

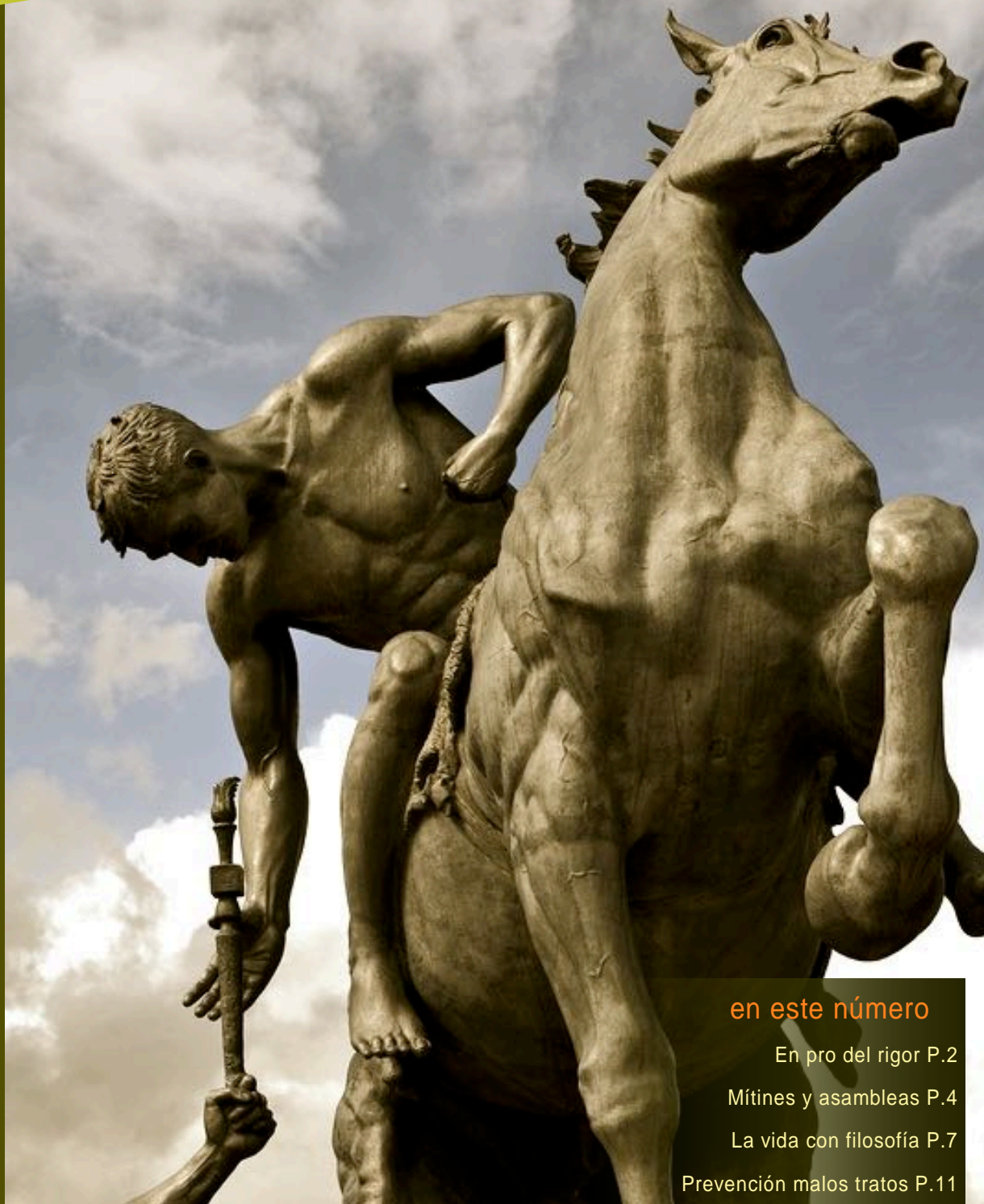
Nuestro objetivo

La bioética es una disciplina que ha ido cobrando una importancia creciente a lo largo de las últimas décadas.

Reflexionar seriamente sobre temas que afectan a la vida y la salud de las personas supone no sólo un reto intelectual, sino un compromiso de responsabilidad con nuestro tiempo y con la sociedad. De ahí que la labor de formación y de investigación en bioética sea una tarea necesaria y apasionante.

La bioética se ha convertido en muchos casos en lugar de defensa de posturas radicales que, lejos de ejercer una labor de argumentación y decisión prudente, conducen a la condena y al desprecio de las opiniones diferentes.

El objetivo de esta revista es contribuir a la difusión y el desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa. En la que las opiniones valen por la fuerza de los argumentos que aportan. En la que se escuchan todas las posiciones y se valoran las aportaciones de las diversas aproximaciones y enfoques a las cuestiones. En la que no se buscan verdades absolutas, sino un ejercicio de prudencia, de responsabilidad, de reflexión, de auténtica deliberación.



en este número

- En pro del rigor P.2
- Mítines y asambleas P.4
- La vida con filosofía P.7
- Prevención malos tratos P.11
- Caso clínico comentado P.22
- Variación ley de autonomía P.32
- Escribiendo sobre el cáncer P.34
- La eficiencia P.36
- Ajedrez P.38

Bioética

Bioética Complutense es un Boletín del Grupo de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. España.

El Grupo de Bioética está constituido por profesores, estudiantes e investigadores vinculados a la Facultad de Medicina.

Su objetivo es la docencia y la investigación en las áreas de Bioética y Humanidades Médicas.

Consejo Editorial

Directora: D^a. Lydia Feito Grande

Colaboradores:

D. Fernando Abellán
D^a. Gracia Álvarez
D. José Ramón Amor Pan
D. Antonio Blanco
D. David Curbelo
D. Tomás Domingo Moratalla
D^a. Marije Goikoetxea
D. Diego Gracia Guillén
D. José Antonio Martínez
D. Ricardo Paez
D^a. M.L. Zurbanobeaskoetxea

El boletín se publica trimestralmente.

Las opiniones expresadas en este boletín son las de sus autores y en ningún caso expresan la posición del grupo en su conjunto ni de la Facultad.

Para sugerencias, aportaciones, opiniones, o cualquier comentario, contactar con:
boletindebioetica@gmail.com

Se ha celebrado recientemente el XII Congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, dedicado al tema de la desigualdad. Esta perspectiva social de la bioética, en la que se presta atención a temas socio-políticos es esencial en nuestros días. Más allá del ámbito micro, restringido a la relación clínica y la toma de decisiones en casos concretos en el ámbito asistencial, cada vez más nos damos cuenta de que es necesario tener una perspectiva más amplia para comprender los problemas de modo completo. La visión más específica requiere de un contexto más amplio, que dota de sentido las prácticas profesionales, establece valores que deben observarse, y legitima determinadas acciones en el marco de unos objetivos más ambiciosos. Por eso, no pueden entenderse los casos concretos sin atender a los niveles organizativos, sociales y, en última instancia, al contexto mundial, en el que la clave de interpretación bioética se sitúa en el terreno de la justicia.

Justicia social para evitar las desigualdades que generan que este mundo esté lleno de desniveles, de asimetrías y de falta de equidad. Justicia global para entender que formamos parte de un conjunto mucho mayor, en el que la protagonista es la humanidad. Justicia como sabiduría del equilibrio, de la ponderación de los elementos en juego, de la medida adecuada para cada situación. No es un tema fácil, pero es absolutamente necesario.

Y es que la bioética es, como tantas veces se ha dicho, una ética de la vida. Y la vida es la que cada día afrontan los hombres y las mujeres luchando por sobrevivir, escapando de situaciones injustas. También las situaciones de guerra, de catástrofes, de pobreza extrema son problemas bioéticos de enorme calado. La ética de la vida no puede escapar a estos retos. No es una novedad, pero sí un cambio de énfasis. La bioética tiene que ser cultural, social y política. Hace ya tiempo que autores como Jonathan Moreno insisten en esta bioética "impura", que no tiene reparos en sumergirse en el lodo de los problemas socioeconómicos, para denunciar y tal vez aportar alguna luz en su resolución.

También en un reciente artículo publicado en el Hastings Center Report (*Solidarity in the moral imagination of bioethics*) B. Jennings y A. Dawson proponen que la solidaridad es necesaria como elemento transversal que anima los principios bioéticos. Y se visibiliza en las narrativas: la solidaridad es útil en la narración de las historias que la sociedad cuenta sobre sí misma y sus ciudadanos, y sobre las relaciones entre ellos. Los conceptos de autonomía, beneficencia y justicia cobran significado a través de ella. La tarea de la bioética no es sólo comprender esas historias, sino imaginarlas creativamente, ser capaz de pensarlas de otro modo. Y la solidaridad tiene mucho que aportar a esa imaginación moral de la bioética. Es lo que nos permite entender las conexiones entre los factores que operan en la historia, en las estructuras sociales, en la configuración de las vidas humanas.

Los problemas bioéticos son problemas sociales, son problemas de justicia, se inscriben en contextos que les dotan de sentido, y se hacen evidentes a través de historias, de narraciones de la vida. Los problemas concretos siguen estando ahí, nos exigen una respuesta ética, pero requieren también una reflexión más profunda, más contextualizada. La bioética actual es cultural, es socio-política, es narrativa.

Lydia Feito
Directora



En pro del rigor

Los debates bioéticos están descuidando el rigor y la profundidad. Observando algunas de las discusiones actuales, podemos darnos cuenta de que se simplifican y reducen los problemas, hasta dejarlos adelgazados y sin contenido, quedándose con la mera diatriba entre puntos de vista aparentemente contrarios. Sin embargo, la realidad es multidimensional, es un tejido interactivo en el que el dinamismo aparece como una característica siempre presente. De ahí que exija una aproximación contextual, interdisciplinaria y abierta.

La complejidad nos invita a abandonar los esquemas simplistas. Cada vez va quedando más claro que las distintas aproximaciones epistemológicas nos ofrecen diversas visiones del mundo, ninguna de ellas es necesariamente falsa, pero tampoco completamente verdadera. Por eso, someter la realidad a patrones demasiado estrechos es un intento inútil, pues es más amplia, compleja, diversa e impredecible y, sobre todo, existen en ella mecanismos de interacción y comunicación que son difícilmente explicables con una perspectiva única. De ahí que sea necesaria una auténtica interdisciplinaria, exigida por la propia realidad, en la que los diferentes campos del saber, aún partiendo de su propia especificidad y sin renunciar a ella, busquen un lenguaje común, como único modo posible de ofrecer una explicación, aproximadamente completa, de la realidad. Este es el modo, difícil pero inexcusable a la altura de nuestro tiempo, de dar cuenta de la complejidad y el dinamismo de la razón y de la vida.

Pero además, en los debates bioéticos se cometen errores graves de argumentación. Errores lógicos que, en ocasiones, parecen inconcebibles, pues no pasan desapercibidos y pueden ocultar aviesas intenciones. Entre los más notables están las falacias *ad hominem* —utilizadas profusamente para desacreditar al oponente sin entrar en la validez de las razones esgrimidas—, los fallos deductivos —no se siguen las conclusiones de las premisas— unidos a la falta de coherencia, y la falta de consistencia. Sorprende encontrar tantos errores. Algunos son atribuibles al mero desconocimiento, a un fallo en el uso del lenguaje —tantas veces maltratado—, otros a una falta de atención y cuidado en la construcción de las expresiones de ideas, y a veces son premeditados y manipuladores, y derivan de un uso torticero al servicio de una creencia, convicción o ideología que no se está dispuesto realmente a debatir.

Posiblemente una de las fuentes de incomprensión, malentendidos y controversia es precisamente este problema de lenguaje y razonamiento. Por más que consideremos que en los argumentos de la ética influyen factores que no se reducen estrictamente a la lógica, no es aceptable que los razonamientos carezcan de ella.

Dar razones es un ejercicio que debe estar basado en el rigor, tanto en las definiciones y conceptos empleados, como en la concatenación de consideraciones que pueden llevarnos a justificar que algo es justo, correcto, adecuado, aceptable u obligado desde el punto de vista ético.

Al menos, es exigible que se busque la consistencia de los argumentos, esto es, que no se caiga en una contradicción, que haya coherencia en las razones expuestas y que las creencias expresadas como fundamento de una posición no incurran en una incompatibilidad.

Dado que el objeto de debate es la validez de afirmaciones en las que participan valores, habrá al menos tres aspectos fundamentales a tener en cuenta: en primer lugar, será imprescindible la verdad de las proposiciones. La verdad se plantea como la exposición de datos que sean fiables —es decir, datos descriptivos que sean verdaderos y compatibles con el estado de los conocimientos actuales—.

Pero además, en segundo lugar, existe un requisito de consistencia y validez, que afirma que sobre los datos se apoyan los valores, como estimaciones que deben ser justificables basándose en concepciones morales que puedan tener pretensiones de universalidad. Este recurso trata de eliminar aquellos juicios que no tengan un sustrato suficientemente sólido como para poder aspirar a decir algo sobre lo humano, a defender una idea que se pudiera considerar algo a promover para toda la humanidad. Así, por ejemplo, un juicio moral que afirmara la idoneidad del egoísmo radical como forma de justificar acciones subjetivamente válidas, no podría aspirar a ser universalizable, so pena de incurrir en una incoherencia. De esto se dio cuenta ya I. Kant al afirmar que la universalizabilidad de una máxima es el método para determinar la corrección moral, esto es, el requisito para valorar la consistencia de las afirmaciones en ética. Pero no puede exigirse sin la convicción adicional acerca de la posibilidad de un cumplimiento universal de la ley moral, sin que ello implique incoherencia —en el ejemplo, no se podría defender un egoísmo radical como universalizable, pues si todo el mundo actuara de ese modo, la vida humana sería simplemente inviable—.

En tercer lugar, los juicios de valor incluyen también elementos retóricos, emotivos, performativos. No sólo tratan de decir algo sobre la realidad, sino que expresan lo que las personas sienten, lo que las mueve a actuar, lo que configura una cierta forma de vida en la que comprometen no sólo su razón sino también sus emociones, y, en muchas ocasiones tratan de promover una actuación, convirtiéndose en elementos normativos o reguladores de la acción. Estos componentes no pueden ser excluidos de la argumentación moral, pues un afán racional y cognitivista no daría cuenta del modo humano de pensar. Como ya dijera J. Ortega y Gasset, las personas tenemos ideas, que podemos aprender, defender y reformar, pero “estamos en” nuestras creencias, que nos sirven de soporte firme desde el que observar e interpretar el mundo. Las creencias actúan desde el fondo, como presupuestos implícitos de todo lo que vemos y comprendemos, y están construidas a partir de un tipo de razón que es vital y experiencial, no sólo intelectual. Las creencias nos dotan de identidad moral. Pero también nos colocan una suerte de “filtro” del que conviene hacernos conscientes para entender que son tan sólo una posible perspectiva, parcial e incompleta sobre el mundo.

Así, habida cuenta de la dificultad de encontrar criterios unívocos y juicios evidentes, el mejor esfuerzo que podemos hacer es el de justificar razonadamente las opciones, a fin de encontrar la más prudente. Esta es la labor apasionante en que nos hallamos inmersos porque, como también apuntaba J. Ortega y Gasset, «Nuestra vida empieza por ser la perpetua sorpresa de existir, sin nuestra anuencia previa, náufragos, en un orbe impremeditado.» De ahí que hayamos advertido que la vida es siempre imprevista, y que en ella debemos ir decidiendo cómo hacer el futuro, porque siempre es un proyecto inacabado, y siempre camina hacia delante.

No hay garantías de éxito, pero sí un compromiso responsable en la búsqueda de opciones que configuren un mundo posible aceptable. De nuevo con Ortega, «Vivir es constantemente decidir lo que vamos a ser», por eso es un problema, al que hemos de dar solución. Somos náufragos en un proceloso mar en el que «vivimos sosteniéndonos en vilo a nosotros mismos, llevando en peso nuestra vida por entre las esquinas del mundo.»

Pero hay que hacerlo bien. Los debates no pueden ser estériles representaciones de desacuerdos, basados en errores o simplificaciones, que se resuelven, en el mejor de los casos, de modo pragmático. Es ineludible un auténtico ejercicio de rigor y deliberación. Y esto es aún más necesario ante las enormes dificultades que plantea un mundo en el que sigue siendo cierto que vence el más poderoso, no por la fuerza de sus razones, sino por la razón de la fuerza.

Es preciso no cejar en el empeño de seguir argumentando, de conocer en profundidad las cuestiones para elaborar nuevas respuestas para los problemas, de no conformarse con las respuestas fáciles o los análisis simplificadores, de seguir afirmando que es urgente e importante promover la escucha y el diálogo entre las posturas diferentes, en un esfuerzo siempre inacabado de pensamiento que transforme la realidad.

Lydia Feito Grande

Profesora de Bioética
y Humanidades Médicas
Universidad Complutense de Madrid

Tyrewriter, 1969.
Todd McLellan



El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



Mítines y asambleas

En un año electoral como el que estamos, es difícil el día en el que no se celebra un gran mitin de algún partido de los clásicos o consolidados, o una asamblea de los llamados emergentes, o al menos de algunos de ellos. Su frecuencia hace que los consideremos cosas normales, incluso banales. Sin embargo, conviene dedicar al menos unos minutos a reflexionar sobre ellos.

Como mitin es una palabra inglesa, busco en el diccionario de la RAE su grafía correcta, y ya puestos también su significado. La docta casa da una primera definición muy comedida del término: "Reunión donde el público escucha los discursos de algún personaje de relevancia política y social." Pero tras redactarla debió darse cuenta de su carácter excesivamente pacato, y añade al puro término mitin la expresión "dar el mitin" que define de un modo algo más aguerrido: "Provocar, hablando intempestivamente, situaciones difíciles en una reunión." Así las cosas, parece claro que los políticos no son mítines puros, sino que en ellos se intenta "dar el mitin", es decir, hablar intempestivamente, a voces o gritos, enardeciendo los ánimos de los oyentes y descargando todas las culpas en un chivo expiatorio, por supuesto ajeno al grupo, y que por ello mismo se convierte en su opuesto. La dinámica de grupos hace que quienes asisten al mitin establezcan unos sutiles vínculos de solidaridad entre ellos, lo que a la vez les lleva a ver la personificación de la maldad y la abyección en el grupo opuesto.

