

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

## *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 este grupo y de este boletín 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

Mejora y perfeccionamiento cerebral P.2

Las paradojas de la vida P.3

La muerte en nuestra sociedad P.6

Cartas a la directora P.8

Caso clínico comentado P.9

Biopolítica P.12

## Desde la redacción

Aquí está ya el verano, al menos en esta parte del mundo, y con él un poquito más de tiempo libre para descansar y para permitir que, entre baños, excursiones y refrescos, las neuronas dancen libres buscando nuevas sinapsis inexploradas.

Por eso este Boletín nº3 quiere ser una lectura estimulante para seguir pensando en los apasionantes temas bioéticos, para seguir proyectando reflexiones e investigaciones, y para seguir estimulando el debate intelectual.

En este número abrimos una nueva sección titulada "Cartas a la Directora". En el mejor espíritu deliberativo, abierto y plural, este espacio pretende ser un lugar para el debate. En él iremos incorporando las aportaciones de aquellas personas que quieran dialogar con los autores de otros artículos publicados, comentando los puntos que consideren cuestionables, ampliando información relativa al tema que se trate, generando nuevos interrogantes a partir de lo expresado, reflexionando sobre lo que haya podido suscitar la lectura de algún artículo, o, por qué no, valorando positivamente lo aportado.

Éste es un modelo que aparece en los periódicos, donde se expresan opiniones de los lectores. Pero también es típico de las revistas científicas en las que, desde un clima de respeto y buena lid entre pares, se dialoga abiertamente sobre un tema. Éste es el esquema que queremos seguir aquí, en la convicción de que el diálogo constructivo es una forma de aprendizaje continuo y de búsqueda de nuevas ideas.

La deliberación, para ser tal, debe darse en un marco de pluralismo, en el que las ideas valen por la fuerza, consistencia y solidez de sus argumentos. Puesto que no hay verdades absolutas, el camino hacia la sabiduría se construye con el pensamiento compartido.

No estamos demasiado acostumbrados, en nuestro contexto, a diferenciar la discrepancia intelectual de la enemistad personal, y solemos tomar por afrenta lo que tan sólo es diferencia de opinión. Tampoco se nos da demasiado bien el cultivo de las buenas razones en lugar de la descalificación, o de la prudencia en lugar de la violencia. Pero por ello mismo, ya que la bioética propende a ser lugar de batallas a veces bien cruentas, conviene promover el diálogo pausado, sereno, serio y respetuoso.

Esta es la tarea propia de la deliberación, me atrevería a decir que es la tarea propia de la bioética. Y, desde luego, el espíritu que anima este Boletín Bioética Complutense.

**Lydia Feito.** Directora

*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 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<sup>a</sup>. Lydia Feito Grande

### Colaboradores:

D. Diego Gracia Guillén  
D. Tomás Domingo Moratalla  
D<sup>a</sup>. Concepción Gómez  
D. Miguel Melguizo  
D<sup>a</sup>. Pilar Núñez Cubero  
D<sup>a</sup> Teresa Parajón  
D<sup>a</sup> Isabel Roch Hamelin  
D. Miguel Sánchez González

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



# Mejora y perfeccionamiento cerebral

Uno de los frentes de estudio actuales es la posibilidad de la mejora cerebral. La psicofarmacología ha ido desarrollándose y mejorando especialmente los problemas derivados de los efectos secundarios. Sin embargo, los medicamentos cuya intención era terapéutica, afectan a la función cerebral también en la gente sana, lo que genera la posibilidad de su utilización para la mejora de las funciones normales —no patológicas o disfuncionales—. Este potencial de mejora no es, ciertamente, nada nuevo, ni exclusivo de los medicamentos psicotrópicos. El uso de sustancias químicas para alterar los rasgos afectivos o cognitivos normales es habitual (por ejemplo, el consumo de alcohol), y en la medida en que los efectos secundarios puedan ser más tolerables, su uso puede hacerse más atractivo.

