación, como puede ser el caso de los pobres, etc.). Como podrá advertirse, son notas, de nuevo, que definen un rol excepcional y de muy elevada condición moral.

Como consecuencia de todo lo anterior, se pensó que había dos tipos de personas, y por tanto también dos tipos de ética o dos moralidades. Una es la llamada “moralidad común”, propia de la mayoría de los miembros del grupo social, y la otra la que se denominó “moralidad especial”, propia de los profesionales. Ya conocemos algunas notas de esta última. Pero hay otras no menos importantes. Una es la obli-

gación de “secreto”. Del profesional se espera que no revele aquellas cosas que conoce en el proceso de su actividad profesional. Y otra el “altruismo”, el no ver su actividad como un negocio mercantil puro que busca sobre todo el beneficio propio, sino como una actividad orientada al bien común.

Hasta aquí llega la descripción de lo que podemos denominar el paradigma clásico de las profesiones. Basta su mera formulación para que se abran todo tipo de interrogantes. La primera sospecha es que esa idea de las profesiones, por más que haya pervivido a lo largo de siglos, ha entrado en crisis en nuestros días, o quizá un poco antes, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Y, en efecto, así parece haber sucedido. La gravedad de la crisis ha sido interpretada de modos muy distintos por los propios profesionales y por la sociedad. Los profesionales comenzaron pensando que todo se debía a la existencia de miembros indignos, corruptos, que no cumplían con los deberes que la profesión exige. Se trataría, pues, de sujetos aislados que era preciso controlar y, a ser posible, expulsar del cuerpo profesional.

Esa fue la respuesta en un principio más frecuente entre los profesionales. Pero el tiempo ha acabado convenciendo a todos de que no se trata de un problema meramente coyuntural, debido a la existencia de ovejas negras infiltradas en el cuerpo de las profesiones, sino de un problema más grave de tipo estructural. Las cosas han cambiado tanto, que ya no volverán a ser lo que fueron durante tantos siglos. Las relaciones humanas se han horizontalizado, y las jerarquías han sufrido críticas durísimas. De hecho, en la segunda mitad del siglo XX todos los roles positivamente privilegiados

han entrado en crisis. La sociedad se niega a aceptar que pueda haber personas o grupos con una moralidad distinta de la común. De ahí la crítica implacable a que han sido sometidos todos los grupos que reclamaban para sí una moralidad especial. Esto pasó con la milicia en los años de la guerra de Vietnam, con el sacerdocio en los del concilio Vaticano II, con la medicina a partir de los años setenta y la aparición de los códigos de derechos de los enfermos. Nadie se ha librado de esta crítica, incluidos jueces, políticos, jefes de Estado y los propios monarcas. A todos se les ha acabado la impunidad jurídica, y los hemos visto compareciendo ante los tribunales de justicia, algo impensable hasta hace muy pocas décadas.

El hecho de que esos clásicos roles de excepción hayan perdido su antigua impunidad jurídica demuestra bien que las viejas “profesiones” han empezado a equipararse a los clásicos “oficios”, ya que a éstos sí se había venido aplicando el control jurídico desde tiempos inmemoriales; al menos, desde la época del código de Hammurabi. Y es que, en efecto, en las últimas décadas del siglo XX profesiones y oficios han ido perdiendo sus anteriores contornos, hasta nivelarse y confundirse. Todos deben estar sometidos a la misma ley, y de todos se espera que cumplan con las normas propias de la denominada “moralidad común”. Abajo los privilegios y las moralidades especiales.