Este modo de proceder no tiene nada de extraño. Se da siempre que se consigue enardecer a una muchedumbre con cualquier cosa, una consigna, un objetivo, una hazaña. Da lo mismo que sea religiosa, política o deportiva. Los grupos enardecidos funcionan siempre con la misma lógica. Uno de los primeros en describirla fue Gustave Le Bon, en 1886 en su libro *Psicología de las masas*. En él afirma que las masas poseen "alma" propia, es decir, que funcionan con una lógica peculiar, distinta de la de los individuos, ya que gozan, dice Le Bon, de "unidad mental". Aquí cabría recordar el Fuenteovejuna de Lope de Vega. Fuenteovejuna son todos y no es nadie. "¿Quién es Fuenteovejuna? Todo el pueblo, a una". Una cosa es el pueblo y otra sus individuos. Personas educadísimas en el trato individual, se convierten en auténticos energúmenos cuando asisten a un partido de fútbol o toman parte en un mitin político. Entre los distintos tipos de masas, Le Bon sitúa, con muy buen criterio, las que denomina "masas electorales".



Es probable que un político replicara que el objetivo de los mítines no es ese, sino explicar a la ciudadanía el programa electoral de un partido. Pero esto no pasa de ser un mero argumento retórico. En primer lugar, porque aun suponiendo que en tiempos pasados el objetivo fuera ese, es obvio que hoy, con los actuales medios de comunicación, ese objetivo podría cubrirse por otras vías, sin acudir a algo tan decimonónico como los mítines. Esos otros medios son, naturalmente, la radio, la televisión, internet, el correo electrónico, las redes sociales y un largo etcétera. Se me dirá que también se utilizan todos esos medios para dar a conocer el programa político. Y es cierto. Pero es precisamente analizando el modo como se utilizan esos medios, como surgen pocas dudas de que no se busca exponer el programa propio y ya está, sino enardecer a la población, captar su estima, ponerla emocionalmente a favor de los propios objetivos e intereses y de espaldas a los contrarios. La propaganda política funciona exactamente igual que cualquier otro tipo de propaganda, buscando atraer al lector, al televidente o al espectador por vía más emocional que racional, suscitando en él emociones de aceptación de lo propio y rechazo de lo ajeno, que, como dijera Hume, le lleven, inconscientemente, a pensar que lo primero es por necesidad bueno y lo segundo, malo. Esto es lo que Kahneman ha descrito como el “pensar rápido”, mesencefálico, emocional, muy poco corticalizado. Eso es lo que suscitan y excitan todos los medios de propaganda y marketing, también los políticos. En política no se quiere, ni se promueve el “pensar despacio”, porque se parte del principio, sin duda correcto, de que las elecciones se ganan y se pierden con los votos de la gente, si se prefiere, de la masa, y masa somos en muchas ocasiones todos, con una lógica que no es precisamente la del pensar despacio.

Tan crudo panorama ha hecho que los más jóvenes se declaren en rebeldía. Acabemos con la manipulación de las gentes, promovamos que reflexionen, que opinen, que intervengan activamente en la vida política. El problema de la democracia es que es poco democrática. Profundicemos en la democracia. Pasemos de la pura y dura democracia representativa a la llamada democracia participativa. Es decir, sustituyamos el mitin por la asamblea. He aquí la nueva palabra, la palabra mágica, capaz de enderezar todos los entuertos. Y puestos ya a echar mano del diccionario de la Real Academia, veamos cómo define la asamblea. Su primera acepción dice así: “Reunión numerosa de personas para discutir determinadas cuestiones y adoptar decisiones sobre ellas.” Aquí el término más problemático es el de “numerosa”. Las asambleas políticas son o tienden a ser multitudinarias. La razón es obvia: no puede prohibirse a nadie que participe; aún más, hay que promover la participación activa de todos. Eso es democracia directa. Todos, o al menos muchos, nos estrenamos en el mundo asambleario en los años de Universidad. Cuando yo estudiaba en ella, en los años sesenta, era frecuente que los movimientos políticos clandestinos, en especial el Partido Comunista, organizara asambleas políticas bajo el ropaje de asambleas puramente estudiantiles. Los líderes de esos partidos clandestinos, que en muchos casos eran también los delegados de curso y de Facultad, eran los únicos que sabían bien como organizarlas. Y fue a través de ellos como yo aprendí que las asambleas no podían dejarse a la espontaneidad de los intervinientes, sino que debían prepararse con antelación, de tal modo que ciertas personas, distribuidas estratégicamente entre el público, llevaran el debate a lo que se pretendía conseguir. La razón de esto era obvia: en caso contrario, las asambleas pierden coherencia, orden y objetivo, convirtiéndose en caótico intercambio de punto de vista del que es imposible sacar algo en limpio. Era necesario que alguien dirigiera su dinámica, dando las consignas oportunas. Y a partir de ese momento, la asamblea no corría por cauces muy distintos a los del mitin que se intentaba superar o la algarada del partido de fútbol. De nuevo se imponía la lógica propia de las reuniones multitudinarias, de nuevo aparecía ese “alma colectiva” que los románticos alemanes llamaron *Volksgeist*, un espíritu peculiar y sutil que aparece siempre que se consigue que un grupo numeroso de personas sintonicen emocionalmente entre sí, formen una piña y fíen su suerte a la fuerza de los sentimientos. Puro romanticismo.

Mítines y asambleas. Un buen conocedor del mundo político, Max Weber, acuñó el término *Herrschaft* para denominar este extraño fenómeno que se produce con tanta frecuencia en la vida social y política. Consiste en que quienes mandan, consiguen que los demás les sigan, pero creyendo a la vez que hacen lo que quieren, y que por tanto son autónomos en sus decisiones. *Herrschaft* suele traducirse por dominación. En efecto, se trata de un tipo de dominio, pero muy sutil, ya que se caracteriza por el hecho de que los dominados no se consideran tales sino absolutamente libres y autónomos.

No nos engañemos. La vida política, sobre todo la democrática, nunca dará para más. No puede hacerlo. Sería contradictorio con sus propios objetivos. Lo saben bien quienes se dedican a la organización de las campañas electorales de los partidos políticos, y en general todos los teóricos de la llamada *public choice*. No pidamos más a lo que no puede dar más de sí. Sería idealismo, el gran vicio en el que caen irremisiblemente los que pretenden remoralizar la vida política. La política es lo que es, el puro juego de intereses entre los representantes elegidos por la sociedad, para, precisamente, que defiendan esos intereses. Esto es lo que no puede cambiar, esto es la esencia de la política, porque caso de que cambie, las cosas irán a peor, ya que llevarán a que alguien, algún iluminado, se crea en la obligación de imponer a los demás sus propios valores, por aquello de que él los considera no sólo mejores sino además universalizables.

¿Qué hacer entonces? ¿Hemos de perder toda esperanza? ¿Estamos en el infierno del Dante? Pienso que no. Pero la salvación no puede consistir en pedir a la política lo que no puede dar, sino en actuar en un nivel previo, el de los valores e intereses de la sociedad. Ella, la sociedad, es la que elige a los políticos para que defiendan sus valores e intereses. Eduquemos, pues, a la sociedad en valores y en intereses. He ahí la gran tarea, la que parece que nadie quiere ver. Los países se ganan y se pierden no en la política sino en la educación, la gran olvidada, hasta el punto de que incluso quienes enseñan no tienen ni idea de qué es lo que deben enseñar. Una sociedad bien educada, con un buen sistema educativo, con buenos docentes, será una sociedad con valores maduros, razonables, que no se deja llevar por el “pensar rápido” y sabe dar tiempo al tiempo, es decir, al “pensar despacio”; en otras palabras, que sabe “deliberar”. Se puede deliberar con un pequeño grupo de personas, en la escuela, pero no en un campo de fútbol, y tampoco en un mitin político. La función del profesor, del maestro, no es arengar a sus alumnos, sino enseñarles a deliberar. Y la función de los intelectuales, otro grupo relegado en el mayor de los olvidos, es deliberar en alta voz, es decir, crear “opinión pública”, esa que puede acabar haciendo que los miembros de una sociedad pidan a sus políticos la defensa de valores e intereses también maduros, y que por añadidura puede hacer que los políticos sean también maduros, es decir, personas con sentido de la responsabilidad, que tienen valores maduros y saben llevar a cabo su labor, la de negociar valores e intereses, de modo correcto, responsable, decente, eso por lo que clama la sociedad a la vista de los innumerables casos de corrupción política. Eso no puede verse como una mera crisis política sino como una crisis social. Al final de su libro *La rebelión de las masas*, Ortega escribía: “Se desemboca en la verdadera cuestión: Europa se ha quedado sin moral.” Los países se construyen desde abajo, porque como ya dijera Marx, la política es sólo una superestructura.

Frente a mítines y asambleas, yo propongo algo más humilde, también más difícil, y desde luego de mucho mayor alcance humano: la deliberación.

Diego Gracia
Catedrático Emérito de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid

La vida con filosofía

FILOSOFÍA Y EDUCACIÓN EN LA OBRA DE XAVIER ZUBIRI

(2ª parte)

Como anuncié, voy a continuar aportando los testimonios de algunos de los discípulos de Zubiri sobre su labor filosófica y educativa. Me limitaré a hacerlo en referencia y con mención explícita de sus propias palabras.

Diego Gracia justifica el título de su libro *Voluntad de verdad* por creer «que él condensa mejor que ningún otro el sentido último de la actividad intelectual de Zubiri, y sitúa de forma adecuada su obra en el contexto de la filosofía española contemporánea.»¹ En el epílogo, destinado a mostrar el sentido y alcance de la “voluntad de verdad” en Zubiri, podemos leer, en sus líneas finales, que «Zubiri es la persona en quien varias generaciones de españoles hemos aprendido cómo la vida intelectual tiene su propia especificidad, que consiste en la voluntad de verdad, la voluntad de realidad y la voluntad de fundamentalidad. Lo demás es pura sofística.»² Esta voluntad de verdad, al no consistir ni en una capacidad ni en un acto, sino en una actitud, «no se improvisa. Es, de hecho, un “hábito”, una *forma vitae*»³ que conviene ir conformando desde la juventud y entrenarse en ella desde temprana edad, según aconsejaba ya Platón.

José Luis L. Aranguren, con motivo del fallecimiento de Zubiri, escribió un artículo, “La muerte del maestro y el futuro de la metafísica”, en el que afirmaba: «Fue mi maestro directo, sí, al que creo que más que a nadie debo lo que de nuevo tuviese mi *Ética*». Y proseguía escribiendo, unas líneas después, que «Xavier Zubiri fue, a la vez que el maestro, nuestro amigo.



Contra lo que podría pensarse, no siempre hablaba de filosofía (o de teología), sabía *descansar* de ella y hablar llana y sencillamente. Es más, carecía, creo que muy deliberadamente —el eco comportamental de la *Jugendbewegung*, que le alcanzó, ayudó, sin duda, a ello— de toda prosopopeya filosófica. (Lo que no obstaba a que, con frecuencia y facilidad, se apoderase de él el pathos de la dialéctica y la argumentación, y creciéndose de su pequeña estatura, se manifestase en él el espíritu de la metafísica y, también, en otras ocasiones, el gusto discutido por las agudas preguntas o interrupciones que dejaban suspenso al interlocutor).»⁴

Ignacio Ellacuría, en un artículo titulado “La nueva obra de Zubiri: *Inteligencia sentiente*”, aparecido en 1981, se ocupaba, en la primera sección del mismo, del “Significado socio-cultural de la obra de Zubiri”, tratando de ofrecer «al lector algunas pistas que le puedan servir de introducción contextual a su estudio.»⁵ Y, tras afirmar que Zubiri huye «de todo aquello que pueda distraerle de una seria labor científica» con el decidido «propósito de ir a las cosas filosóficamente»⁶, escribirá: «Que esta tarea no sea puramente didáctica, sino que requiere una enorme dosis de creatividad filosófica, es evidente para quien haya siquiera intentado dedicarse a ella. Pero también es evidente que la necesidad de la aplicación no excluye, sino que, al contrario, exige profundos análisis, que en buena parte son previos y en apariencia de no fácil aplicación o aprovechamiento para la vida social.»⁷ Después, refiriéndose directamente a la actitud vital e intelectual y al modo concreto en que el filósofo cumplió esa vocación «que le signó desde sus primeros años: ir a las cosas mismas filosóficamente»⁸, sostendrá que «Zubiri, hoy como ayer, sigue sin preocuparse del público, y más aún, sigue sin interesarle el éxito. No piensa ni escribe de cara a la gente; escribe y piensa de cara a los problemas; persuadido, eso sí, de que su modo

vocacional de atender públicamente a las personas es, en primer lugar, intentando resolver a fondo problemas, que son en sí mismos radicales, y, en segundo lugar, haciendo respetar estrictamente las fronteras de lo que es la vida intelectual sometiéndose a sus terribles exigencias.»⁹

En 1958 aparecía en México una obra de José Gaos, sus *Confesiones profesionales*, en la que recuerda detalladamente su encuentro con Zubiri, en 1921. Merece la pena reproducir el texto en que lo narra: «Vi y oí a Zubiri por primera vez el mismo día que oí por primera vez a Ortega sin verlo, ni haberlo visto nunca antes. No hacía mucho que yo andaba por la Facultad de Madrid. Aún no había tenido ocasión de conocer a Ortega, catedrático de Metafísica, asignatura del doctorado. Entre los compañeros se hablaba de Zubiri, que iba a acabar la carrera aquel curso, presentando su tesis de doctorado, como de un prodigio; pero, como no seguíamos los mismos cursos, tampoco había tenido ocasión de conocerlo. De pronto, corrí por la Facultad el anuncio de una conferencia de Ortega sobre Don Juan, en la Residencia de Estudiantes. Los compañeros nos propusimos ir todos juntos. Llegó la tarde de la conferencia, y efectivamente nos reunimos muy a primera hora en la Facultad un grupo de compañeros. Allí llegó Zubiri. [...] Había tiempo y decidimos irnos a la Residencia andando bastantes kilómetros. Del camino me ha quedado una imagen que desde hace ya no sé cuánto tiempo se me ha reproducido cada vez —y han sido varias veces— que he recordado estos hechos. Me veo remontando la Castellana dándole la derecha a Zubiri, que muy apretadito en su manteo, lleva en la mano derecha, única libre y móvil, una gran rosa. Es que Zubiri fue explicándome a lo largo del camino la fenomenología entera, volviendo una y otra vez sobre el ejemplo de una rosa: la esencia de la rosa, el nóema de la percepción de una rosa, la nóesis perceptiva de la rosa. [...] A Zubiri, desde aquella subida hasta el Pinar consideré, más que como un compañero, como un maestro —y así sigo considerándolo.»¹⁰



Pedro Laín publicó en 1945 un libro que llevaba por título *Las generaciones en la Historia*. En el atrio del texto figura una “Carta a Xavier Zubiri”, en la que, entre otras cosas, afirma apenas iniciada la misma que «sobre lo menos malo de este libro se proyecta la huella de tu magisterio y tu amistad. La cual huella no consiste tanto en el empleo de alguna de tus ideas, cuanto en la fidelidad o, por lo menos, en el propósito de fidelidad del libro a dos actitudes fundamentales de la mente.»¹¹ Toda la carta —de cuyas líneas fundamentales voy a dejar constancia expresa aquí— no es sino el comentario de esas dos actitudes que, al decir de Laín Entralgo, ha aprendido de Zubiri, y que son la inquietud problematizante y la preocupación conceptual. Acerca de la primera escribe Laín: «De ti he aprendido la lección más importante para todo el que aspira a una vida intelectual medianamente eficaz: que sólo es vivo y verdadero nuestro saber cuando, sin poner en duda nuestra posibilidad de conocer algo con firmeza, contemplamos como permanente problema aquello que sabemos o aprendemos. El haber de nuestra mente está en gran parte edificado con guijarros de aluvión, rutinariamente aceptados como evidentes de suyo o impuestos al ánimo por la sugestiva influencia de la novedad. Por eso, la ardua y constante discriminación entre la usualidad, el deslumbramiento y la evidencia es una de las primeras reglas de la vida intelectual, si no la primera. Así lo he entendido yo, viéndote muchas veces indagar, con denodada resolución, los últimos supuestos históricos y los últimos estratos esenciales de una cuestión cualquiera, fuese vieja o reciente.»¹² Y, una vez indicado que este libro suyo ha nacido de ejercitar modesta y discentemente tal hábito, se refiere a la otra actitud mental, la de cierta preocupación conceptual, en estos términos: «Otra lección tuya, Xavier, late en estas páginas: la obediencia al imperativo del concepto. El saber humano comienza por ser puro asombro y vaga intuición adivinatoria; no merece, empero, la preclara dignidad de su nombre, mientras la originaria intuición no se ha convertido en concepto riguroso, bien articulado, completo, transparente, escueto de aristas. No trato de negar el enorme valor histórico de los intuitivos y metaforistas geniales, como lo fueron, por ejemplo, Nietzsche, Dilthey y Bergson; pero su mérito

intelectual y su eficacia histórica no llegan a los de esos acuñadores de conceptos que saben aunar en sus obras la gracia de la fecundidad y el heroísmo de la ascesis: el mérito y la eficacia de Aristóteles, Santo Tomás, Galileo, Descartes o Kant.»¹³ Un mandamiento este que, según Pedro Laín, no siempre ha podido observar, pero que no es óbice para «reconocer la excelencia de un mandato cuya grandeza, tú, Xavier, me has hecho sentir con fuerza por mí no conocida.»¹⁴