Pero existen también técnicas no farmacéuticas que pueden alterar la función cerebral y que, por tanto, también se convierten en herramientas de mejora. Las más importantes son la estimulación magnética transcraneal (TMS), la estimulación del nervio vago, o la estimulación cerebral profunda. Estos métodos se han utilizado ya para mejorar la función mental o el ánimo en pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas médicamente intratables.<sup>1</sup>

La investigación relativa a los efectos de estos métodos no farmacéuticos en la función cerebral de individuos normales se ha limitado a la TMS, la técnica menos invasiva, y ha generado el interrogante acerca de la idoneidad de la mejora de las capacidades cerebrales. Por ahora el perfeccionamiento de la cognición a través de la alteración directa de la función cerebral se refiere a dos tipos de función: la atención y la memoria. La atención se ha estudiado a partir del Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD), en que se ven afectadas la memoria de trabajo, funciones ejecutivas y auto-control cognitivo. Sin embargo, cabe suponer que los hallazgos pudieran emplearse para una mejora de la atención en sujetos normales. Por su parte, la mejora de la memoria sería un objetivo que probablemente tendría bastante aceptación social, si bien hay datos que muestran que una memoria prodigiosa está ligada a dificultades en el pensamiento y en la resolución de problemas. La mejora de la memoria podría tener, no obstante, algunos resultados beneficiosos: permitiría evitar la consolidación de ciertos recuerdos en los trastornos de estrés postraumático, y podría servir para evitar recuerdos dolorosos en cualquier persona.

La pregunta por la deseabilidad o idoneidad moral de la mejora dista de tener una fácil respuesta.<sup>2</sup> De nuevo, éste no es un tema exclusivo de la neurociencia, pues se plantea también con la cirugía estética, la utilización de la hormona de crecimiento en niños sanos, o la ingeniería genética. Aunque esta cuestión no es desdeñable, pues nos obliga a pensar en una definición de lo normal, en nuestro interés por mejorar y en los medios adecuados para lograrlo, lo cierto es que los intentos de mejora de la función cerebral son bien conocidos y aceptados: meditación, psicoterapia, biofeedback, etc.

Las dudas provienen del uso de psicofármacos u otras técnicas neurocientíficas, donde, en primer lugar, existe una gran preocupación por la seguridad, los efectos colaterales y las consecuencias no deseadas. En segundo lugar, también hay una fuerte inquietud respecto a las influencias sociales que estas técnicas de mejora cerebral pudieran tener: cómo afectarían a nuestro modo de vivir, si se introducirían nuevas formas de discriminación, si habría una fuerte presión social, o coacción, a favor de la mejora que influyera en la competitividad y desarrollo académico o profesional, etc.

Pero, sobre todo, en tercer lugar, se plantea un conjunto de dificultades relativas a la implicación que estas técnicas de mejora pueden tener en la misma concepción de la persona, de la salud, de la búsqueda del sentido de la vida.<sup>3</sup> Los cambios en el cerebro producen cambios en la persona, y aunque comprendamos que somos seres dinámicos y que el cambio es parte sustancial de nuestra vida, surge el interrogante acerca de la valoración de las técnicas que mejoran nuestras capacidades, modificando así nuestra personalidad y nuestro modo de vivir.

## Lydia Feito

Profesora de Bioética

Universidad Complutense de Madrid

1. Mahli, G.S. & Sachdev, P. (2002) «Novel physical treatments for the management of neuropsychiatric disorders» *Journal Psychosomatic Research* 53, 709-19.
2. Root Wolpe, P. (2002) «Treatment, enhancement and the ethics of neurotherapeutics» *Brain and Cognition* 50, 387-95.; Farah, M., Illes, J., Cook-Degan, R., Gardner, H., Kandel, E., King, P., Parens, E., Sahakian, B. & Root Wolpe, P. (2004) «Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do?» *Nature Reviews Neuroscience* 5, 421-25.
3. L. Feito (en prensa) «Neuroética: ética de la neurociencia y neurociencia de la ética» (Con el mismo título: Investigación para DEA en Neurociencia 2007. U. Complutense Madrid). L. Feito (en prensa) «La búsqueda de la perfección»