Pero las cosas no son tan sencillas. Pronto se vio que los valores que gestionan y promueven los distintos roles ocupacionales son muy distintos, por lo cual las responsabilidades jurídicas y la calidad moral han de ser también diferentes. Esto ha llevado a la teoría hoy

vigente en el área de los roles ocupacionales. Todos se hallan regidos por el mismo derecho y por las normas de la moralidad común, pero aplicadas diferencialmente de acuerdo con el rol ocupacional de cada uno. Esto es lo que se ha dado en llamar “moralidad común con especificidad de rol”. No hay duda de que la responsabilidad del piloto de avión es mucho mayor que la del barrendero, y la del cirujano más elevada que la de quien no tiene en sus manos la vida de otra persona. No todos los roles son iguales, porque no todos gestionan el mismo tipo de valores. Hay valores más apreciados que otros, de modo que su lesión es también más grave. De lo que se deduce que no todo el mundo gestiona el mismo poder en su actividad profesional. El poder existe y no puede hacerse ascas. El gobernante maneja mucho poder, y el juez y el médico también. Sería utópico y absurdo negarlo. Lo importante no es acabar con el poder, cosa ilusoria, sino gestionarlo bien.

Así las cosas, nos encontramos con un problema que ya tenía planteado y resuelto a su modo el paradigma clásico. Se trata de que cuando los valores que están en juego son muy importantes, la mera sanción de las conductas incorrectas, que el Derecho no puede llevar a cabo más que a *posteriori*, llega siempre tarde, porque el daño producido difícilmente podrá revertirse, y los demás tipos de compensación, como por ejemplo económica, resultan a todas luces insuficientes. Parece necesario poner a punto un sistema que asegure la prevención de las conductas incorrectas, a fin de proteger y promover al máximo los valores en juego. El Derecho para esto no posee instrumentos excesivamente útiles. Su método ordinario, la sanción, no sirve para esto. Pero puede

establecer normas preventivas de conductas incorrectas, de modo que eviten que se comenten infracciones que, esas sí, serían objeto de sanción.

La perspectiva jurídica: las declaraciones de conflictos de intereses

Con esto aterrizamos en el tema de las “declaraciones de conflictos de intereses”. Lo primero que es preciso decir es que esta figura ha nacido en las últimas décadas, debido a la crisis del rol profesional clásico, que tenía su propio sistema de control de calidad o de búsqueda de la excelencia. Hemos dado todo este amplio rodeo para entender el porqué de esta figura de control de las conductas incorrectas y de promoción de la calidad. Lo segundo es que se trata de una creación jurídica, no con el objeto de sancionar actos de corrupción, cohecho, fraude o cualquier otra figura, sino de prevenir las malas prácticas. De ahí que la declaración de conflictos de interés se haya convertido en un elemento clave de lo que hoy suelen llamarse “códigos de buenas prácticas” en muy distintos dominios.

¿Pero qué son intereses? En la psicología antigua, la de Aristóteles y sus coetáneos, había una facultad o potencia llamada *órexis*, término que los latinos tradujeron por *appetitus* y que se vierte por lo general al español como “deseo”, aunque también es posible traducirlo por “interés”. La tesis subyacente a esta teoría es que la potencia intelectual, el *noûs*, ve las cosas y lo que conviene hacer, pero no tiene fuerza motriz, no lanza a la acción. Esto es lo propio del deseo o del interés. De lo que se deduce que el término interés es sumamente

genérico, y viene a identificarse con todo móvil humano. Los intereses no son en principio negativos, sino positivos, ya que sin ellos no se llevaría a cabo acción alguna. Los intereses son nuestros motores, los que nos llevan a actuar.

Pero hay más. Es que esos intereses, dado que son siempre varios, entran con inusitada frecuencia en conflicto entre ellos. La vida humana está tejida de conflictos entre intereses. Lo cual no es ni bueno, ni malo; simplemente, es.

Esto plantea un pequeño problema, y es que la expresión “conflictos de interés” es, cuando menos, ambigua. ¿Quién no tiene intereses, y quién no tiene que decidir sobre intereses en conflicto? ¿Es eso lo que necesita detallarse en las declaraciones de conflictos de interés? Por otra parte, los intereses son tantos y tan variados, y los conflictos tan frecuentes, que declarar todos resultaría prácticamente imposible. Estaríamos exigiendo a los sujetos que hicieran unos ejercicios de introspección o de examen de conciencia que ya quisieran para sí los grandes maestros de la vida espiritual.