Por esas mismas fechas se estaba escribiendo un libro, aparecido tres años después, que incluía un capítulo titulado “Zubiri o la presencia de la filosofía”. Me refiero al libro de Julián Marías *Filosofía española actual*, en el que se ocupa de Unamuno, Ortega, Morente y Zubiri. En las páginas dedicadas a Zubiri, algunos de cuyos pasajes conviene transcribir en su integridad, hace Marías un retrato del joven profesor universitario que era Xavier Zubiri al comienzo de la década de los años treinta, y rememora la impresión que le produjeron sus primeros contactos. Sus líneas iniciales recogen estos recuerdos personales del autor: «Hace quince años, en octubre de 1931, conocí a Zubiri en una vieja aula de la Universidad madrileña. Desde aquella plataforma con verja de hierro, Zubiri se dirigía a un hemicycle de alumnos de Introducción a la Filosofía, recién llegados a la Facultad. También él inauguraba su función, o al menos una etapa de ella: después de su permanencia en Alemania, reanudaba su magisterio universitario, iniciado en 1926.»¹⁵ Anotada la fecha del encuentro, en el párrafo siguiente se nos habla de la peculiar forma de impartir las clases y de sus consecuencias. Nos dice que «Zubiri hablaba, en voz baja y rápida, de monotonía que no lograba ocultar un acento de sofocada pasión, de la filosofía de los griegos. Los nombres de los presocráticos, casi desconocidos para los oyentes, eran lanzados sin preparación previa, sin precauciones, acompañados de precisiones rigurosas. Cuando el alumno intentaba apoderarse de un párrafo denso, todo novedad, erizado de dificultades, y anotarlo en su cuaderno de apuntes, Zubiri había dicho ya otras cosas más, otras cosas muy graves, irremplazables, piezas necesarias para la comprensión, y aquel primer párrafo era ya inservible. Nada menos “escolar”. Al alumno solía acometerle cierto pavor, un desfallecimiento que hacía detener la pluma sobre el papel. Unos la dejaban ya quieta para siempre; algunos la hacían correr vertiginosamente por las páginas cubiertas de abreviaturas y de algunos signos de desesperación: entre estos últimos se cuentan los que hemos sido los discípulos de Zubiri.»¹⁶ El discípulo Julián Marías trata de explicar esa “nada escolar docencia” diciendo que «Zubiri —justamente por moverse de lleno en ese ámbito [de la filosofía]— sumergía al alumno, desde luego, y sin advertencias, en el “elemento de lo filosófico”. Nada que recordase las artes tradicionales de la pedagogía: ni preparación, ni insinuaciones, ni el menor intento de poner las cosas fáciles. El oyente se encontraba inmerso, sin previo aviso, en el problematismo filosófico, y no tenía más remedio que hacer un esfuerzo desesperado para nadar o resignarse a perecer.»¹⁷ Ahora bien, esa falta de atención a “las artes tradicionales de la pedagogía” no significa ni desprecio por la pedagogía, ni ausencia de pedagogía alguna, sino la puesta en práctica de, quizás, la única pedagogía compatible con la filosofía: la pedagogía que el propio Marías denomina “la técnica del baño de inmersión”. Así lo comenta, al tiempo que da cuenta de sus ventajas: «Solía yo decirle a Zubiri que profesaba la introducción a la filosofía mediante la técnica del baño de inmersión; ya entonces adivinaba que acaso no hubiese otra. Se ha dicho, con aparente razón, que los cursos universitarios de Zubiri eran totalmente inútiles para la mayoría de sus alumnos; y si se trata de la provisión de *ideas* o *informaciones* filosóficas que de ellos sacaban, el balance no es ciertamente muy brillante. Pero yo disto mucho de creer que sólo importe eso; Zubiri ejercía, en primer lugar, una urgente misión *ahuyentadora*: los que no sentían ninguna vocación filosófica ni eran capaces del esfuerzo o *gymnasia* que Zubiri, sobre la autoridad de Platón, reclamaba, se apresuraban a orientar su camino hacia otras disciplinas, lo cual no es escasa ganancia; pero, además, los que se alejaban

**Xavier
ZUBIRI**
CURSOS
UNIVERSITARIOS
VOLUMEN I

Alianza Editorial
Fundación Xavier Zubiri

de la filosofía sin *saber* nada de ella no podían ya confundirla con ninguna otra cosa, por ejemplo, con los sucedáneos que hoy con tanta frecuencia se nos sirven: habían estado en presencia de la filosofía y sabían a qué atenerse respecto a ella; *por* eso no la cultivaban y *por* eso sentían por ella un profundo respeto. Pero, sobre todo, Zubiri introducía, casi violentamente, en la filosofía a los que sentían la llamada de ésta.»¹⁸

Así, pues, por la confesión del propio Zubiri y según la percepción que algunos de sus discípulos tuvieron de su dedicación y tarea docente, cuya experiencia directa e inmediata vivieron, tenemos una cierta labor pedagógica en Zubiri, una suerte de práctica o puesta en práctica de una pedagogía zubiriana, cuyas notas o características abrirán la tercera parte en el próximo boletín.

José Antonio Martínez Martínez,
Doctor en Filosofía y Catedrático de Bachillerato

¹ GRACIA, D., *Voluntad de verdad. Para leer a Zubiri*. Editorial Labor, Barcelona, 1986 (2ª edición en Triacastela, Madrid, 2007), p. XI.

² *O. c.*, p. 250.

³ *L. c.*, p. 251. Vid. también PINTOR-RAMOS, A., *Génesis y formación de la filosofía de Zubiri*. Universidad Pontificia de Salamanca, 2ª edic., 1983, 148 pp., y FERRAZ, A., *Zubiri: El realismo radical*. Editorial Cincel, Madrid, 1987, 242 pp.

⁴ L. ARANGUREN, J. L., "La muerte del maestro y el futuro de la metafísica". EL PAIS, 23-09-1983, p. 30.

⁵ ELLACURÍA, I., "La nueva obra de Zubiri: *Inteligencia sentiente*". Apéndice a ZUBIRI, X., *Siete ensayos de antropología filosófica*. Edición preparada por Germán Marquínez. Usta, Bogotá, 1982, p. 192.

⁶ *L. c.*, p. 193.

⁷ *L. c.*, p. 194.

⁸ *L. c.*, p. 197.

⁹ *L. c.*, p. 198.

¹⁰ GAOS, J., *Confesiones profesionales*. FCE, México, 1958, pp. 36-38.

¹¹ LAÍN, P., *Las generaciones en la Historia*. Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1945, p. 11.

¹² *Ibíd.*

¹³ *L. c.*, pp. 12-13.

¹⁴ *L. c.*, p. 13.

¹⁵ MARÍAS, J., *Filosofía española actual*. Espasa-Calpe, Madrid, 1948, p. 133. Una mayor información documentada sobre los años en que Zubiri impartió clases en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Madrid se encuentra en varios capítulos de COROMINAS, J. y VICENS, J. A., *Xavier Zubiri. La soledad sonora*. Taurus, Madrid, 2006, pp. 183-194, 245-264, 265-286, 287-295. Vid. asimismo artículos de quienes asistieron a sus clases (Manuel Cardenal, Enrique Gómez Arboleya, Salvador Lissarrague, Julián Marías, Luis Felipe Vivanco,...) en VV. AA., *Homenaje a Xavier Zubiri*. Editorial Revista Alcalá, Madrid, 1953, 275 pp., publicado con motivo del vigesimoquinto aniversario de su acceso a la cátedra universitaria.

¹⁶ *L. c.*, pp. 133-134. Con los apuntes de algunos alumnos y discípulos de Zubiri (Luis Felipe Vivanco, Carmen Castro, Julián Marías, María Araujo,...) ha sido posible publicar cuatro volúmenes de los *Cursos universitarios* impartidos por Xavier Zubiri en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad madrileña entre los años 1931 y 1935: cfr. la presentación de Manuel Mazón a cada uno de los volúmenes, publicados en Madrid por Alianza Editorial y la Fundación Xavier Zubiri (vol. I, 2007, pp. VII-XVI; vol. II, 2010, pp. VII-X; vol. III, 2012, pp. VII-X; vol. IV, 2014, pp. VII-XI).

¹⁷ *L. c.*, p. 135.

¹⁸ *L. c.*, pp. 135-136.

Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco

Goikoetxea, M.J.¹; Zurbanobeaskoetxea, M.L.²

Introducción

La protección de los derechos de las personas mayores está configurándose como tema central en el abordaje de las planificaciones y políticas sociales que pretenden una atención de calidad y una progresiva incorporación social en condiciones de igualdad de este colectivo.

Con frecuencia se asocia a garantías de protección económica, de acceso a recursos sociosanitarios o culturales, de respeto a la autonomía personal, pero es menos frecuente el afrontamiento de las situaciones de malos tratos que vulneran gravemente los derechos de estas personas.

La invisibilidad de los malos tratos a las personas mayores es una realidad incuestionable. El fenómeno, como objeto de estudio, se engloba dentro de la categoría de violencia doméstica o intrafamiliar (Ruiz Sanmartín, Altet, Porta, Duaso, et al 2013; Pérez Rojo, Chulian 2013) junto con el maltrato infantil y el maltrato de género. Los estudios, y posteriores intervenciones sociales sobre malos tratos, han estado centradas en los niños primero y las mujeres después, desarrollándose múltiples actuaciones que abarcan desde iniciativas para influir en la opinión pública y fomentar los valores éticos de respeto y protección, hasta el desarrollo de protocolos de prevención e intervención, sin olvidar la promulgación de normas legales con el objetivo de disminuir el número de víctimas y protegerlas cuando la violencia es un hecho.

Sin embargo, el complejo tema de los malos tratos a las personas mayores, oculto durante décadas, está tomando protagonismo en los últimos años, propiciado por organismos internacionales, organizaciones de personas mayores, profesionales de los servicios sanitarios y sociales, y responsables de las políticas sociales de los diferentes países.

Prueba de ello es el impulso que Naciones Unidas a través de la OMS viene desarrollando desde 2002, con motivo de la celebración de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, y propone la importancia de la sensibilización, educación y legislación; asimismo propone el desarrollo de programas de detección e intervención. Por último se impulsa la creación de INPEA (*Internacional Network of Elder Abuse*). En el año 2013 el secretario General de Naciones Unidas, Ban Ki-Moon, insta a todos los gobiernos a que se formulen y apliquen estrategias de prevención más eficaces y leyes y políticas más rigurosas y se establece el 15 de junio como DÍA MUNDIAL DE TOMA DE CONCIENCIA DEL ABUSO Y MALTRATO EN LA VEJEZ.

1 Universidad de Deusto; Comité de ética de intervención social de Bizkaia

2 Diputación Foral de Bizkaia. Servicio de valoración y orientación. Comité de ética de intervención social de Bizkaia

Prevalencia de malos tratos a personas mayores

Aunque se desconoce la dimensión real del problema en nuestro entorno, podemos afirmar que estamos ante un fenómeno complejo, multifactorial, serio y muy grave.

Conocer la prevalencia del fenómeno de los malos tratos a personas mayores aumenta la sensibilización y concienciación al respecto. Es este uno de los puntos en los que más se ha trabajado, tanto a nivel internacional como nacional.

Los estudios realizados muestran tasas muy dispares que se encuentran comprendidas entre el 0,8 y el 52,6% de malos tratos en el ámbito comunitario. Es evidente que estas cifras son un claro indicador de algunas dificultades para estos estudios como la fragilidad de los mayores en la mayoría de las investigaciones realizadas, la falta de acuerdo en el concepto y las definiciones, o las graves dificultades para la investigación en ámbitos institucionales, siendo precisa la prudencia con que deben ser utilizados estos resultados.

La INPEA define los malos tratos a las personas mayores como una “acción única o repetida, o una falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a la persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”. Dicha definición aceptada como hemos dicho por la OMS en el año 2002 en la declaración de Toronto (WHO 2002), puede servir para establecer criterios claros de inclusión y exclusión en los diferentes estudios. Tomando dicha definición como referencia nos encontramos que la mayoría de los estudios hablan de unas cifras entre el 4% y el 12% de situaciones de malos tratos en personas mayores de 70 años.

Es reseñable el gran trabajo desarrollado en España desde los años 90 por Marín, Delgado, Aguilar, Sánchez, Gil y Villanueva; Kessel; Bazo; Sánchez del Corral; Iborra desde el Centro Reina Sofía de Estudios para la Violencia; Pérez-Rojo, Sancho, Moyá, Barbero y otros desde el IMSERSO, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y el Observatorio de Personas Mayores; Montorio; Tabueña, Pinazo-Hernandis, Izal y Penhale Montorio, Regato y Espinosa, por citar solo algunos, los que han ido aportando evidencias sobre el tema en nuestro país.

Los trabajos se han dirigido los últimos años en dos direcciones:

- el estudio de los factores de riesgo de los malos tratos en los ámbitos formal e informal, con el objeto de poder prevenirlos
- la construcción de herramientas, procedimientos o instrumentos de detección de las personas mayores que sufren daño por una atención incorrecta de sus necesidades

En el ámbito del cuidado informal (domiciliario principalmente) parece existir una gran coincidencia en todos los trabajos de investigación de que el riesgo de maltrato hacia una persona mayor (especialmente con demencia, y generalmente dependiente) por parte de cuidadores informales aumenta en la medida que (Pérez Rojo, Izal, Montorio, Nuevo 2008; Goikoetxea, et al. 2015):

- Empeora la relación entre cuidador y persona cuidada;
- Existe menor ayuda informal al cuidador;
- Aumenta la frecuencia de comportamientos problemáticos de la persona mayor que dificultan su manejo y cuidado;
- El cuidador percibe carga y estrés que expresa a través de la ira.

Lo que parece claro, es que la incidencia de los malos tratos y de conductas inadecuadas en ámbitos institucionales está directamente relacionada con el grado de desarrollo del modelo

de servicios para las personas mayores vigente en los diferentes países. Además tiene gran influencia el modelo de atención de la institución o centro donde residan o sean atendidas las personas mayores (Consejo General del Poder Judicial 2009, *National Center on Elder Abuse* 2005; OMS 2003). Cuando la propia organización institucional no está centrada en las personas, sino en las tareas a realizar, los riesgos de malos tratos aumentan, y más cuanto mayor sea el aislamiento (falta de visitas) y los conflictos relacionales con los profesionales debidas a las malas condiciones laborales o falta de recursos humanos suficientes para la atención.

Conviene insistir en que la presencia de uno o varios factores en cualquiera de los medios (formal o informal) sólo informa del riesgo o sospecha de malos tratos. Es por ello por lo que es necesaria la confirmación de un caso de malos tratos con la detección de indicadores objetivos. También conviene señalar que debemos evitar etiquetajes de las personas que puedan conllevar a empeorar la situación, pues son muchos los factores que nos plantean la necesidad de aportar recursos y apoyos para facilitar un buen cuidado y no aumentar el aislamiento y/o conflicto relacional entre la persona mayor y sus cuidadores.

Estudios y acciones llevados a cabo en la CAPV en relación a los malos tratos en personas mayores

La Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno vasco realiza en colaboración con Ingema un estudio de prevalencia sobre la incidencia y características de los malos tratos en Euskadi (Sancho et al. 2011). Los resultados de este estudio, apuntan hacia una incidencia baja de malos tratos contra las personas mayores en el País Vasco. Del total de la población mayor de 60 años en Euskadi, solo el 0.9% (4.880 personas) declaran percibir algún tipo de maltrato. Sin embargo, si se tiene en cuenta la sospecha de maltrato detectada por los entrevistadores del estudio, el porcentaje se eleva al 1,5 % (8.133 personas mayores).

Entre 2011-2013, se impulsa el proyecto para el fomento del buen trato, con campañas de sensibilización y formación dirigidas tanto a cuidadores formales, como informales. Simultáneamente se pone en marcha en todo el territorio la realización de talleres con las propias personas mayores que fomenten su autoestima personal y avancen en el conocimiento de sus derechos, así como en la adquisición de habilidades para que dichos derechos sean respetados en su medio habitual.

En 2012 ven la luz las “Cien propuestas para avanzar en el bienestar y buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción”. Entre estas el bloque 3 se refiere a “Garantizar el buen trato a las personas mayores y eliminar los malos tratos” y entre estos: Diseñar Acciones de sensibilización y concienciación y formación; y diseñar y poner en marcha Intervenciones.

En 2013 se concreta una solicitud del Parlamento Vasco para diseñar una herramienta de detección de situaciones de malos tratos (BOPV 22.02.2013 /14/878). Dicha herramienta, realizada desde Zahartzaroa-Asociación Vasca de Geriatria y Gerontología ha sido presentada en dicho parlamento el 5 de mayo de 2014. La toma de conciencia de que las personas mayores pueden ser y son víctimas de malos tratos, plantea la necesidad de abordar el problema con, entre otras, medidas preventivas, que minimicen sus consecuencias. En este contexto se enmarca este trabajo.

Elaboración del procedimiento de prevención y detección de malos tratos: metodología utilizada

El procedimiento ha sido elaborado por un grupo de trabajo de Zahartzaroa-Asociación Vasca de Geriatria y Gerontología a petición del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco con una FINALIDAD ASISTENCIAL que no es otra

que evitar daños y lesiones físicas y económicas a las personas mayores, o intervenir para paliar dichos daños y evitar que vuelvan a repetirse. Para ello se propone un TRIPLE OBJETIVO:

1. PREVENIR situaciones de malos tratos físicos o económicos en personas mayores a través de la detección de FACTORES DE RIESGO de los mismos
2. DETECTAR INDICADORES de la existencia de malos tratos físicos y económicos en personas mayores y realizar una valoración de la gravedad de los mismos en tres niveles: situación grave, situación muy grave, situación de intervención inmediata
3. INTERVENIR en las situaciones de riesgo detectadas. Para ello se proponen orientaciones para la intervención en cada nivel.

En cuanto a la DEFINICIÓN DE MALOS TRATOS, y habida cuenta de la variedad de definiciones que se manejan, el procedimiento asume la definición desarrollada por *Action on Elder Abuse* en 1995, acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA) Según esta definición, los **malos tratos a personas mayores** serían considerados como:

“la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”. (WHO, 2002).

A esta definición es interesante añadirle un aspecto adicional y es que los malos tratos pueden ser **intencionales y no intencionales**, y, concretamente, en el caso de mayores, la mayoría de las situaciones suelen ser de tipo no intencionado. El hecho de que no sean intencionales no significa que sean justificables, ni mucho menos y siempre será obligatoria la actuación de protección sobre la víctima; sin embargo, si se detecta una situación de malos tratos intencionados o no intencionados, la intervención deberá ser diferente tanto con la persona mayor como con el entorno de la misma.

El Instrumento está dirigido a profesionales de servicios sociales y salud en Euskadi, que identificarán factores de riesgo de malos tratos físicos y/o económicos mediante una lista de comprobación, basándose en observación y verbalizaciones de la persona mayor u otras personas próximas.