# El comentario de Diego Gracia

## El comentario de Diego Gracia



### Las paradojas de la vida

La vida humana está llena de paradojas. Obvio. Pero lo extraño es que tales paradojas no son resolubles, o al menos no son del todo resolubles. Esto ya no resulta tan obvio, y demuestra que las paradojas no se tienen sino que se son. La vida es paradójica.

La paradoja básica la han venido denunciando los pensadores y filósofos desde épocas inmemoriales. La mitología griega la expresó a través de varios mitos, el de Jano, con su doble cabeza, el de Prometeo, el de los Titanes, el de los Centauros, tanto más. Todos ellos tratan de expresar el carácter ambiguo, monstruoso de la realidad humana, que de una parte es estrictamente animal y de otra se eleva por encima de la pura animalidad hasta asemejarse a los dioses. La definición de ser humano que dio Aristóteles como “animal racional”, desde entonces canónica en la cultura occidental, no hace sino elevar a categoría filosófica esa paradoja. El ser humano es de una parte un animal, pero de otra se despegua y sobrevuela el mundo de la animalidad, precisamente por su carácter racional. El hombre no es ni ángel ni bestia, decía Pascal. ¿Qué es, entonces? De algún modo, un ser descentrado, ambiguo, monstruoso. Algunos pensadores presocráticos se dieron ya cuenta de ello. Y Galeno, el mayor médico de la antigüedad, se hace eco de este problema al comienzo de uno de sus grandes tratados anatómicos, el titulado *Sobre la utilidad de las partes*. El ser humano es un animal extraño. Sólo así se explica la dificultad que encontraron los biólogos modernos para catalogarle dentro de la taxonomía zoológica. Y permite entender también los conceptos de “excentricidad” y “deficiencia” que los biólogos de la primera mitad de la pasada centuria utilizaron para caracterizar la realidad absolutamente peculiar de la especie humana.

Pero lo más inquietante es que de esta paradoja fundamental derivan otras no menos perturbadoras, al menos tres. Una es la paradoja antropológica: la evidencia de la finitud frente al ansia de inmortalidad. Unamuno lo vio claramente. Sabiéndose mortal, el ser humano aspira, sin embargo, al infinito. La razón le dice que tiene que morir mientras el corazón arde en ansias de inmortalidad. Son dos lógicas agónicamente contrapuestas. El resultado de su lucha encarnizada es la experiencia unamuniana de la “congoja”.

Otra paradoja no menos lacerante es la epistemológica: el deseo de certeza frente a la constitutiva incertidumbre del conocimiento empírico. Nadie la ha sufrido en sus carnes como los pensadores del siglo XX. En épocas pasadas aún fue posible creer en la capacidad de la razón para conocer la realidad tal como ella es en sí. Hoy la batalla puede darse por perdida. La vieja teoría de la “adecuación” perfecta de entendimiento y realidad, ha tenido que ceder el paso a otra en la que ésta ha pasado a ser prerrogativa sólo divina. En el hombre la adecuación no es nunca total. Su conocimiento de la realidad es siempre problemático, aproximativo, imperfecto. Reconocer esto es todo un ejercicio de humildad.