Se me dirá que con la expresión “conflictos de interés” no nos estamos refiriendo a eso tan genérico sino a algo mucho más concreto. Es que hay intereses buenos y malos, correctos e incorrectos, y de lo que se trata es de atajar estos últimos. Lo cual obliga a preguntarse cuáles son los intereses incorrectos. Inmediatamente se responderá que los prohibidos por la ley, o los que generan conductas sancionadas por la ley, como sucede en los casos de corrupción, de cohecho, de fraude, etc. De ser esto así, resultaría que se está pidiendo al propio sujeto que se declare culpable ya antes de haber

llevado a cabo el acto, habida cuenta de que la declaración de conflicto de intereses tiene que realizarla previamente a la realización del acto. Pero si algo tiene claro el derecho, es que no puede pedir a nadie que se autoinculpe.

Con esto tenemos dos posibles sentidos del término “conflicto de intereses”, que cabe denominar uno amplísimo y el otro estrictísimo. En este último, los intereses a declarar son sólo aquellos que dan lugar a conductas que la ley ha sancionado ya como incorrectas o ilegales. Pero si en el primer caso hemos dicho que la declaración resulta simplemente imposible, en este segundo habría que decir que es inútil, ya que no consistiría en otra cosa que en la autoinculpación, incluso antes de que se lleve a cabo la lesión del bien jurídico.

Entre esos dos sentidos del término interés, el amplísimo y el estrictísimo, hay otro que cabe denominar propio o estricto. Lo que la declaración de conflicto de intereses pretende es que las personas declaren no ya algo que es claramente antijurídico, sino todo lo que quepa hacer sospechar que el acto puede lesionar un bien jurídicamente protegido. Se trata de hacer públicas todas aquellas cosas que puedan influir en la decisión de hacer algo jurídicamente incorrecto, y que por tanto pueda mediatizar la voluntad del sujeto en un sentido, haciéndole tomar una decisión lesiva de un bien jurídicamente protegido. Así, el político tendrá que hacer pública su declaración del IRPF, mostrando o demostrando no sólo que no tiene un patrimonio sospechoso, sino que es casi un pordiosero, porque en caso contrario se ganará la animadversión de la ciudadanía y perderá muchos votos. Y el profesional de la medicina que prescribe fármacos deberá

firmar y afirmar que no tiene ningún tipo de relación económica directa con, por ejemplo, los laboratorios que producen tales fármacos, no sea que esa relación pueda inducir su práctica prescriptiva. Por si acaso, la empresa farmacéutica, según las nuevas normas de Farmaindustria, habrá de publicar en su página web todas las donaciones económicas que, por cualquier vía o motivo, haya realizado a un médico prescriptor, aun por motivos completamente ajenos a los fármacos que produce. De lo que se trata es de romper la cadena entre productor y prescriptor, de tal modo que nadie pueda sospechar que haya intereses comerciales induciendo en la prescripción del profesional. La consecuencia es obvia: ciertos profesionales de la medicina se niegan a recibir dinero por cosas tan banales como asistir a una reunión científica, por el hecho de que su nombre saldrá publicado en la página web de la empresa. Una función que las empresas farmacéuticas, con razón o sin ella, venían ejerciendo desde hace mucho tiempo, la de financiar parcialmente la formación continuada de los profesionales, se ve ahora seriamente comprometida. Y empieza a cundir la opinión de que, como siempre, van a acabar pagando justos por pecadores.