La CONSTRUCCIÓN DEL PROCEDIMIENTO se ha llevado a cabo a partir del análisis de la evidencia científica por parte de un Equipo Consultor y del contraste con un Equipo Científico formado por profesionales del ámbito social y sanitario con experiencia en la atención a personas mayores y que desarrollan su labor en los diferentes contextos donde se pretende aplicar la herramienta, para validar esos indicadores en dichos contextos.

Para ello, a través de metodología cualitativa basada en la propia experiencia y tras revisar todos los factores de riesgo evidenciados en los diferentes estudios nacionales e internacionales, se determinan cuáles son aquellos factores que deben ser observados principalmente en las personas mayores atendidas para evitar y prevenir situaciones de riesgo.

Del mismo modo, y a través de la misma metodología de grupos focales de expertos, se determinan los indicadores a considerar para establecer la existencia de malos tratos así como la gravedad de los mismos.

Los contextos de los que procedían las personas del equipo científico son: Servicios sociales municipales; Servicio Foral de Valoración y Orientación; Servicio Foral de Centros; Atención primaria de salud; Servicio de Urgencias Hospitalarias; Centro residencial de

personas mayores; Unidad socio-sanitaria para personas dependientes; Instituto Vasco de Medicina Legal; Instituto Tutelar de Bizkaia; Colegio de médicos; Movimiento Asociativo contra el Maltrato a personas mayores; Comité de ética de intervención social de Bizkaia y Universidad.

Pilotaje y validación del procedimiento

Siguiendo las recomendaciones recogidas en el propio instrumento, desde el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco se encarga el pilotaje y validación del mismo antes de su implementación.

Dicho estudio fue encargado a la universidad de Deusto, en concreto a un equipo de investigadores del área de la Intervención Social y Calidad de Vida de la Facultad de Psicología y Educación, coordinado por Marije Goikoetxea Iturregui como investigadora principal

Los OBJETIVOS del estudio han sido:

- Validar el procedimiento para la detección de factores de riesgo e indicadores de malos tratos a personas mayores;
- Contrastar y completar el procedimiento recomendado con la practica asistencial;
- Realizar una valoración por parte de los profesionales de la dificultad o dificultades del proceso con el fin de minimizarlas y, a ser posible, eliminarlas con el objetivo de que su implantación sea generalizable en los diferentes ámbitos.

Para ello se toma como muestra todas las personas mayores atendidas en el mes de septiembre y primera quincena de octubre en los servicios comunitarios sociales y sanitarios de tres poblaciones (Bilbao, Hondarribia y Zuia) así como los mayores atendidos en los servicios de urgencias sociales de Bizkaia y Urgencias Sanitarias del Hospital universitario de Cruces que presentaban alguno de los indicadores de sospecha. Previamente se realiza una formación específica sobre el procedimiento y los malos tratos a las personas mayores a los 98 profesionales sanitarios y sociales que han participado en el estudio.

El tamaño total de la muestra de personas mayores ha sido de 649 personas con un error muestral de 4% para un nivel de confianza del 95%. El estudio se realizó entre junio y diciembre de 2014 y el informe correspondiente fue presentado en el consejo socio-sanitario de Euskadi.

Como CONCLUSIONES de dicho estudio señalamos las siguientes

1. El instrumento ha sido validado como sensible para su objetivo y por tanto puede ser implantado como procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores.
2. Dicho instrumento es **igualmente válido para los ámbitos sanitario y social** no existiendo diferencias significativas en las valoraciones que se obtienen en ambos espacios.
3. Resulta especialmente sensible la detección de indicadores de malos tratos en la atención en los servicios de **urgencias de hospitales y servicios sociales**.
4. En cuanto a los profesionales a utilizar el instrumento para realizar la valoración de situaciones de alerta de malos tratos, no existen diferencias significativas por lo **que puede ser utilizado por cualquiera de los profesionales** aunque se detectan algunas diferencias que pueden mejorar la prevención y detección de los malos tratos.
5. **Los y las profesionales implicados/as valoran muy positivamente el instrumento** y consideran necesario la implantación del mismo de manera sistemática.

6. Se evidencia que el riesgo de malos tratos es **mayor en las mujeres y aumenta con la dependencia** grave o severa.

El Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos.

El procedimiento, elaborado por el grupo de expertos de Zahartzaroa Asociación Vasca de Geriátría y Gerontología, y validado por el Equipo de Intervención social y calidad de vida de la Universidad de Deusto plantea dos fases en la detección de factores de riesgo e indicadores de alerta de malos tratos:

1. FASE DE OBSERVACIÓN con una doble finalidad:

- *Preventiva* para valorar la vulnerabilidad de la persona mayor a los malos tratos y asegurar el mantenimiento del estatus, mediante la prevención y observación normalizada de *Factores de riesgo*. Para ello se aplica el “*Cuestionario de prevención y Detección de factores de riesgo de malos tratos físicos y económicos*”, por parte de cualquier profesional, tanto de los servicios de salud como de los servicios sociales, y en cualquier contexto.

La observación sistematizada de los factores de riesgo a través del cuestionario se realizará periódicamente como un instrumento de prevención y siempre que se detecte por parte de cualquier profesional una situación de daño a la persona mayor, relatada por ella misma u observada, que no es explicable por causa de su situación personal o del plan de intervención que posee.

Puede aplicar el cuestionario cualquier profesional que esté prestando alguna atención socio-sanitaria a la persona mayor.

- *De detección de indicadores de malos tratos*, recogiendo *indicios objetivos* que alertan de la existencia de los mismos, mediante el “*Cuestionario de prevención y Detección de factores de riesgo de malos tratos físicos y económicos*”, indicando las intervenciones recomendadas en cada caso.

El cuestionario puede aplicarse tanto de los servicios de salud como de los servicios sociales y en cualquier contexto, con el objetivo de valorar la vulnerabilidad de la persona mayor a los malos tratos físicos y/o económicos y asegurar el mantenimiento del estatus, mediante la valoración de la gravedad del riesgo y el inicio de las intervenciones recomendadas en cada caso.

El o la profesional de referencia para su aplicación en el contexto comunitario será el o la trabajadora social de base y en el sanitario el equipo de atención primaria de salud; en el ámbito especializado serán los profesionales de atención a las urgencias sanitarias y sociales.

Este segundo cuestionario se aplica cuando existen indicios objetivos de sospecha de malos tratos físicos y/o económicos en alguna de estas tres situaciones:

- *la persona presenta dos o más factores de riesgo* en el cuestionario de prevención; En este caso, si la persona mayor es valorada por otro/s profesionales ajenos al ámbito donde se desarrolla la atención, deberá informarse a la persona y solicitar el consentimiento oportuno que se recogerá por escrito.
- *la persona verbaliza ser víctima de malos tratos;*
- *la persona mayor presenta pérdida de capacidad económica, daos físicos o económicos o lesiones físicas inexplicables* (por ejemplo en la urgencia

hospitalaria) para el profesional que está realizando la atención. La decisión respecto de qué cuestionario emplear así como el orden en que han de aplicarse va a depender tanto del contexto como del objetivo con el que el profesional realiza la observación.

Los indicadores están graduados en tres niveles, habiéndose clasificado por colores para visualizar la gravedad de los mismos (azules, amarillos y rojos).

2. FASE DE ACTUACIÓN. Las recomendaciones del procedimiento sobre las intervenciones a llevar a cabo por los profesionales son diferentes, tanto en su contenido como en la premura exigible para la intervención, en los tres niveles (riesgo grave, riesgo muy grave, situación de intervención urgente).

Hay sin embargo, algunas RECOMENDACIONES que son aplicables a todas las situaciones:

- **Tener en cuenta que la finalidad de la valoración** es la elaboración de un plan de actuación que proporcione a la persona mayor una mejora de su calidad de vida. Para ello es preciso determinar la gravedad de los hechos detectados, la percepción subjetiva de la víctima y la viabilidad de un plan de intervención que elimine los factores de riesgo y proteja la seguridad y el bienestar de la persona mayor.
- **Garantizar la TRAZABILIDAD del proceso, es decir que los y las profesionales de referencia registren las observaciones preventivas, así como las situaciones que motivan la posterior valoración en el caso de detectarse algún indicio de sospecha de malos tratos y documentarán las intervenciones a realizar anexándolas al historial de la persona mayor. Por último, asegurarán la devolución de esta información a los y las profesionales o dispositivo que inició el proceso mediante copia del informe y/o plan de intervención, tanto si se confirma como si no, la sospecha de malos tratos.**

En todos los casos es importante siempre:

- Informar con calma a la persona mayor del plan que se va a realizar, y si es posible obtener su consentimiento
- Establecer una coordinación con los profesionales que cuidan a la persona mayor en los diferentes niveles (comunitario, especializado) y en los diferentes ámbitos (social y sanitario) para evitar daños a la persona por falta de atención en algunos aspectos o intervenciones contradictorias
- Actuar en primer lugar sobre el mayor nivel de daño o riesgo de daño
- Evitar la culpabilización y judicialización de las personas mayores y sus cuidadores, siempre que no exista intencionalidad de daño y existan alternativas de capacitación de las mismas para mejorar la atención de las necesidades.

Implementación prevista del procedimiento en los servicios sociales y sanitarios de la CAPV

Tras la aceptación y presentación del procedimiento por parte del Gobierno Vasco se está iniciando la implantación del mismo dentro de la estrategia socio-sanitaria del mismo y bajo la coordinación de Lourdes Zurbanobeaskoetxea, coordinadora socio-sanitaria de Euskadi (Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco).

Dicha implementación pretende la implantación del cuestionario, primero en toda la red asistencial comunitaria tanto sanitaria como social en la que se incluyen servicios sociales de base, centros de salud de atención primaria, auxiliares domiciliarias, equipos de valoración

de la dependencia y equipos sanitarios de seguimiento en domicilio a personas mayores con multipatologías crónicas.

Así mismo se va a realizar la implantación del cuestionario segundo, de detección de indicadores en todos los servicios sociales y sanitarios de urgencias de la CAPV.

Dicha implantación se realizará progresivamente durante los años 2015 y 2016 y se espera poder evaluar los resultados obtenidos en un plazo de dos años.

Conclusiones

El procedimiento presentado pretende ser un instrumento eficaz para el avance en la prevención de los malos tratos a las personas mayores. Es el primer procedimiento validado que puede ser utilizado tanto en el medio sanitario como social y con cualquier persona mayor, tenga ésta deterioro cognitivo o algún otro factor que disminuya su nivel de capacidad para defender sus derechos y denunciar la violación de los mismos.

El procedimiento utilizado para su construcción y su posterior pilotaje y validación, así como el compromiso del Gobierno vasco al incluirlo en las líneas estratégicas de atención sociosanitaria de Euskadi 2013-2016 (G. V. 2013) fundamentan la confianza de que sea ampliamente implantado y contribuya eficazmente a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, disminuyendo los casos de malos tratos físicos y económicos que se produzcan y detectando e interviniendo diligentemente en las situaciones de daño y sufrimiento existentes, especialmente en el colectivo de personas mayores dependientes.

A continuación les ofrecemos el enlace para acceder al procedimiento: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/personas%20mayores_web.pdf

Bibliografía

- Gobierno Vasco (2011). Cien propuestas para avanzar en el bienestar y buen trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gobiernovasco-100propuestas-01.pdf>
- Gobierno Vasco (2013). Líneas estratégicas de atención sociosanitaria de Euskadi 2013-2016. https://www.euskadi.eus/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/l_e_soc_iosanitarias_es.pdf
- Goikoetxea, M.J.; Equipo de Intervención: Calidad de Vida e Inclusión (2015). Pilotaje y validación del procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos. Universidad de Deusto (sin publicar)
- Pérez Rojo, G.; Chulián, A.; Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, nº41. pp 127-167
- Pérez Rojo, G.; Izal, M.; Montorio, I; Nuevo, R. (2008). Identificación de Factores de Riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1).pp 105-117
- Ruiz, A.; Altet, J.; Porta, N.; Duaso, P.; Coma, N.; Requesens, N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*
- Sancho, M.T.; Pérez Rojo, G.; Del Barrio, E.; Yanguas, J.; e Izal, M. (2011). Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Gobierno Vasco.
- World Health Organisation (2002). *Active Ageing*. Ginebra.

FORMACIÓN DE CONSULTORES DE ÉTICA CLÍNICA (CEC) EN CASTILLA Y LEÓN. UNA EXPERIENCIA PIONERA

Antonio Blanco Mercadé.

Presidente de la Comisión de Bioética de Castilla y León.

El Comité de Ética Asistencial (CEA) se suele definir como un grupo de trabajo multidisciplinar, consultivo y asesor, que está al servicio de los profesionales y de los usuarios para analizar y ayudar a resolver los conflictos éticos que derivan de la práctica clínica (1). El fin propio del CEA va más allá y consiste en procurar que las decisiones de valor ético que se toman en el ámbito asistencial sanitario sean unas decisiones prudentes y las mejores decisiones posibles para hacer “aquello que hay que hacer”. Para la consecución de este fin, los CEAS llevan a cabo sus funciones asesorando directa o indirectamente a quienes tienen la responsabilidad de decidir y en ese sentido desarrollan actividades formativas, elaboran guías de actuación y atienden consultas en casos concretos que plantean problemas éticos. Aunque a menudo se escucha que esta función consultiva y asesora directa es la más importante, y que es la razón de ser de los CEAS, en los casi veinte años de su funcionamiento, la actividad más importante de los CEAS de Castilla y León ha sido la formativa. Cabe pues reconocer la función de la formación como primordial entre las funciones de los CEAS y se debe pasar de la expectativa de comité para evaluar casos a grupo experto en formación y consejo en ética (2). En todas partes la realidad demuestra que las consultas que llegan a los CEAS son muy escasas (2, 3), lo que, al menos a primera vista, convierte a estos equipos en órganos muy poco eficientes dentro de las instituciones. Se ha especulado mucho sobre las razones de este hecho: de una parte el desconocimiento generalizado sobre la utilidad del Comité como órgano consultor y de otra la desconfianza o el temor de los profesionales a ser juzgados, además de otros inconvenientes de tipo funcional, como la demora en los tiempos de respuesta, son sólo algunas de las causas.

Por otro lado, también en todas partes predominan las consultas informales o “de pasillo”, que se realizan cara a cara a miembros de los CEAS (3). Este tipo de consultas, que en ocasiones ni siquiera hacen referencia a casos concretos, se plantean y se gestionan de modo inadecuado, sin la reflexión necesaria y casi nunca se sigue un método de análisis acertado.

Los CEAS pueden caer en el desánimo, en parte debido a que los casos que se consultan son muy pocos. Sin embargo, ellos son los responsables del cambio de mentalidad en todo lo relacionado con la gestión de los valores en la toma de decisiones. Ahí están el extenso trabajo formativo y el esfuerzo invertido en la elaboración de protocolos, pero parecen estar llegando a un tope en su desarrollo. Puede haber llegado la hora de los CEC. (4)

La mejor decisión será siempre una decisión prudente, razonable, tomada después de haber reducido, dentro de lo posible, la incertidumbre. El camino a seguir para tomar decisiones prudentes es la deliberación. El método de trabajo de los CEAS tiene que ser la deliberación plural sobre los hechos, sobre los valores implicados y, finalmente, sobre los deberes de actuación (1). La diversidad de perspectivas sobre algo, enriquece notablemente su conocimiento, por eso, la pluralidad y la multidisciplinaridad son características deseables ante un problema ético, aunque no son imprescindibles para tomar la mejor decisión. Sin embargo, resulta siempre imprescindible la reflexión personal, la deliberación individual llevada a cabo por quien es responsable de tomar una decisión. Uno solo, puede – y debe – observar el problema desde diferentes perspectivas, porque el estudio y la documentación, con apertura de mente, deben ser actividades y actitudes

para el buen desarrollo de cada persona. En primer lugar, el camino para decidir, al que desde Aristóteles llamamos deliberación, consiste en que todo agente moral se ve permanentemente obligado a juzgar y a actuar, y para ello tiene que reflexionar sobre los hechos y los valores que están en juego, ponderando los pros y los contras de las diversas opciones o cursos de acción posibles, observando las consecuencias predecibles de cada uno de ellos, para reducir así la incertidumbre y poder tomar la mejor decisión. En ocasiones, cuando la dificultad que se presenta es grande, el responsable de decir o de hacer algo puede sentir la necesidad de realizar una consulta y pedir consejo a otro u otros. Como dice Aristóteles en la *Ética* a Nicómaco: “llamamos a ciertos consejeros en materia de importancia, porque no estamos convencidos de poseer la adecuada información para hacer un buen diagnóstico”. Y para eso están los CEAS y los Consultores de *Ética Clínica* (CEC).

Ante determinadas situaciones, no sólo las que se presentan de forma urgente, puede ser necesario que exista una persona designada (Consultor) y/o varios miembros del CEA (Comité de Urgencia), encargados de abordar el problema, aunque luego deban comunicarlo y rendir cuentas de su labor ante el CEA (1). Las ventajas y los inconvenientes de ambos modelos han sido ampliamente debatidos (5, 6). El CEC, frente al CEA, tiene la ventaja de la rapidez en su actuación y de su disponibilidad, pudiendo realizar la consulta al modo de una “interconsulta” clínica, a la que tan habituados estamos los profesionales. El CEC también es más cercano y menos intimidatorio, despertando menos reticencias a quien consulta y evitándole la sensación de estar siendo juzgado. Además, no presenta las dificultades propias de la dinámica de grupos y, en definitiva, es mucho más eficiente que el CEA para el análisis de casos.

En nuestro país la experiencia de CEC es prácticamente nula, y resulta muy escasa en otros lugares (7). En cambio, en muchos hospitales de EEUU se trata de una figura habitual, pero la calidad de la consultoría bioética en EEUU es muy variable, por eso la *American Society for Bioethics and Humanities* ha iniciado recientemente un riguroso procedimiento para evaluar a los especialistas en ética clínica, que contempla la necesidad de un portafolios con amplia experiencia en consultoría y una entrevista. (8, 9)

En la Comunidad Autónoma de Castilla y León, las once Áreas de Salud existentes – además de cuatro hospitales concretos – del sistema sanitario público (Sacyl: Salud de Castilla y León) cuentan con CEAS acreditados. Los Reglamentos de Régimen Interno de todos ellos ya contemplan la figura del Consultor: “Los Comités podrán crear grupos de trabajo, así como recabar la asesoría de consultores o expertos que podrán participar en sus sesiones con voz pero sin voto. Así mismo, el Comité podrá identificar de entre sus miembros, uno o más que por su especial formación puedan actuar como Consultores en situaciones de excepción. En cualquier caso estos Consultores tendrán que informar al Comité en la siguiente sesión, sobre las consultas o recomendaciones realizadas. La designación de Consultor se hará por consenso.” (Artículo 7.4). (10)

Pues bien, la Comisión de Bioética de Castilla y León, que es el órgano de referencia para los CEAS y que también tiene la misión de fomentar la formación bioética de los profesionales del ámbito sanitario, ha promovido el desarrollo de una acción formativa a lo largo del año 2015, facilitada y financiada por la Consejería de Sanidad de Castilla y León. El resultado es el “Curso de Formación de Consultores en *Ética Clínica* (CEC)”. Se trata de un curso dotado de acreditación universitaria (título de Especialista Consultor de *Ética Clínica* por la Universidad a Distancia de Madrid – UDIMA), impartido por la Fundación de Ciencias de la Salud con un formato mixto, es decir, presencial y a distancia, con una duración de 330 horas, 24 de ellas presenciales en la propia Consejería de Sanidad y repartidas en tres jornadas a lo largo del curso.

No todos los miembros de CEAS reúnen las cualidades que son necesarias para ser CEC. En inicio, los alumnos del curso fueron propuestos por los CEAS (dos por cada comité), de acuerdo con una serie de criterios, como el de tener formación clínica (para una mejor comprensión y manejo

de los temas y problemas a tratar) y también conocimientos básicos de bioética, además de haber demostrado disponibilidad, interés y motivación (por ejemplo con la asistencia y participación en las reuniones de los CEAS y en las actividades formativas) y de comprometerse a revertir en la institución el fruto de la formación recibida. En cuanto a su titulación, hay veinte médicos, seis enfermeras, una psicóloga y una trabajadora social.

El programa del Curso de Formación de CEC se compone de cinco módulos. Un primer módulo de “fundamentación y metodología”, que a su vez consta de cinco unidades temáticas: “introducción a la ética”, “éticas teocéntricas, cosmocéntricas y antropocéntricas”, “las éticas de la responsabilidad”, “el método deliberativo” y “fundamentación y método de la bioética”. A continuación otros tres módulos de “bioética clínica”: “relación clínica y sus problemas”, “problemas del origen de la vida” y “problemas del final de la vida”. Por último, el módulo titulado “comités de ética y consultoría ética”.

Se trata de un ambicioso proyecto. Como experiencia pionera, la presencia de CEC en los centros y su labor – controlada y coordinada en el seno de los CEAS – determinarán en parte el futuro de la ética asistencial.

Referencias:

1. Comisión de Bioética de Castilla y León (2008). Guía para Comités de Ética Asistencial. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon>
2. Comité de Bioética de Cataluña (2013). La calidad en los comités de ética asistencial. Disponible en: <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2014/03/Mejora-de-los-Comites-de-etica-asistencial.pdf>
3. Juan Pablo Beca (2008). Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones. *Bioética & debat* 14(54):1-5.
4. Diego Gracia (2014). ¿La hora de los consultores? *EIDON*, 42:1-3.
5. Azucena Couceiro (2008). Comités de ética o consultores de ética: ¿qué es lo mejor para las instituciones sanitarias? *Bioética & debat* 14(54):16-21.
6. Rogelio Altisent et. al (2013). Health care ethics consultation. Individual consultant or committee model?: pros and cons. *The American Journal of Bioethics* 13(2):25-27.
7. Juan Pablo Beca et. al (2010) Análisis de una experiencia de consultoría ético clínica en cuidado intensivo. *Rev Med Chile*, 138:815-820.
8. Lydia Feito (2013). Entrevista a Joseph Fins. *EIDON*, 40:50-59.
9. Eric Kodish, Joseph Fins (2013). Quality Attestation for clinical ethics consultants. *Hastings Center Report*, 43(5):26-36. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hast.198/pdf>
10. Reglamento de régimen interno de los Comités de Ética Asistencial. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/comites-etica-asistencial/reglamento-interno-funcionamiento>

Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

Juan es un abogado de 32 años con antecedentes de corea de Huntington (su madre murió de esta enfermedad, hace cuatro años). Siempre ha estado preocupado por desarrollar esta enfermedad, y así lo ha expresado a las personas que lo conocen, comentando además que preferiría morir antes que asumir la progresión de la enfermedad. Su preocupación ha llegado al límite de generarle ansiedad y síntomas de depresión, así como un consumo elevado de alcohol, por lo que está visitando a un psiquiatra desde que murió su madre. Está tomando Vandral (venlafaxina) y acude a seguimiento periódico.

A pesar de todo tiene una vida normal, está casado con María desde hace dos años, y tiene trabajo como abogado, desarrollando su vida profesional con éxito.

Hace tres meses Juan empezó a notar algunos tics faciales. Consultó con un neurólogo que le diagnosticó corea de Huntington. Buscó una segunda opinión con otro neurólogo que también confirmó el diagnóstico.

Entonces se dirigió a su psiquiatra a quien le indicó que, dada la situación, quería suicidarse, y le pidió ayuda para realizarlo. El psiquiatra le explicó que el suicidio asistido es un delito, que no podía participar en ello y que, además, no estaba de acuerdo con recurrir al suicidio en una situación así. Juan se marchó muy enfadado de la consulta, pero le aseguró que lo pensaría y que no tenía intención de suicidarse pronto.

Sin embargo, cuando llegó a su casa, se tragó todas las pastillas que tenía del antidepresivo que tomaba, junto con alcohol, después de prenderse en su camisa una nota manuscrita en la que expresaba su rechazo a toda asistencia médica. Su esposa, que no sabía nada del diagnóstico, lo encontró poco después inconsciente y llamó a una ambulancia para llevarlo a urgencias, sin quitar la nota.

Cuando el paciente llega a urgencias, los médicos le preguntan a la esposa por la nota, antes de hacer nada. María les dice que hace tiempo que está siendo tratado por el psiquiatra, pero que no ha observado nada raro últimamente y que, por supuesto, tienen que hacer todo lo posible por salvar su vida. Los médicos no están seguros de qué deben hacer, dado que en la nota Juan rechaza la asistencia médica.

Comentario

Deliberación sobre los hechos

La corea de Huntington es una enfermedad neurológica que se manifiesta en personas entre 30 y 40 años en forma de tics incontrolables, contracciones, y movimientos involuntarios. Se caracteriza por la alteración de las capacidades cognitivas, desarrollando progresivamente una demencia irreversible. Acaba en la muerte de la persona en unos 10 años. La enfermedad es autosómica dominante, lo cual quiere decir que un hijo de una persona afectada tiene el 50% de posibilidades de heredarla.

Hay datos que apuntan que los fármacos antidepresivos pueden generar un mayor riesgo de ideas de suicidio o autolesiones. Este riesgo es mayor en los pacientes más jóvenes. No obstante, es difícil valorar si ese riesgo es igual o diferente del existente por causa de la depresión que padece el paciente.

Deliberación sobre los valores

Problemas éticos detectados

- ¿Puede ser María quien decida por Juan, existiendo una nota en la que él expresa su voluntad respecto a la asistencia sanitaria?
- ¿Es aceptable una nota manuscrita como expresión de voluntades anticipadas, si el paciente había expresado verbalmente con anterioridad los mismos deseos?
- ¿Deben los médicos atender a Juan sin más planteamientos, dada la situación de urgencia?
- ¿Se puede considerar capaz a Juan en el momento de escribir la nota, o su ideación suicida es un elemento para sospechar de su capacidad?
- El hecho de que estuviera en tratamiento psiquiátrico con antidepresivos ¿supone que el suicidio es una posibilidad esperable dentro del curso de su enfermedad y, por tanto no debe ser considerada una decisión voluntaria y racional?
- Si María no tenía conocimiento del diagnóstico de Juan, ¿puede tomar decisiones por él?
- ¿Sería necesario hablar con el psiquiatra de Juan para conocer cuál era la voluntad de Juan?

Problema ético principal

¿Deben los médicos atender a Juan sin más planteamientos, dada la situación de urgencia?

En este caso, el problema se plantea al llegar a urgencias, cuando los médicos se encuentran la nota en la que Juan rechaza la asistencia médica, pero su vida está en juego y no pueden demorar la intervención.

Identificación de los valores en conflicto

Los médicos quieren salvar la vida del paciente. El tiempo es crucial. Sin embargo, la nota expresa claramente que no quiere asistencia médica, lo cual les lleva a preguntarse si estarán dejando de lado el respeto al paciente y vulnerando su autonomía.

Deliberación sobre los deberes

Identificación de cursos extremos de acción

Los médicos podrían actuar sin mayor consideración, dado que se trata de una situación de urgencia. Además, la esposa les ha comentado que estaba en tratamiento psiquiátrico, lo cual podría significar que es un intento de suicidio en un paciente con depresión, lo cual exige intervenir, pues la decisión es fruto de la enfermedad y no un acto voluntario, racional y libremente elegido por el paciente. En tal caso, estarían protegiendo la salud y la vida del paciente.

Sin embargo, el rechazo de tratamiento —en este caso rechazo de asistencia sanitaria en general— es un derecho del paciente. Si la nota fue escrita como un acto libre de expresión de su voluntad, se estaría violando su autonomía. Por ello, el otro curso de acción extremo, que trataría de proteger este valor, dejaría sin atender al paciente, amparándose en el rechazo expresado en la nota.

Este segundo curso de acción, en el contexto general del caso, se justificaría también por la expresión reiterada de Juan de su negativa a asumir la progresión de la enfermedad, en caso de ser diagnosticada.

Identificación de cursos intermedios de acción

Teniendo en cuenta que la ideación suicida es habitual en los pacientes con una depresión grave, y que los fármacos que Juan estaba tomando podrían haber incrementado también este riesgo, parece razonable tomar una actitud de protección de la vida, iniciando los tratamientos para salvar a Juan en urgencias. En este caso se estaría considerando que la voluntad expresada por Juan en su nota manuscrita no es un acto de rechazo de tratamiento realizado por una persona capaz, sino el fruto de una alteración producida por la enfermedad.

No obstante, salvar su vida parece incompatible con el respeto a su autonomía, toda vez que Juan ha expresado reiteradamente su deseo de no prolongar su vida, ni sufrir la progresión de la enfermedad, si llegara a diagnosticársele corea de Huntington. Por ello no se puede obviar la necesidad de proteger también este valor.

La situación de urgencia puede justificar una acción “extrema” puesto que no hay tiempo para poder valorar otras opciones. Sin embargo, no exime de la necesidad de intentar salvar el valor de la autonomía, en un momento ulterior.

Sería necesario hablar con el psiquiatra de Juan, a fin de valorar en qué medida su ideación suicida es fruto del impacto emocional producido por conocer el diagnóstico de corea de Huntington, que era precisamente su mayor miedo y la causa de su ansiedad y su depresión. También sería necesario confirmar dicho diagnóstico y valorar la posibilidad de cambiar la medicación antidepresiva que toma Juan, por si pudiera haber influido en su ideación suicida.

En el momento en que Juan recuperase la consciencia sería imprescindible hablar con él, de modo confidencial y en un entorno de confianza y seguridad, preferentemente en presencia de su psiquiatra, para informarle de lo ocurrido y de la decisión tomada, explicando las razones de la misma y tratando de evaluar si la voluntad de Juan sigue siendo la de terminar con su vida.

Sería adecuado también ofrecerle la posibilidad de que actúen otros profesionales, como el psicólogo, que puedan darle otras perspectivas.

Es muy importante la implicación de la familia. En este caso, María no conoce el diagnóstico de la enfermedad de Juan. Se debería ofrecer a Juan la posibilidad de informar a María —él mismo, o con ayuda de los médicos u otros profesionales— de cuál es su situación, para que pueda servirle de apoyo y, dada la fuerte implicación emocional, tomar decisiones compartidas con un ser querido.

Sería también adecuada una evaluación de capacidad, para determinar si Juan puede tomar decisiones voluntarias o no. En el caso de no ser capaz, María sería su representante, lo que exigiría informarle de la situación y también ayudarla a afrontarla, enfatizando la necesidad de tener en cuenta lo expresado por Juan en relación a su visión de la enfermedad.

Se le podría ofrecer a Juan la posibilidad de contactar con asociaciones o grupos de pacientes de corea de Huntington, que le ofrezcan información, apoyo y vías de afrontamiento de la enfermedad. Igualmente, en este contexto, sería adecuado ofrecer información sobre las voluntades anticipadas, de modo que se vayan tomando decisiones más acordes con la voluntad de Juan, de cara al futuro.

Elección del curso óptimo

En este caso, la elección del curso de acción obedece a una situación de urgencia, y se justifica por la duda razonable sobre la expresión de voluntades por parte del paciente. Sin embargo, es una situación que no puede considerarse óptima, ya que vulnera uno de los valores en juego.

Los cursos intermedios apuntados se realizarían posteriormente, tratando de salvaguardar ambos valores. Sin embargo, en el momento de la decisión se ha optado por un extremo. Esta situación supone que quien toma la decisión debe elegir del modo más prudente posible, a sabiendas de que va a lesionar un valor y, por ello, debe disponer de una fuerte justificación, no sólo de las razones de la decisión, sino acerca del valor que ha elegido.

Lo que puede considerarse óptimo es que, aún habiendo optado por un curso de acción extremo para salvar el valor vida, el caso no se dé por resuelto, sino que se intente, a posteriori, salvar, en la medida de lo posible, el otro valor, la autonomía. Para ello son adecuados los cursos intermedios propuestos.

Deliberación sobre las responsabilidades finales

Pruebas de consistencia

1. Prueba del Tiempo: el curso extremo elegido es, a pesar de la urgencia, considerado necesario y justificado. No ha habido precipitación en la decisión.

La posibilidad de acción posterior planteada sin duda se ha pensado con tranquilidad y prudencia, no es precipitada, y no sería distinta de poder disponer de una mayor cantidad de tiempo.

2. Prueba de la Publicidad: A pesar de elegir un curso de acción extremo, su justificación es suficiente para poder hacerla pública, y para poder estar seguro de que la acción es correcta y puede divulgarse.

Igualmente los cursos de acción propuestos a posteriori son perfectamente explicables y pueden ser transparentes.

3. Prueba de la Legalidad: el curso de acción extremo, en el caso de una situación de urgencia, y ante la evidencia de un paciente psiquiátrico incapaz, es una acción legal.

No obstante, la preocupación por el respeto a la autonomía del paciente es un acto que, además de ser éticamente correcto —incluso en el caso de que el paciente fuera incapaz, el mayor respeto posible a sus deseos es muy adecuado éticamente—, es conforme a la ley.

XII Congreso de Bioética de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

Santa Cruz de Tenerife, 1-3 Octubre 2015



“Tal vez la prueba suprema de la solicitud es que la **desIGUALDAD** de poder venga a ser compensada por una auténtica reciprocidad en el intercambio, la cual, a la hora de la agonía, se refugia en el murmullo compartido de las voces o en el débil apretón de manos que se cierran” (Paul Ricoeur)

El hilo conductor del XII Congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica ha sido la **desIGUALDAD**. Y sería nuestro deseo suprimir de una vez por todas esas primeras tres letras que se empeñan en lastrar el desarrollo del mundo. Pero no para alcanzar una igualdad vacía de contenido, sino fortalecida, como apuntaba Adela Cortina en la conferencia inaugural, desde la diversidad. Porque la igualdad no es igualitarismo, la igualdad implica respeto y diálogo entre la diversidad. A fin de cuentas “no hay dos seres humanos iguales”.

Y la genética, de eso, nos puede enseñar mucho. De ahí que la primera mesa del Congreso versara sobre “Investigación, Medicamentos y Enfermedades Raras”. Jéssica Portillo, la madre de Eidher —y directora de la Fundación que lleva el nombre de su hijo—, sabe de primera mano lo difícil que es llevar una vida que se asemeje en algo a lo que la mayoría denominamos “normal”. Nos contó sus experiencias, sus frustraciones y sus anhelos. No es sencillo, no. Como tampoco lo es dar respuesta a las exigencias de todas las familias que tienen que convivir con una enfermedad “huérfana” desde

la medicina o la investigación biomédica. Emilio Sanz, hasta ese día –casualmente y por finalización de mandato– Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna y farmacólogo clínico, y Benjamín Herreros –médico internista y profesor de Humanidades Médicas en la Universidad Europea de Madrid– se encargaron de poner sobre la mesa las dificultades que surgen en torno a la investigación de este tipo de enfermedades, la falta de financiación o los conflictos de interés que se suscitan en el seno de la industria farmacéutica, que se debate entre la eficacia y la eficiencia –económica– de sus investigaciones. ¿La solución? Deliberar. Qué si no. Tras un intenso debate se hacía necesario un primer descanso.

Si hay una persona capaz de sintetizar en apenas una hora de intervención la construcción de un concepto tan complejo como la igualdad, desde los estoicos hasta la actualidad, y que el auditorio salga con la sensación de haber entendido perfectamente el mensaje, sin duda alguna es Adela Cortina. Como siempre, para deliberar adecuadamente, hemos de partir de la base de que todos hablamos sobre lo mismo. ¿Qué es la igualdad entonces? Porque si pretendemos llegar a ella, todos debemos tener claro qué representa... Pero la complejidad del término hace que ninguna definición le haga justicia. De ahí el planteamiento inteligente y desafiante de Adela Cortina. “La igualdad no se define, se construye”. Y para ello debemos comprender su evolución, trazar la línea entre el “de dónde venimos” para llegar a concretar “a dónde vamos”. Y como reiteró la profesora Cortina, “sólo podemos alcanzar la igualdad en la sociedad del siglo XXI desde la aceptación y el reconocimiento de la diversidad que la representa”.