Una vez aclarado en qué consiste la “declaración de conflicto de intereses”, cabe preguntarse si está resultando eficaz, es decir, si está consiguiendo controlar los abusos por los que nació. Si fuera así, serían justificables incluso sus consecuencias negativas, esas que podrían atribuirse a lo que ahora se llama el “fuego amigo”. Como ha pasado ya algún tiempo desde su puesta en práctica en ciertas áreas, como el de las publicaciones científicas, es posible evaluar sus primeros resultados. Y

la respuesta es, o bien negativa, o bien dudosa. Dicho en otros términos, la declaración de conflicto de intereses no ha acabado con la lesión de los bienes jurídicos que hicieron pensar en ella, es decir, las malas prácticas profesionales, del tipo de la corrupción, el cohecho, el fraude, etc. Los casos de corrupción, por ejemplo, son tan frecuentes o más ahora que en épocas anteriores, y en ámbitos más concretos, como el propio de las ciencias biomédicas, la llamada *scientific misconduct* o profesional *misconduct* es decir, el fraude en las publicaciones científicas, cobra cada año cifras que superan la de los anteriores. Esto puede no deberse necesariamente a un aumento de las conductas incorrectas, sino a que, debido precisamente a que ahora los autores firman las declaraciones de conflictos de intereses, esas conductas incorrectas son ahora más fáciles de identificar y salen en mayor número a la luz. Pero en cualquiera de los dos casos, es evidente que tales conductas siguen dándose y que la declaración de conflicto de intereses no parece haber disminuido su número. Más aún, existe la sospecha, incluso el convencimiento, de que muchas de esas declaraciones, que son por lo general declaraciones de no conflicto de intereses, son falsas. El ciudadano desconfía de que las declaraciones de patrimonio de los políticos no estén trucadas, y en el caso concreto de la medicina, el evitar toda sospecha de relación directa entre productor y prescriptor, no impide que se abran otras vías, por supuesto indirectas, que acaben dando como resultado situaciones muy parecidas a las que se pretendían evitar. Y qué decir de los *curricula* profesionales y de la frecuencia del fraude incluso en las mejores publicaciones científicas. Por citar sólo un caso, valga el re-

centésimo de Paolo Macchiarini, que ha hecho dimitir hace sólo unas semanas a toda la plana mayor del prestigioso Karoliska Institute.

Lo dicho no priva de valor a las declaraciones de conflictos de interés, o quiere decir que sean completamente inútiles. Pueden ser necesarias para prevenir ciertas conductas incorrectas, pero desde luego no suficientes. Y ello por una razón muy elemental, porque la ley es siempre un epifenómeno de los valores con vigencia en una sociedad, de tal modo que si no actuamos a este otro nivel, la propia ley nacerá ya sesgada, y en caso contrario resultará casi imposible de aplicar. Tanto en un caso como en el otro, la eficacia de la ley será muy limitada.

La perspectiva ética: la deliberación sobre los conflicto de valores

El exigir a las personas que desempeñan roles destacados el declarar públicamente sus posibles conflictos de interés, no hay duda de que ha sido un paso importante. Pero la cuestión está en si con eso podemos darnos por satisfechos, o si se precisa ir más allá, y en este último caso, a dónde y cómo.

En tanto que figura típicamente jurídica, creada por el derecho con el objetivo de prevenir la lesión de bienes jurídicos, resulta obvio que por “intereses” hay que entender aquellos bienes que la legislación tiene por tales, y que cuando no es este el caso, no puede hablarse de conflicto de intereses, ni ha lugar a declaración alguna en tal sentido.

Algunos ejemplos pueden servir de ilustración. El primero es el de la “usura”. La

legislación de la mayor parte de los países la prohibió a lo largo de casi toda su historia. España promulgó hace escasamente un siglo, el 23 de junio de 1908, una “Ley de represión de la usura”, generalmente conocida como “ley Azcárate”. Ni esta ley, ni su modificación de 8 de enero de 2001, fija el porcentaje de interés que debe considerarse usurario. Sí lo hace la jurisprudencia, que lo fija en cifras comprendidas entre el 30% y el 40%, según sea el tipo de interés vigente en cada momento en el mercado. Los interés inferiores, la ley los considera normales, por lo que no cabe hablar de usura, ni en consecuencia de conflicto de intereses. Lo que es usura, por tanto, no lo fija el Derecho sino la sociedad.