El componente social iba adquiriendo relevancia en los corrillos que se formaban en torno al café. Y el profesor Erio Ziglio –ex Director para Europa de la Organización Mundial de la Salud– en una ponencia conjunta preparada con la profesora de la Universidad de La Laguna, Sara Darias y la pediatra Rosa Gloria Suárez, expusieron la importancia de cuidar el entorno del paciente, no sólo aumentando la calidad en el entorno hospitalario y facilitando el acceso a los recursos sanitarios. Decía el profesor Ziglio que hemos avanzado mucho en aras a facilitar el acceso –casi– universal a los servicios sanitarios –siempre hablando del contexto europeo–, incluso hemos conseguido que se acceda al tratamiento y que éste funcione... pero luego enviamos nuevamente al paciente al entorno en el cual enfermó. No es trabajo de la Medicina paliar este problema... pero el mensaje a las Administraciones Públicas es claro. Las políticas sanitarias deben ser más globales y sí, más sociales. La reducción de la pobreza disminuye el gasto sanitario. Participó desde el patio de butacas Ricardo Redondas, director general de Salud Pública del Gobierno de Canarias.

En esta ocasión quisimos hacer, además, una incursión al acceso a los recursos sanitarios en los países en vías de desarrollo, de la mano de los doctores Basilio Valladares –Director del Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canaria– y M^a Pilar Núñez –ginecóloga y ex directora del hospital de Kyondo–, ambos con una amplísima experiencia internacional. A fin de cuentas, defendemos una Bioética global, y no queremos ni podemos mirar hacia otro lado. Los ponentes nos llevaron a Centro y Sudamérica y a África, recorriendo los proyectos en los que han participado, formando a médicos e investigadores, montando hospitales y laboratorios. La clave está, como bien apuntaron, en transferir el conocimiento tecnológico y brindar apoyo, no sólo económico, sino formativo. ¿De qué sirve montar una consulta si no hay nadie que la pueda atender? ¿Y un laboratorio cuando nadie sabe usar las máquinas recibidas? La necesidades son básicas, y las políticas de ayuda al desarrollo, como las sanitarias, deben ser más integrales, más sociales.

La última mesa se centró en dos grupos especialmente vulnerables. La infancia y la vejez. Y

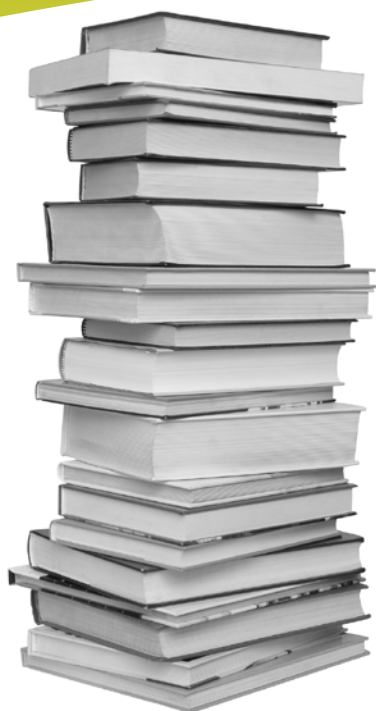
nuevamente, el aspecto social de fondo. En los grupos más vulnerables el papel de las familias, amigos y cuidadores, se vuelve fundamental. El apoyo social a las familias es la única alternativa para intentar disminuir el alto grado de institucionalización de nuestros pacientes pediátricos o geriátricos. Carmen Vidal —jefa del servicio de pediatría del Hospital Son Llatzer— y Alfonso García —vicerrector de estudiantes de la Universidad de La Laguna— fueron los encargados de, partiendo de los datos y centrándose en sus experiencias, analizar las distintas facetas que afectan a estos grupos tan vulnerables.

Tras dos intensos días de constante deliberación en el marco incomparable del Real Casino de Santa Cruz de Tenerife y los murales que presidían la Sala, obra del pintor canario Néstor de la Torre, ponía el colofón al Congreso Julio. L. Martínez, S.J., actual Rector de la Universidad Pontificia de Comillas. Su intervención, directa y apasionada, nos recordaba el camino, cada vez más social, cada vez más integral que debía retomar la Bioética del siglo XXI. No sólo se trata de un saber pluridisciplinar, sino que debe ser interdependiente, en constante búsqueda de soluciones integradoras. Es el momento de una bioética valiente, superadora de las brechas dualizadoras que han irrumpido a raíz de la globalización tecnológica, que garantice a las generaciones futuras la sostenibilidad basada en una economía mucho más ecológica, que empodere a la población más empobrecida, mostrando el camino de la igualdad, potenciada desde la diversidad que puebla el planeta.

Desde la ABFyC hemos adquirido el compromiso de ofrecer a la sociedad una reflexión rigurosa sobre los conflictos bioéticos actuales y futuros. La multidisciplinariedad que nos caracteriza nos permite estar constituidos por un amplio abanico de profesionales representativos de todas las áreas del conocimiento. Y desde esta representatividad promovemos la formación e investigación en Bioética, ayudando a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Por eso, desde esta tierra canaria desde la que escribo estas líneas, en una encrucijada de continentes, donde el azar y la historia han querido que formemos parte del “mundo occidental”, queremos mirar al Norte y al Sur, al Este y al Oeste, para dar voz a aquellos que necesitan ser oídos. Sólo desde la reflexión compartida, de la deliberación sincera y la escucha mutua podremos aportar nuestro granito de arena para que este mundo, que es el que tenemos, se encamine, de una vez por todas, a la IGUALDAD de sus gentes.

David Curbelo
Secretario de la ABFyC

Toda la información en: www.bioeticatenerife2015.com



Reseña de Libros

Bioética y neurociencias

José Ramón Amor

Instituto Borja de Bioética. Barcelona 2015, 782 págs..

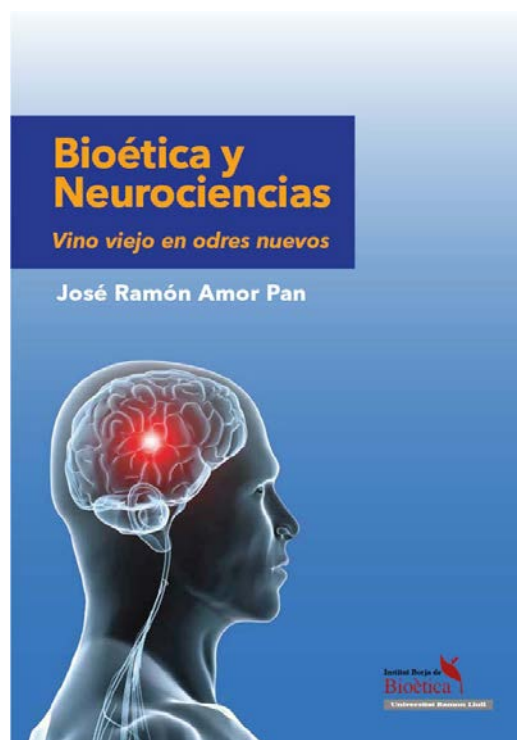
Los libros se escriben por alguna razón. En el caso de éste, escribir no ha sido mi manera de enseñar sino la forma que he tenido para aprender.

Es, creo que puede decirse, un libro *serendípico*... “Serendipity” es un término inglés que denota la facultad de hacer –por casualidad- descubrimientos afortunados e inesperados. La primera vez que oí hablar de él fue a mi amigo Carlos Alemany, hace ya bastantes años, para dar nombre a una colección de libros sobre Psicología que ponía en marcha en la editorial Desclée De Brouwer (y que va ya por los dos centenares de volúmenes publicados, ahí es nada). Pues bien, a mediados de 2010 recibí para recensionar el libro *De la Neurociencia a la Neuroética*: esta obra me abrió un mundo nuevo, apasionante. Tanto es así, que me puse al habla con su autor, José Manuel Giménez Amaya, para invitarlo a nuestro Máster de Bioética. No pudo asumir el compromiso en las fechas previstas, pero me puso en contacto con Luis Echarte, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Mi interés por este área del conocimiento se vio incrementado. Y ya no me abandonó. Semanas más tarde hablé con Nuria Terribas, en aquel entonces Directora del Instituto Borja de Bioética, quien acogió con entusiasmo la posibilidad de que yo elaborase una monografía sobre Neuroética para dicho Instituto. Y aquí estamos... A ellos, mi cariño y mi profundo agradecimiento.

Está claro que, cuando llevamos 15 años de este siglo XXI, el estudio interdisciplinar del cerebro y de la mente está siendo el centro principal de atención de la comunidad científica y, también, de la opinión pública. La fuerza de los medios de comunicación tiene mucho que ver con ello. El cerebro está de moda. No hace falta más que recorrer los titulares que casi todos los días aparecen en periódicos y revistas. He aquí algunos de ellos:

“Mediaset mide los sentimientos del público en B&B y El Príncipe. La cadena evaluó ambas series con técnicas de neuromarketing”, “Controlar armas con la mente. Tendrían que someterse a escáneres cerebrales y tomar cursos de estimulación neuronal para mejorar su aprendizaje”, “Alcanzaremos la inmortalidad haciendo copias de nuestro cerebro”, “El cerebro humano, al desnudo”, “Un detective con acceso total al cerebro”, “iBrain, el invento diseñado para leer el pensamiento de Hawking”, “Científicos alemanes descubren la cura de la infidelidad masculina. Inhalar un spray de oxitocina asegurará la fidelidad y la monogamia en los hombres”, “¿Es la hiperactividad una enfermedad?”, “Tu mejor amigo será un computador: él conocerá tu alma”, “Aprenderás un idioma cargando una aplicación en tu cerebro. ¡Lo harás!”, “¿Somos buenos (o malos) de nacimiento?”.

El libro busca sugerir, informar, provocar e invitar a nuevas reflexiones, nuevos diálogos. Este es el estilo serendípico, al que intenta hacer honor. Pretende ofrecer un marco ético integral y no reduccionista desde el que valorar todas estas cuestiones. Y aunque la buena Ética comienza con buenos datos, resulta evidente que por mi formación predomina la perspectiva bioética.



Algunos temas han quedado fuera, como el estado vegetativo persistente y la Neuroeconomía y el Neuromarketing; otros hubieran merecido un mayor desarrollo, como el del Neuroderecho, la Neuropolítica y la Seguridad Nacional, o el relativo al desarrollo de la conciencia moral en el niño y en el adolescente. Pero el tiempo apremiaba, uno es limitado y la obra ya acumulaba una extensión considerable.

Son nueve capítulos, precedidos de una introducción y coronados con un epílogo (Bioética en Babel). Consta, además, de un apartado final en el que se recoge todo el material bibliográfico que está en la base del libro y sobre el que sustento mis conclusiones. Los títulos de los capítulos dan cuenta ya de su contenido: La revolución de las Neurociencias; ¿Bioética y Neurociencias o Neuroética?; Neurocentrismo, Neuroesencialismo; La prudencia, la humildad y el principio de responsabilidad en la Era de las Neurociencias; Mejora humana; Transhumanismo; Derecho, Política y Seguridad Nacional a la luz de los avances neurocientíficos; El impacto de las Neurociencias en la Educación; Dios y las Neurociencias.

El subtítulo, *vino viejo en odres nuevos*, pretende resumir la gran conclusión a la que he llegado: a pesar de ciertas declaraciones grandilocuentes, magnificadas por algunos titulares de prensa, las Neurociencias no han resuelto los grandes interrogantes del ser humano, y dudo mucho que lo vayan a hacer algún día.

Por último, quiero dejar constancia de la dedicatoria del libro: a Francesc Abel, uno de los padres de la Bioética. Y lo hago como homenaje agradecido; pero también como reivindicación de su fecundo legado, que entre todos debemos profundizar y prolongar en el tiempo.

José Ramón Amor





Reseña de Libros

Pautas bioéticas. La industria farmacéutica entre la ciencia y el mercado

Ricardo Páez

Fondo de Cultura Económica, UNAM, México 2015, 340p.

El libro cuyo nombre lleva el título de esta columna, acaba de ser publicado por el Dr. Ricardo Páez, médico, bioeticista e investigador del Programa Universitario en Bioética de la Universidad Nacional Autónoma de México. A continuación se presentan algunas ideas claves del mismo.

Diez contradicciones en la investigación de nuevos medicamentos, vista desde los países del Sur:

1. La mayoría de la investigación en los países de mediano o bajo ingreso es patrocinada por la Industria farmacéutica, dado el bajo presupuesto destinado por el Estado a este rubro.
2. Muchas de estas investigaciones se hacen en hospitales públicos, utilizando infraestructura, recursos, personal y sobre todo el amplio número de pacientes que tengan la enfermedad cuya cura se pretende lograr.
3. La Industria farmacéutica invierte donde obtiene más rentabilidad, en *enfermedades que valgan la pena*, descuidando investigar tratamientos para aquellas que representan la mayor carga de la enfermedad para las grandes mayorías de la población, por ejemplo las enfermedades tropicales.
4. La Industria farmacéutica investiga sobre todo tratamientos para enfermedades de países de alto ingreso, tales como las oncológicas, las cardiovasculares o las metabólicas, compartidas también por los países emergentes; pero los protocolos no se adaptan a las grandes necesidades en salud de los países huéspedes, como México, marcados por la pobreza, la falta de educación, y la ausencia de mínimos para una vida digna de las mayorías.
5. Se investiga más en pequeños cambios en las moléculas que obtienen pocas mejoras en el mejor tratamiento aprobado para una enfermedad (*gold standard*), pero cuyo precio será mucho más alto. Se trata de estrategias para prolongar las patentes (*evergreening strategies*), por ejemplo, a través de nuevas mezclas farmacéuticas.
6. Los productos exitosos se venden a un costo impagable para la mayoría de la población de países como México. La inclusión de las nuevas moléculas en el cuadro básico de la medicina pública es prácticamente impensable.
7. Investigar en países de mediano o bajo ingreso densamente poblados, representa para la Industria un ahorro en costos de alrededor del 60%, así como liberarse de varios requisitos legales.
8. El 90% de los recursos mundiales destinados a la investigación, se concentran en el 10% de la población mundial.
9. Los determinantes sociales de la salud (pobreza, marginación, carencia de servicios médicos) hacen proclive a gran parte de la población a aceptar formar parte de investigaciones con tal de obtener atención médica, la cual será de mejor calidad respecto al resto de pacientes que esperan turno para ser atendidos por la medicina pública.
10. A muchos investigadores locales no se les da trato de iguales. Da la impresión que “se maquila” la investigación desde la Industria radicada en países de alto ingreso (tales como Estados Unidos, Japón, algunos de la comunidad europea), donde se diseñan los protocolos y su implementación en el extranjero.

¿Cómo ha sido abordado el problema por la bioética?

Se trata de un tema propio de la bioética aplicada reflexionado a la luz de las teorías de la justicia. Para los liberales una transacción es justa siempre y cuando se pida permiso y no se dañen los intereses de las partes. Bajo esta óptica, las investigaciones de la Industria no son injustas, puesto que hay un acuerdo entre las partes, regulado mínimamente por el Estado. La justicia distributiva ha señalado la necesidad de dar a cada quien lo que le corresponde, de donde se deriva el principio: *a casos iguales, tratamientos iguales, a casos distintos, tratamientos distintos*. Esto supone una regla más estricta o menos minimalista para distribuir beneficios en la investigación, que podría traducirse como, *mismas investigaciones, mismos beneficios, aunque se hagan en países distintos*. El enfoque desde los derechos humanos no deja de ser relevante al señalar la inviolabilidad de la dignidad de cada persona, y por lo tanto el deber de

garantizar cuando menos la atención médica requerida durante la investigación y la compensación justa si el paciente es dañado.

Una comprensión más integral de la problemática demanda otros enfoques de justicia:

- Ante la gran desigualdad generada por la globalización y el orden internacional establecido, se requiere una justicia cosmopolita que evite beneficiar a unos a costa de dañar a otros (Thomas Pogge).
- Frente a las escasas posibilidades y capacidades de transformación, sobre todo en sitios donde el Estado está rebasado (como México), hace falta una justicia práctica que ofrezca guías de acción a la luz de un marco normativo (Onora O'Neill).
- Debido a la dinámica de la macroeconomía que lucra sin límites y su divorcio de la ética, se necesita una ética económica que desde la entraña misma del mercado ofrezca pautas razonables de empoderamiento (capacidades y funciones) de los más débiles (Amartya Sen), o promover un florecimiento humano individual y colectivo que abarque múltiples necesidades y capacidades (Julio Boltvinik).
- Ante contextos donde abundan los determinantes sociales de la salud que se retroalimentan entre sí, es menester preguntarse qué inequidades importan más (Madison Powers y Ruth Faden), y cómo las investigaciones pueden dirigirse a solucionar problemas que impiden a los individuos desarrollarse, o ayudar a aliviar las grandes necesidades en salud (Alex London).

En definitiva, es necesario ir más allá de la justicia distributiva para adentrarse en la justicia social.

Finalmente, es necesario que la reflexión sobre lo justo se concrete en pautas que guíen la acción, a partir de obligaciones de no dañar y de generación de bienestar para los distintos responsables involucrados en la investigación: la Industria farmacéutica, los investigadores, los monitores clínicos, las autoridades en salud, los pacientes y los comités de ética en investigación.

Entre las principales pautas están:

1. Realizar investigaciones cuya pregunta de investigación sea relevante para la comunidad huésped.
2. Garantizar el acceso al producto exitoso de la investigación a los voluntarios (tal como lo pide la Declaración de Helsinki No. 34).
3. Negociar tratos más equitativos con la Industria garantizando beneficios destinados a la generación de conocimiento local e infraestructura, para mejorar la calidad de la atención sanitaria.
4. Evitar el pago directo de la Industria a los investigadores.
5. Dar un trato más equitativo a los investigadores locales, incluyéndolos como auténticos pares en las investigaciones.
6. Contribuir a la creación y capacitación de comités de ética en investigación.

La lista de obligaciones es mucho mayor, pero sobre todo, es flexible y adaptable según la circunstancia de cada lugar. Algunas pueden parecer exigentes, pero ninguna de ellas es inalcanzable mientras existan deseos de honrar mínimamente a la justicia.