Puestos ya a hablar de los bancos, cabría recordar lo que ha sucedido con el famoso tema de las acciones o participaciones “preferentes”. Las emitían las entidades financieras, esas que hasta hace no más de cuarenta años tenían por negocio prestar dinero a un cierto interés. Ese tipo de actividad se agrupa hoy bajo el nombre genérico de “banca comercial”, para distinguirla de otra, que de la noche a la mañana creció dentro de esas mismas instituciones y acabar cobrando un cuerpo desproporcionado, y que se conoce como “banca de inversión”. Se trató de un proceso del que los ciudadanos no fueron conscientes hasta que no se produjo el escándalo de las “preferentes”. Resulta que el banco comercial se había convertido en banco de inversión, utilizando a sus clientes como inversionistas, casi sin ellos darse cuenta. La cosa no hubiera tenido mayor importancia, si en esa utilización del cuentacorrentista el banco no hubiera incurrido en un flagrante conflicto de intereses. En tanto que institución bancaria, su objetivo es ganar dine-

ro, cuanto más mejor. Pero eso es también lo que pretende el cliente. Está claro que ambos intereses se contraponen, y que en el proceso el banco no será tan neutral como el cliente desearía. Así las cosas, ¿debería exigirse al banco que hiciera una declaración previa de intereses?

Otro ejemplo es el de una figura de la deontología médica clásica, conocida con el nombre de "dicotomía". El diccionario de la RAE la define así: "Práctica condenada por la recta deontología, que consiste en el pago de una comisión por el médico consultante, operador o especialista, al médico de cabecera que le ha recomendado un cliente". Dejando de lado lo de la "recta deontología", es claro que en la dicotomía hay un caso flagrante de conflicto de intereses, pero del que nada dice el Derecho positivo. ¿Resulta en ese caso necesaria la declaración de intereses, o no? Se dirá que eso de la dicotomía es cosa de otros tiempos, cuando no había pago por terceros, dado que hoy, cuando el profesional, tanto público como privado, ejerce su actividad por lo general en un centro asistencial donde coexisten todo tipo de especialidades, todo es dicotomía o nada es dicotomía. Eso explica que haya prácticamente desaparecido de los códigos de ética médica. El de España se limita a decir: "Los honorarios médicos serán dignos y no abusivos. Se prohíben las prácticas dicotómicas, la percepción de honorarios por actos no realizados y la derivación de pacientes con fines lucrativos entre instituciones y centros" (Art 66.3). Pero es que la dicotomía tiene hoy un rostro distinto y recibe un nuevo nombre. Se trata del *managed care*, lo que se ha traducido al español como "gestión clínica". ¿Puede el profesional recibir beneficios directos en pro-

porción a las pruebas que pida, o más bien que no pida, y por tanto al dinero que ahorre? No hay duda de que estamos ante un superlativo conflicto de intereses, ¿pero deben declararlo los profesionales?

Por muchas vueltas que demos al asunto, siempre resultará que toda la teoría de la declaración de conflicto de intereses se ha establecido como un mecanismo preventivo de protección de bienes jurídicos, a fin de que estos no resulten lesionados. Pero el problema está en si eso es suficiente, si no resulta preciso ir más allá de lo que se denominan bienes jurídicos. Veamos en qué sentido.

El Derecho es un epifenómeno surgido desde el sistema de valores propio de cada sociedad. Los bienes jurídicos son tales porque así los considera la sociedad. Ésta, la sociedad, tiene algo previo a esos bienes jurídicos, que generalmente conocemos con el nombre de valores. Estos son los que luego pueden convertirse en bienes jurídicamente protegidos. Los valores, en principio, no son bienes jurídicos, o a lo más son bienes jurídicamente protegibles, pero no siempre ni necesariamente protegidos.

Pues bien, la ética se sitúa en el nivel de los valores, no de los bienes jurídicos. Su objetivo es trabajar con la sociedad en la deliberación sobre sus valores y la posterior toma de decisiones correctas. Introducir el término valor requiere una breve explicación, sobre todo hoy que cunden los errores y malentendidos en torno a la teoría del valor. La valoración es un fenómeno espontáneo y natural en el ser humano. Todo lo que vemos, pensamos, sentimos, imaginamos, etc., lo sometemos inmediatamente a un proceso de valoración: nos

parecerá bueno o malo, bello o feo, interesante o aburrido, etc. Valorar no es opcional en los seres humanos. Todos valoramos, y valoramos necesariamente. De ahí que se trate de un fenómeno universal en nuestra especie.

La valoración comienza siendo subjetiva, es decir, algo que interiormente sentimos y pensamos. Pero, igual que antes dijimos de los intereses, tiene la característica de que mueve a la acción. La inteligencia no mueve, simplemente ve o entiende. Lo que mueve es que eso que vemos o entendemos, lo estimamos interesante, o importante, o necesario, o bueno, etc. Actuamos porque valoramos positivamente el objetivo del proyecto. En caso contrario, nadie haría nada. El acto consiste siempre en lo mismo, en la realización de algo que estimamos y que aún no existe. Lo que hacemos al actuar es "añadir valor" a las cosas. Al pintar un cuadro añadimos valor estético al lienzo, etc. Y como el valor queda objetivado en la cosa a la que añadimos valor, el cuadro, la casa que construimos, etc., resulta que esos valores que comenzaron siendo subjetivos se objetivan a través de nuestros actos, cobran cuerpo y vida propia, distinta de la nuestra. El cuadro, una vez pintado, empieza a existir por sí mismo, y la belleza que hemos plasmado en él se independiza de nosotros, entrando a formar parte de lo que Hegel llamó "espíritu objetivo", es decir, de lo que comúnmente conocemos con el nombre de "cultura". La cultura no es otra cosa que el depósito de valores de una sociedad. Un depósito tan objetivo, que será parte de la herencia que dejaremos a nuestros hijos. Como dijo Zubiri, el legado que recibe cada generación de la anterior está compuesto por una "transmisión genética" y una "tradición cultural". Esta última consiste

en el depósito de valores que hemos ido objetivando a través de nuestros actos, y que quienes nos sucedan no tendrán más remedio que asumir. Luego, cuando sean adultos, podrán intentar modificar ese depósito a través de sus actos. Pero tienen que comenzar asumiéndolos como propios. Tan objetivo es esto de los valores. Hay sociedades corruptas, porque la corrupción, un disvalor, se ha objetivado en ellas a través de los actos de sus miembros.

Los valores, pues, son objetivos, y constituyen el alma de toda sociedad. Los valores son de muy diversos tipos, estéticos, religiosos, sociales, jurídicos, económicos, etc. Todos ellos pueden dividirse en dos grupos, uno con los denominados valores instrumentales, o técnicos, o por referencia, y otro con los valores intrínsecos o valores en sí. Esta distinción es muy importante, porque los primeros se miden en unidades monetarias, en tanto que los segundos tienen valor con independencia de su precio. Ni que decir tiene que estos son los más importantes; su valor, de hecho, es inapreciable. Pues bien, la importancia de utilizar el lenguaje del "valor" en vez del de los "intereses", está en que por intereses suelen entenderse siempre los llamados "intereses materiales", es decir, los económicos. La lengua distingue perfectamente el singular "interés", que tiene un sentido muy general y viene a identificarse con valor sin más, y el plural "intereses", que suelen ser sólo los intereses económicos. Esto quiere decir que con el plural intereses sólo se hace referencia a los valores instrumentales, no a los intrínsecos. El conflicto de intereses suele hacer referencia a un conflicto entre el interés económico, por una parte, y un valor jurídicamente protegido, por otra. Lo que con la declaración de conflicto

de intereses se quiere dar a entender es que el interés monetario no lesionará ningún bien jurídico. Ya hemos dicho antes cuáles son las razones por las que en ética debe hablarse de valores y no de bienes jurídicos. Y ahora añadimos que el conflicto moral no es “conflicto de intereses” sino “conflicto de valores”, porque surge cuando hay en juego dos o más valores que entran en conflicto, se hallen o no positivizados como normas o leyes.