Dr. Ricardo Páez
ricardomsps@gmail.com



Variaciones en la ley de autonomía del paciente

Fernando Abellán

La conocida como Ley de autonomía del paciente (Ley 41/2002) es uno de los instrumentos jurídicos de mayor inspiración bioética. Gran parte de sus previsiones han sido la plasmación de décadas de debate bioético en las que se produjo la construcción doctrinal de conceptos que hoy día nos son tan familiares como el consentimiento informado o las instrucciones previas. En gran medida puede decirse que esta ley y otras del ámbito sanitario, como la de investigación biomédica, la normativa de ensayos clínicos, la de muerte digna, etc., le deben mucho a la bioética.

Pues bien, en las últimas fechas se han producido variaciones en este texto legal que obedecen a dos fenómenos distintos: por un lado, a reforzar el control sobre los recién nacidos y su vinculación filial a la madre desde el primer instante, con el fin de atender la alarma social por los casos de los “niños robados” que han saltado a los medios de comunicación; y, por otro lado, a reducir el grado de autonomía de los menores en la asistencia sanitaria, pensando fundamentalmente en los casos que afectan a los Testigos de Jehová.

Las modificaciones referidas vienen enmarcadas en dos leyes distintas. La primera de ellas es la Ley de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil (Ley 19/2015), cuya novedad principal consiste en que, desde el 15 de octubre de 2015 en que entra en vigor, obliga a que la inscripción de los recién nacidos se realice directamente desde los centros sanitarios, a modo de «ventanilla única», donde los padres, asistidos por los facultativos que hubieran atendido el parto, deben firmar un formulario oficial de declaración al que se incorporará el parte facultativo acreditativo del nacimiento, que se remitirá telemáticamente desde el centro sanitario al Registro Civil, utilizando firma electrónica. Deja de ser necesario, por tanto, acudir personalmente a la Oficina del Registro Civil para realizar la inscripción del nacido, y se ha de hacer en lo sucesivo por certificación médica electrónica. Y lo mismo debe suceder para las defunciones.

En lo referente a la Ley de autonomía del paciente, la citada norma establece que cuando se produzca el nacimiento la historia clínica incorporará, además de la información ya prevista antes de la reforma, los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que resulten, en su caso, necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre. Esos datos formarán parte de la historia clínica del recién nacido, donde se conservarán hasta su fallecimiento y, producido éste, se trasladarán a los archivos definitivos de la Administración correspondiente, donde se conservarán con las debidas medidas de seguridad.

Se incorpora igualmente una limitación fuerte de acceso a esta información, por cuanto se prevé que los citados datos de la historia clínica relacionados con las pruebas biométricas, médicas o analíticas que resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre del recién nacido, sólo podrán ser comunicados a petición judicial, dentro del correspondiente proceso penal o en caso de reclamación o impugnación judicial de la filiación materna.

Por tanto, a las consabidas restricciones del derecho de acceso a la historia clínica del paciente, contenidas desde el inicio de la Ley de autonomía y que afectan tanto a las anotaciones subjetivas de los profesionales como a las anotaciones por revelaciones de terceros en interés terapéutico del propio paciente, se suma ahora la perfilada en esta materia.

La segunda de las leyes en la que se contiene una modificación de la Ley de autonomía del paciente, es la Ley que modifica el sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (Ley 26/2015), que, entre otros aspectos, obliga a los profesionales sanitarios a reaccionar ante las denominadas “situaciones de riesgo” para los menores, incluida la situación de riesgo prenatal, definida como la falta de cuidado físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así como cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar enfermedades o anomalías

físicas, mentales o sensoriales al recién nacido. En estos supuestos los servicios de salud y el personal sanitario deberán notificar la situación a la administración pública competente, así como al Ministerio Fiscal.

En lo tocante a la Ley de autonomía del paciente, se incorporan los criterios recogidos en la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado relativa a los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave. Esta Circular postula en sus conclusiones la necesaria introducción del criterio subjetivo de madurez del menor junto al objetivo, basado en la edad, abogando por aplicar un criterio mixto.

La traducción de lo anterior en la Ley de autonomía se materializa fundamentalmente en dos variaciones: la primera, es que así como hasta la fecha lo que decía la norma es que el menor maduro podía consentir por sí mismo y que en los casos de grave riesgo para su salud los padres serían “informados” y su opinión “tenida en cuenta” para la toma de decisión, a partir de esta modificación el consentimiento lo presta directamente el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo. Es decir, se invierte la situación, pues si antes era el menor maduro el que decidía sin perjuicio de oírse a los padres, ahora son estos últimos los que deciden sin perjuicio de oír al menor.

En segundo lugar, se añade un apartado nuevo que prescribe que en los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, la decisión debe adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente, y en caso contrario deberá ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad. Es otras palabras, desde un prisma bioético se impone la primacía de los principios de no maleficencia y de beneficencia respecto del principio de autonomía.

Esta variación que se comenta no tiene por qué afectar a los supuestos de instrucciones previas o testamento vital, pues en estos últimos casos, que se tratan en otro apartado de la Ley de autonomía no modificado, no hay realmente consentimiento por representación. Recuérdese al respecto que el representante que puede designar el paciente en relación a sus instrucciones previas no tiene en ningún caso capacidad para decidir por aquél, sino que es un mero interlocutor con el médico para procurar el cumplimiento.

A modo de resumen, puede afirmarse que con esta modificación que contiene la Ley de protección de la infancia y la adolescencia, la autonomía del menor sufre una cierta regresión, en la línea de la que igualmente se prevé respecto de la interrupción voluntaria del embarazo, donde se ha modificado la normativa para exigir también el consentimiento de los padres.

Escribiendo sobre la enfermedad del cáncer (2)



TARANILLA, R., *Mi cuerpo también*. Los libros del lince, Barcelona, 2015, 194 pp.

En consonancia con la mentalidad actual y la nueva actitud sobre el cáncer a que me refería en la parte anterior está escrito este libro.

Publicado años después de que, a finales de 2008, recibiera el diagnóstico de un cáncer, un linfoma de no Hodgkin, *Mi cuerpo también* «nació en un arrebatado de lucidez» (p. 14), la última vez que la autora¹ acudió a la consulta de control de un hematólogo, ya remitida la enfermedad. Después de haberse negado durante un tiempo a narrar el decurso de su enfermedad —por parecerle irrelevante—, de resistirse a contar o plasmar por escrito cómo lo estaba pasando y lo que le estaba sucediendo —interpretado como una liberación—, tuvo ocasión de conocer su historia clínica; en ella numerosos informes de especialistas iban relatando el transcurrir de su enfermedad y los avances de la terapia, a partir de la frase «Mujer joven 27 años afebril refiere dolor de espalda» (pp. 14-15); fue entonces cuando tomó conciencia de que su cómodo silencio de evasión había dado paso a que el estamento médico y la maquinaria clínica se hicieran con las riendas de la enfermedad y la dominaran por completo.

Por lo general, los equipos médicos logran el gobierno de los cuerpos y el control del tratamiento, gracias al crédito de que gozan la medicina y la organización social de la práctica clínica, para lo que se sirven de un «tecnolecto médico» (p. 22); lo que empuja al enfermo a delegar en ellos la gestión de su enfermedad: «Dejarse hacer es gran parte de lo que se espera del enfermo» (p. 15). Volver a ser la protagonista y la gestora de su vida, de su cuerpo enfermo, del *oncocuerpo*, es lo que se propuso Raquel Taranilla: «En aquel momento, en caída fulminante, empecé a dejar de ser el actor de las oraciones que hablaban de mí para pasar a ser el objeto (hay que duchar a R.) o el destinatario (prepara la cena a R.). Recuperarme de la enfermedad fue, en esencia, la reconquista del ser agente» (p. 36).

Ese párrafo pertenece a la primera parte del libro, “El lado de la salud”, en la que se refiere lo acontecido antes de la confirmación del diagnóstico definitivo: los primeros síntomas e intensos dolores físicos y emocionales, las entradas y salidas de ambulatorios y hospitales, los errores o fallos diagnósticos, las prescripciones médicas, los sentimientos de responsabilidad sobre el cuidado del cuerpo y de culpabilidad por el deterioro de la salud, la posible lectura poética de la enfermedad contraída, el cambio en las relaciones con familiares y amigos, el recurso a otras técnicas de sanación, uno de cuyos dictámenes llevó a R. Taranilla a pensar «por vez primera en la muerte como un alivio, como una puerta de salida disponible cuando la vida se vuelve insoportable» (p. 54).

En la segunda parte, “El lado de la enfermedad”, se recuenta detalladamente lo que sucedió tras una resonancia magnética por y en la que «el linfoma había sido visto. Y por lo tanto existía y yo era al fin una enferma acreditada» (pp. 60-61): desde la operación en la que «se había logrado extraer gran parte de la masa que crecía en el interior de mi columna y que se trataba de un linfoma» (p. 73), un linfoma intramedular que la biopsia reveló como muy agresivo, «un linfoma linfoblástico de células B» (p. 75), y el tratamiento médico de la terapia contra el linfoma —implantación de un catéter, un drum, «un dispositivo diabólico y medieval» (p. 99) para la aplicación «de ciclos de quimioterapia» (p. 92)— y de sus efectos secundarios —caída del cabello, «precedida por un dolor muy leve en el cuero cabelludo» (p. 135) y esterilidad, pues «la quimioterapia a grandes dosis asola la reserva ovárica» (p. 93), que intentó evitar sometiéndose a un «ensayo clínico» que «no funcionó» (p. 131) —, así como el trasplante de médula ósea, un autotrasplante, después de cinco ciclos de quimioterapia y de «cinco punciones lumbares» (p. 118); hasta la magnífica y cauta noticia de la remisión del cáncer cuando los médicos, tras la última resonancia, comunicaron que «ya no había signos apreciables del linfoma en mi cuerpo, y escribieron “remisión completa” en mi historia clínica» (p. 155) y la decisión de concurrir a la oferta

de «una plaza de profesor asociado en la Facultad de Derecho» (p. 179) en la especialidad de lenguaje jurídico.

El nexo de unión entre ambas partes es la resolución de Taranilla de enfrentarse a la enfermedad sin creer en fantasmas ni en segundas partes (p. 124) y con el firme deseo de saber —planteé al doctor la pregunta «a qué se debe» (p. 26), «pregunté a Lluís por la causa de mi enfermedad» (p. 108)—, y también con el auxilio de sus lecturas², sin caer en optimismos infundados ni dejarse llevar por un sentimentalismo lastimero. Como la propia autora ha declarado: «Me parece desafortunada la dualidad basada en una mente (o, en su caso, en un alma) virtuosa que vive encerrada en un cuerpo, que a la que puede se desliza hacia el pecado o la enfermedad. No creo que haya un yo al margen del cuerpo, a pesar de que la irrupción de la enfermedad con frecuencia cree ese espejismo. Antes de recibir el diagnóstico del cáncer, cuando el dolor me vencía, experimenté esa disociación ficticia. Lo cuento en la primera parte del libro. Por otro lado, es cierto que me impongo no caer en sentimentalismos. Y eso responde, de un lado, a un mandato ético; y, de otro lado, a una preferencia estética»³. Luego, refiriéndose al propósito de su libro, recordará que «en paralelo a la historia oficial de mi enfermedad, propongo una historia alternativa, empleando mi bagaje intelectual, ético y estético. Frente al relato de los médicos (que entiendo como un relato vertical), hago valer mi voz en el hospital (en un relato que es horizontal, como la posición a la que condenó la terapia a mi cuerpo). Ambos son complementarios e igual de metafóricos y parciales.»⁴

Entre las cuestiones que habrá de abordar la ética, Raquel Taranilla apunta el papel de agentes sociopolíticos que desempeñan los profesionales de la medicina, la imposición al enfermo de esa identidad reduccionista que equipara la persona y el cáncer, la servidumbre de la práctica médica a la moralidad y los intereses económicos de las élites, el enlace y la correlación entre cáncer y genética, que vincula a la denominada “regla de responsabilidad”, la cual rige nuestra gestión corporal sin limitarse a los actos voluntarios sino que penetra hasta lo más recóndito e íntimo de un organismo.

La autora termina el libro, esta historia alternativa de su enfermedad, comunicando que se encuentra acampada en esa “sala de espera” —título del epílogo— que tiene la curación o la recaída como únicas puertas de salida: «En definitiva el cáncer ejerce un influjo en mi vida denso y transversal, pues no es simplemente algo que me pasó, sino sobre todo algo que me constituye.» (p. 194)

José Antonio Martínez,
Doctor en Filosofía y
Catedrático de Bachillerato

¹ Raquel Taranilla (Barcelona, 1981) es licenciada en Derecho y doctora en Filología Hispánica. Se dedica a analizar la sociedad a través de sus prácticas discursivas; en particular, se ha ocupado del discurso de la administración de justicia y de la policía. Es autora de *La justicia narrante*, que aborda la construcción de la verdad en el proceso penal. Ha impartido clase en la Universidad de Barcelona y en la Escuela Judicial Española. Actualmente vive en Doha, donde coordina el programa de lengua española en la Universidad Hamad bin Khalifa (Qatar Foundation) [<http://www.loslibrosdellince.com/mi-cuerpo-tambien-raquel-taranilla/>].

² A lo largo del libro va evocando a escritores, filósofos, poetas, historiadores, periodistas, ..., muchos de ellos fallecidos a causa de un cáncer: Emil Cioran, Susan Sontag, Sylvia Plath, Michel Foucault, John L. Austin, Eliot Freidson, Mary Shelley, Jacques Vergès, José Comas, Anatole Broyard, Vladimir Propp, Bette Davis, Hervé Guibert, Vasili Grossman, Eli Lilly, Cristóbal Pera, Jules Laforgue, Lucrecio, Eugenio Trías, Siddhartha Mukherjee, Giorgio de Chirico, Robert O. Hickman, José Ángel Valente, Akira Kurosawa, Rainer M. Rilke, Ivan Illich.

³ Entrevista de Pedro M. Domene en el suplemento literario del *Diario de Córdoba*, “Cuadernos del Sur”, (11/04/2015) [http://www.diariocordoba.com/noticias/cuadernos-del-sur/raquel-taranilla_954123.html]

⁴ *Ibíd.* Cfr. *Mi cuerpo también*, pp. 15-16 y 193.

Me da que pensar... la eficiencia

Parece que la eficiencia es el valor por excelencia de nuestro mundo actual, los demás valores en algún sentido palidecen o se difuminan. De manera que en el momento de tomar una decisión la eficiencia tiene un peso específico francamente importante, haciendo que perdamos de vista otros valores que al menos en las profesiones sanitarias hasta no hace mucho eran prioritarios.

La eficiencia es un valor que de forma transversal está presente en gran parte de las decisiones que tomamos, casi siempre se toma en consideración, es como una especie de sombra que desdibuja otros valores, que les hace perder nitidez.

En el ámbito de la sanidad pública es un término que aparece muy a menudo, que los gestores utilizan de modo habitual, y que ha ido impregnando todos los niveles de la organización. Los gestores como responsables de administrar recursos públicos para mejorar la salud o paliar la enfermedad, dos caras de una misma moneda, deben optimizar los recursos destinados al ámbito sanitario. Se entiende que las organizaciones son **eficientes cuando utilizan menos recursos y menos tiempo para lograr un objetivo, o cuando logran los mismos objetivos con menos recursos o en menos tiempo.**

La cuestión es: *¿qué es lo importante, la eficiencia o los objetivos pretendidos?* Vaya por delante que para mí **lo importante son los objetivos. La eficiencia es un instrumento** para lograr unos objetivos, pero éstos son los que han de estar claros, y sobre los que la sociedad debe deliberar, especialmente sus representantes.

La eficiencia en sí misma es una especie de arma de doble filo. Podemos ser eficientes porque logramos muchos objetivos con pocos recursos. Pero es posible que el interés en aumentar el número de objetivos logrados nos haga proponernos unos

objetivos deprisa y corriendo, fácilmente alcanzables, y olvidemos que **lo principal son los objetivos y no la eficiencia.**

Que los recursos son limitados es algo que hoy se acepta de forma unánime, que se deben utilizar de la mejor forma posible, completamente de acuerdo. Pero eso no evita la necesidad de un debate acerca de cuáles deben ser estos objetivos, ni la necesidad de un acuerdo suficiente en cuáles deben ser. **Si a este acuerdo no se llega con argumentos sólidos la eficiencia por sí misma no resolverá los problemas en el ámbito de la sanidad pública.**

Otro elemento que forma parte de la noción de eficiencia es **el tiempo**. Lograr el objetivo o los objetivos en **el menor tiempo posible** es también una manera de entender la eficiencia. Establecer objetivos que requieran poco tiempo para lograr un mayor número de objetivos en un tiempo dado, tiene el riesgo de no establecer los objetivos verdaderamente importantes, sino aquellos que se puedan lograr de forma rápida aunque no sean los más adecuados.

En el ámbito público de la salud los objetivos no deben ser elegidos para ser eficientes como administración, sino que **la administración debe ser eficiente para lograr unos objetivos** establecidos previamente que **sean un valor en sí mismos**. Por tanto **no se trata de no tomar en consideración la eficiencia, sino de ponerla en su lugar, primero elegiremos unos valores y después intentaremos ser lo más eficientes posible para lograrlos**. Valores como la salud, la calidad de vida, la ausencia de enfermedad están relacionados con el ámbito de la salud de las personas. Estos valores estrechamente relacionados con la salud deben estar entre los valores a tomar en consideración a la hora de poner objetivos en el ámbito de la salud.

Desde mi punto de vista la eficiencia es un valor instrumental, como el dinero, **pretendemos ser eficientes "para algo", no tanto ser eficiente simplemente por el hecho de serlo**. Ser eficientes en nuestro trabajo es necesario. Estamos manejando recursos humanos y materiales de toda la sociedad y tenemos la obligación de hacerlo lo mejor posible. En

el caso de la sanidad para lograr la mayor cantidad y calidad de salud, o mejor, para disminuir la enfermedad en lo posible. Por tanto no se trata de ser eficiente por el mero hecho de serlo, sino que tiene un “para” que va más allá de sí mismo. **La eficiencia es un valor para lograr otros valores.** Se parece en algún sentido al dinero, sin el dinero no se podrían realizar valores como evitar la enfermedad mejorar la salud etc., pero **el dinero es importante como valor porque sirve para eso, y lo mismo le sucede a la eficiencia.** Son valores que se deben tomar en consideración, pero si nos quedamos solo con ellos es como quedarse con la cáscara de un fruto, están vacíos.

Por tanto no se trata de hacer mucho con pocos recursos y en el menor tiempo posible, lo verdaderamente importante es saber **qué es necesario e importante hacer en relación con la salud y la enfermedad de las personas.**

En la vorágine que nos envuelve olvidamos frenar un momento y pararnos a pensar si no estaremos haciendo muchas cosas que no sólo no benefician sino que causan daño. Veamos un ejemplo. Cuando los pacientes llegan a cuidados paliativos habitualmente se les suprimen una serie de tratamientos y en los primeros días mejoran. Eso debería hacernos reflexionar y pensar que seguramente hemos tardado demasiado en retirar tratamientos que pretendían curar, y hemos causado un sufrimiento inútil manteniéndolos. Sin embargo solemos pensar que hemos hecho todo lo que hemos podido hasta el final. Estoy segura de que deberíamos haber aceptado antes la derrota ante la enfermedad y haber ido aumentando progresivamente el ámbito de los cuidados procurando el confort del paciente y abandonando los tratamientos curativos más agresivos.

Una muestra de esta reflexión por parte de algunos profesionales es el cambio de nombre de “limitación del esfuerzo terapéutico” por el de “adecuación del esfuerzo terapéutico”. Verdaderamente de lo que se trata es de adecuar el esfuerzo terapéutico a la situación concreta, tomando en consideración las posibilidades de curación y las posibilidades de paliar el sufrimiento, por ejemplo controlando los síntomas. Se dice que una retirada a tiempo es una victoria, por tanto una vez comprobada la ineficacia de tratamientos curativos se deben ir abandonando para instaurar en su lugar tratamientos que controlen los síntomas y mejoren la calidad de una vida muy limitada en el tiempo.

La preponderancia de unos u otros valores en las sociedades es lo que las hace distintas unas de otras. Cada sociedad va siendo dibujada por aquellos valores que son preponderantes. Una de las características de los valores es que no están realizados del todo, pero tienden a realizarse. En las decisiones que tomamos pesan los valores que se consideran prioritarios en el momento en que vivimos, nos hemos ido impregnando de esos valores de nuestra sociedad desde los primeros años de vida y forman nuestro “background”, aquel que se hunde bajo nuestros pies cuando nos cuestionan los valores, tal y como señalaba Ortega. **Quizá sea importante aprender a vivir en ese cuestionamiento, en ese vaivén, en esa incertidumbre que nos obliga a dar razón de los valores que defendemos, procurando con ello un debate plural enriquecido con los distintos argumentos que dan las diferentes perspectivas.**

El debate relacionado con los valores que nuestra sociedad considera importantes en el ámbito de la salud es necesario, si no se delibera de forma seria corremos el riesgo de confundir valores instrumentales con valores intrínsecos y tratarlos de forma inadecuada en el debate. La eficiencia es un valor instrumental, no quiere decir que no sea importante, simplemente es un medio posiblemente imprescindible pero un medio para realizar otros valores.

Esta propuesta nos lleva a tomar en consideración la eficiencia de manera que cuando entre en conflicto con otros valores, procuremos que el curso de acción elegido ante el problema ético, lesione lo menos posible los valores en conflicto, tanto la eficiencia como los otros valores relacionados con la salud de forma más específica.

Gracia Álvarez Andrés, Máster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid.
Enfermera y siempre alumna.

Correo electrónico: graciaal@gmail.com

Cajón de bioética y más

Ajedrez y deliberación

*También el jugador es prisionero
(la sentencia es de Omar) de otro tablero
de negras noches y de blancos días.*

*Dios mueve al jugador, y éste, la pieza.
¿Qué Dios detrás de Dios la trama empieza
de polvo y tiempo y sueño y agonía?*

J. L. Borges

Para mí el peón libre tiene alma y le sucede lo mismo que al hombre: posee aspiraciones que duermen dentro de él en forma desconocida y temores cuya existencia apenas sospecha.

A. Nimzowitsch

Recientemente ha tenido lugar un curso sobre el potencial educativo del ajedrez (UIMP, Santander, 2-4 de septiembre de 2015. Dir: Leontxo Gracia. Marcos Alonso) y ha quedado de manifiesto todo aquello a lo que el ajedrez contribuye de una forma poderosa. No se trata de fabricar “grandes maestros”, sino de caer en la cuenta de las virtualidades del ajedrez educativo. España es una de las grandes potencias mundiales en el desarrollo de este tipo de ajedrez. Merece la pena señalar las contribuciones en la escuela, pero sobre todo en contextos de marginación (cárceles, por ejemplo) y de especial significación el valor terapéutico del ajedrez para luchar contra el deterioro de terribles enfermedades como el Alzheimer.

Me gustaría indicar, al hilo de mi propia intervención en el curso, que el ajedrez sirve para desarrollar un tipo de inteligencia próxima a la que se desarrolla en los procesos deliberativos. Me atrevería a decir que jugar al ajedrez puede contribuir a hacernos mejores deliberadores. ¿En qué sentido? ¿Por qué? Intentaré explicarlo brevemente, por lo menos dar alguna pista que deberá ser continuada en trabajos posteriores.

Hábitos mentales deliberativos

Decía Miguel de Unamuno que “el desarrollo de la inteligencia en ajedrez sirve para ganar al ajedrez”. Es cierto, ganamos al ajedrez, pero también nos ayuda al ejercicio de la deliberación. Con el ajedrez, con su juego, con el análisis de partidas, desarrollamos hábitos mentales coincidentes en buena parte, no totalmente, con el método deliberativo tal y como desarrollamos en bioética. Desarrollamos una inteligencia práctica, y no sólo, como suele pensarse, una inteligencia estratégica.

Bien es cierto que no nos ofrece un “conocimiento”, sino que nos ayuda formalmente en el desarrollo de ciertas capacidades esenciales para movernos en la complejidad del mundo. Se trata, podríamos decirlo así, de un “recurso para el método” (un recurso para el método deliberativo).

¿Qué ganamos jugando al ajedrez (además de poder ganar la partida)? Repasando brevemente las muchas publicaciones que existen al respecto podríamos enumerar algunas ganancias como: visualización de problemas, gestión del tiempo, capacidad de asumir el éxito/fracaso (y gestionar la frustración), intuición, creatividad, adaptabilidad (flexibilidad), ponerse en lugar del otro, capacidad crítico-reflexiva, disciplina, conocer límites y posibilidades, pensar matemático, memoria, concentración y atención, organización, pensamiento abstracto creativo, etc., y tantas otras.

Cuando tomamos decisiones (cuando deliberamos) estamos: evaluando posiciones, analizando situaciones y disponiendo un orden de actuación. En este proceso es esencial una visión global (visión de conjunto) de la partida (del problema ético) y al mismo tiempo un enfoque particular. Se trata de no perder la perspectiva. Así el jugador de ajedrez: 1) Observa; 2) Comprende; 3) Deduce; 4) Planifica; 5) Calcula; 6) Decide (actúa).

Entran en juego procesos complejos de análisis, estrategia y táctica. Considero que es perfectamente extrapolable a situaciones complejas de la vida cotidiana. El ajedrez desarrolla determinados hábitos mentales que entran también en juego en proceso de deliberación, tal y como se utiliza en bioética.

El juego del ajedrez inspiró el desarrollo de la teoría de juegos y la teoría de la decisión racional. El concepto de racionalidad que existe detrás de esta teoría responde a un modelo matemático, de carácter deductivo, y de posible desarrollo informático. Las teorías deliberativas actuales, en muy diferentes campos, han puesto de relieve la parcialidad de este modelo de toma de decisiones. Sin entrar ahora en el interesante tema que es la comparación entre la teoría de la decisión racional y la deliberación, me gustaría señalar algo que tiene que ver con la idea de “juego de ajedrez” que se maneja. En la teoría de juegos se piensa en el ajedrez como mero cálculo, cálculo matemático, que puede implementarse en un ordenador. Los trabajos más actuales sobre el ajedrez muestran la complejidad y riqueza del juego. En la búsqueda de la mejor jugada se ponen en marcha procesos que van más allá de lo lógico-matemático. Cuando jugamos al ajedrez... ¡no se trata simplemente de calcular! O dicho de otra: lo que significa calcular se ha vuelto mucho más complejo.

Escuela de deliberación

Sin entrar ahora en lo más importante –jugar una partida de ajedrez– me gustaría que nos fijásemos en algunas prácticas que envuelven al hecho mismo de jugar al ajedrez (en un torneo, en una escuela, etc.). Menciono tres:

1. Podemos analizar una partida en voz alta, dando razones de lo que hemos hecho, por qué lo hemos hecho, o por qué hemos dejado de hacer algo. El “análisis del pensamiento en voz

alta” ha sido muy habitual con jugadores de ajedrez. Se trata simplemente de exteriorizar aquello que pensamos, que intuimos, el hecho de comunicarlo, de dar razones, de tener que explicarnos, nos somete a un ejercicio intelectual de confrontación y comunicación de la propia perspectiva. Nos sitúa, me atrevería a decir, en situación de deliberación.

2. Muchas veces al jugador de ajedrez, al aficionado, se le ofrece una posición determinada y tiene que ir hacia atrás, y buscar el posible conjunto de jugadas que han llevado a la posición actual y, en sentido contrario, tiene que anticipar posibles movimientos. Dada una posición tiene que moverse retrospectiva y prospectivamente. Piénsese las ventajas de desarrollar este tipo de hábitos mentales en la gestión de problemas éticos.

3. Cuando termina una partida llega el momento del análisis que se hace normalmente con el rival (en pocos juegos sucede esto). Supone un proceso de autoanálisis, en que se tienen en cuenta enfoques variados, pues tenemos que ponernos en el punto de vista del otro (si has jugado con blancas, pensar desde las negras o viceversa) y, también, ser capaces de ver la partida “como si” no fuera nuestra y ser capaces de adoptar un “punto de vista imparcial”.

Jugando y practicando ajedrez, y entrando en estos procesos asociados al juego, aprendemos a movernos en escenarios posibles, alternativos; nos distanciamos, dejamos volar la imaginación y aprendemos a pensar bajo el paradigma del “qué pasaría si...”. El parecido con otras situaciones de decisión y deliberación es notable. Por ejemplo:

1. En ajedrez, se evalúa la posición, pero no es sólo el valor “material” asignado a las piezas, sino que se evalúan los movimientos posibles de las piezas, los entornos dinámicos que abren o cierran;

2. Se juega con un plan; y de igual manera tendremos que preguntarnos en cualquier situación de la vida cotidiana, en cualquier problema ético, cuál es nuestro plan; cuál es nuestro proyecto. “¿Cuál es nuestro rey?”

3. En ajedrez se ejercita la flexibilidad (favoreciendo la innovación y la creación), lo que conlleva la capacidad de abandonar hábitos adquiridos que pueden cerrarnos opciones a la hora de decidir.

4. Nos ayuda a ser prudentes, y esto en los dos sentidos que podemos dar a la prudencia: a) pararse, detenerse, es decir, cautela; y b) exploración, responsabilidad, riesgo (atenerse a la situación y desde ahí... indagar, buscar, etc...). La prudencia es cautela y también responsabilidad (anticipar nuestras acciones y asumir sus consecuencias).

5. El ajedrez nos enseña a gestionar los tiempos y, sobre todo, a buscar los tiempos oportunos, el momento adecuado; buscando “la acción que conviene”. Es la idea griega del “kairós.

Una cuestión de elegancia

La toma de decisiones bajo el modelo del ajedrez no es algo mecánico, lineal, superficial, atropellado, irreflexivo, ni arbitrario. Pero tampoco obedece a un proceso de deducción lógica, deductiva, matemática... Es un proceso de toma de decisión responsable, consecuente y así es fácilmente aplicable a la vida misma.

Los hábitos mentales que se desarrollan en el ajedrez (tal y como lo hemos descrito) son deseables en todo proceso de deliberación madura y responsable. El ajedrez es una escuela de responsabilidad.

¿Qué aprendemos al aplicar, extrapolar o transferir, a la toma de decisiones en ámbitos profesionales los hábitos mentales propios del ajedrez? Siendo muy esquemático diría:

1. Capacidad para detectar problemas-situaciones. Esto implica ser capaz de reconocer e identificar patrones, “contornos” morales. Lo mismo que el ajedrecista aprende patrones (por ejemplo, ocupar con torre una columna abierta), también en ética nos movemos reconociendo problemas y conflictos.

2. Ayuda a desarrollar estrategias de análisis de los propios hábitos, de las propias acciones. Ayuda a introducir elementos auto-evaluativos en la propia actividad. Puede contribuir así a formar “profesionales reflexivos”.

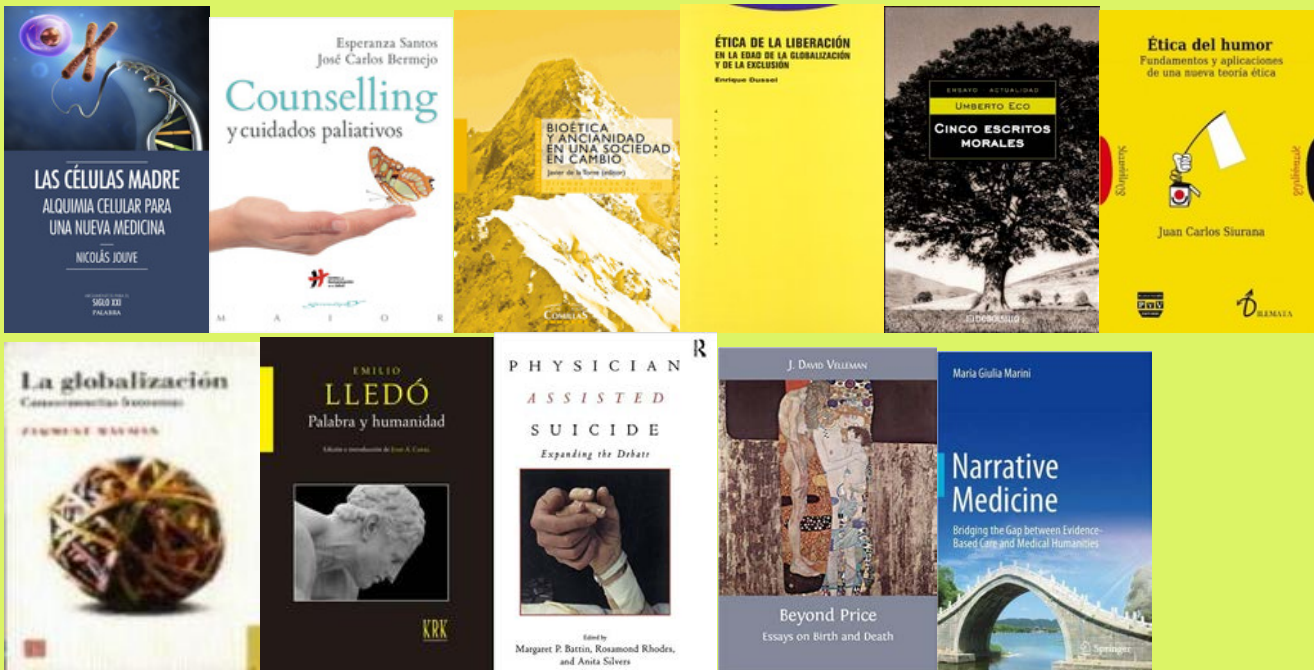
En resumen, aprendemos a elegir, aprendemos ELEGANCIA. Ortega decía que la ética se definía por la elegancia. Con el ajedrez nos entrenamos en las artes de la “elegancia”. Así considerado el ajedrez es: a) un espacio de reconocimiento del otro (“lo otro”-situación; los otros); a nosotros mismos como otros, en relación con procesos de meta-cognición (aprendizajes de “doble bucle”); b) un espacio mimético-metafórico para pensar la vida y así cambiarla; c) un espacio de aprendizaje, de toma de decisiones; cuyas estrategias aprendidas pueden extenderse, como un pequeño laboratorio de pruebas, a los ámbitos deliberativos más diversos, también los bioéticos

Tomás Domingo Moratalla. Profesor de Filosofía moral. UCM

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [X Congreso de la Sociedad Española de Bioética](#). "Neuroética. Yo vulnerable". Barcelona, 13-14 Noviembre 2015.
- [XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados](#). Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) del Instituto de Salud Carlos III de Madrid. Cuenca, 17-20 de Noviembre de 2015.
- [Enfermedades de transmisión sexual: de la epidemiología a la ética](#). Fundación de Ciencias de la Salud. 12 Noviembre 2015. Madrid.
- [III Congreso de Bioética "Aspectos Éticos del acceso a los datos de salud"](#) organizado por el Comité de Ética de la Investigación y Bienestar Animal del Instituto de Salud Carlos III. 19 y 20 de noviembre de 2015, Madrid.
- [III Jornada Nacional Enfermera de Trasplante del Hospital Universitario Ramón y Cajal](#). Madrid. 25-26 de Noviembre de 2015.
- International network on Feminist Approaches to Bioethics. [FAB World Congress](#). Edimburgo, Escocia. 13-15 Junio 2016.
- International Association of Bioethics. [13th World Congress of Bioethics](#). 14-17 Junio 2016. Edimburgo.

Bibliografía y fuentes de Bioética



- Jouve, N. Las células madre: alquimia celular para una nueva medicina. Palabra, 2015.
- Bermejo, J.C. Counselling y cuidados paliativos. Desclée de Brouwer, 2015.
- De la Torre, J. (ed.) Bioética y ancianidad en una sociedad en cambio. Univ. P. Comillas, 2015.
- Dussel, E. Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión. Trotta, 2015.
- Eco, U. Cinco escritos morales. Debolsillo, 2015.
- Siurana, J.C. Ética del humor. Plaza y Valdés, 2015.
- Bauman, Z. La globalización: consecuencias humanas. FCE, 2015.
- Lledó, E. Palabra y humanidad. KRK ediciones, 2015.
- Battin, M.P. & Rhodes, R. Physician assisted suicide: expanding the debate. Routledge, 2015.
- Velleman, J.D. Beyond Price: essays on birth and death. Open Book Pb, 2015.
- Marini, M.G. Narrative medicine: bridging the gap between evidence-based care and medical humanities. Springer, 2015.