El objetivo de la ética es enseñar a los ciudadanos a resolver del modo óptimo los conflictos de valores. No es tarea fácil. En primer lugar, porque los conflictos generan angustia en el ser humano y ésta hace que tomemos decisiones instantáneas, irreflexivas, por lo general poco prudentes. Los conflictos de valores no hay otro modo de resolverlos que deliberando. Si la consigna jurídica ha sido “declarar conflictos de interés”, la ética no puede ser otra que la de “deliberar sobre los conflictos de valor”. El objetivo de la deliberación es buscar la salida óptima, es decir, aquella que promueva más la realización de todos los valores en juego o que los lesione en menor medida. No se trata de negar los intereses, se trata de controlarlos dentro de límites razonables y prudentes a través del procedimiento de la deliberación. Si aprendiéramos a deliberar correctamente, nuestras decisiones ganarían en calidad y las propias declaraciones de conflictos de interés resultarían más fiables.

La deliberación sobre los conflictos de valor tiene por objeto el que tomemos decisiones razonables, prudentes, responsables o sabias. Su función es, por tanto, preventiva, evitar las decisiones incorrectas. La educación moral tiene siempre carácter preventivo. Hemos

visto que la declaración de los conflictos de interés ha surgido para cumplir una función similar, dado que también es preventiva. Entre ambas hay, sin embargo, una diferencia fundamental. En el caso de la ética se trata de autocontrol, del control que ejerce sobre sí mismo una persona moralmente autónoma. En el de las declaraciones de conflictos de intereses, por el contrario, se apela al heterocontrol, a la exigencia externa que impone un requisito si alguien quiere que recibir una ayuda económica o que su artículo aparezca publicado en una revista de alto índice de impacto. Dicho en términos más propios de la ética, si bien los dos son procedimientos preventivos, el primero es estrictamente autónomo, en tanto que el segundo es a todas luces heterónimo. Parece un puro matiz, pero se trata de una diferencia esencial.

Se me dirá que esto es poco operativo. Pero yo respondería que, sin embargo, es muy educativo. Y que educar en los valores y en la resolución correcta de los conflictos de valor, es el objetivo de la ética. Ese es nuestro gran déficit, el que está en la base de todos estos conflictos que pretendemos arreglar mediante artefactos legales, sin advertir que el elemento preventivo fundamental es y será siempre la educación en valores, la educación moral de la sociedad en la autonomía y el autocontrol. La gran perversión de nuestra sociedad occidental está en que, a partir del siglo XVIII, como ha denunciado en más de una ocasión Heidegger, hizo una opción preferencial por los valores instrumentales en detrimento de los intrínsecos; más concisamente, por el dinero en vez de por los valores que los economistas llaman intangibles. Y así nos va. Esa opción es también de valor, y por tanto es algo

que se objetiva, entrando a formar parte de ese depósito objetivo que llamamos cultura. De igual modo que hay culturas corruptas, las hay que han optado por unos valores o por otros. Nosotros hemos optado decididamente por el valor económico. El ciudadano occidental piensa que con el dinero pueden arreglarse todas las demás cosas. Si hay riqueza económica todo lo demás se nos dará por añadidura. Tal es la presunción incons-

ciente de nuestra sociedad. De ahí la obsesión casi enfermiza por el dinero. Y siendo esto así, ¿puede extrañarnos la frecuencia del fraude, de la corrupción, del cohecho, de la falsedad documental? ¿Conseguiremos a través de la llamada "transparencia", o de la publicidad que genera la declaración de intereses, poner coto a tanta conducta inmoral? Pienso que no, entre otras cosas porque reducir la ética a la transparencia o a la publicación de las conductas incorrectas es, simplemente, no saber de qué se está hablando. Que pudiera ser, justo, que está sucediendo.