Esa humildad es particularmente importante para aceptar la tercera y última de las paradojas, la que aquí más interesa, la paradoja ética. Se trata del carácter de fin y a la vez de medio del ser humano, del conflicto kantiano entre dignidad y precio. Suele decirse que el hombre tiene dignidad y no precio, pero ello no pasa de ser una exageración. El ser humano tiene dignidad y tiene también precio. Kant se cuidó en decir que el hombre es fin y “no sólo” medio. ¿Quién no es medio para los demás? El problema no es ser medio sino ser sólo medio. Como tampoco es tener precio, sino tener sólo precio. Compaginar precio y dignidad, fin y medio: tal es el difícil juego de la ética, una disciplina que se halla siempre al borde de la paradoja, mejor aún, del conflicto. Y en el horizonte, como amenaza permanente, el conflicto no resoluble mediante bien mediante la deliberación, bien a través de componendas o pactos, es decir, la tragedia.

**Diego Gracia**

Catedrático de Historia de la Medicina  
Universidad Complutense de Madrid

## Sobre la Investigación en Bioética (2ª parte)

Toda investigación científico-técnica se define por los objetivos que persigue y por los métodos que emplea. En la determinación de estos elementos suele emplearse un esquema de beneficios/riesgos, es decir, un balance entre las consecuencias favorables esperadas y los peligros potenciales previstos. Sin embargo, es también importante darse cuenta de que los fines no justifican los medios, de que no todo lo técnicamente posible es aceptable éticamente, y de que han de tomarse decisiones responsables. Esa responsabilidad cae del lado del científico (que tiene libertad de investigación) y del lado de la sociedad o del estado (que establece controles). No es fácil articular ambos elementos.

La libertad de investigación es un derecho fundamental que sólo puede ser controlada exteriormente, desde el Estado por ejemplo, en la medida en que deba conjugarse con otros derechos igualmente respetables con los que entre en conflicto. Es evidente la necesidad de preservar a la sociedad de los posibles abusos o malos usos de las nuevas tecnologías en orden al mantenimiento de los valores que se consideran básicos. La pretensión no es tanto controlar la investigación, cuanto impedir que quienes ostentan el poder o controlan la financiación de tal investigación puedan estar primando los intereses individuales sobre el bien de la humanidad.

La responsabilidad es una categoría moral que debe estar presente siempre en la investigación científica y técnica, ya que sólo puede aceptarse el nuevo conocimiento logrado por medios lícitos. Han sido muchos los casos, en la historia de la ciencia, en que se han realizado investigaciones rechazables por utilizar métodos inmorales (como usar "cobayas humanas") o por dar por válidos resultados no comprobados. Actualmente, la responsabilidad profesional y social del científico es una exigencia de toda investigación.

Según N. Lenoir ("La ética de la ciencia: entre humanismo y modernidad" en *Informe mundial sobre la ciencia*. Santillana / UNESCO. 1996) son cuatro los principios que pueden fundamentar la ética de la investigación científica:

- el respeto a la dignidad y la libertad de la persona
- la prevención de los riesgos tecnológicos de los que depende el futuro de la humanidad
- la preservación de la libertad de creación científica
- la solidaridad intelectual y moral de la humanidad (conocimientos científicos: patrimonio común)

"No existe investigación más inmoral que la de mala calidad. De hecho si la investigación es inadecuada desde un punto de vista metodológico, o se pregunta cosas estúpidas, o se consumen recursos para contestar cosas que ya tienen respuesta, se está realmente siendo inmoral desde un punto de vista profesional. Por ello, desde una perspectiva ética, lo primero que tenemos que exigir a la investigación es que sea de calidad y relevancia."

(F. Carballo en L. Feito (ed.) *Estudios de bioética* Dykinson. Madrid, 1997 p.64)

La investigación en bioética tiene aún una corta andadura, sin embargo es mucho lo que se ha avanzado, aunque probablemente insuficiente lo que se ha reflexionado sobre ella. La corriente que defiende la "investigación empírica" en bioética, tratando de asemejarla a la investigación clínica o sociológica, apoyándose en aparato estadístico, etc. ha cobrado una gran vigencia. Los datos que aporta son de gran interés y necesarios, sin embargo, suscitan un jugoso debate acerca de si la investigación bioética puede basarse exclusivamente en este tipo de investigación, o si es necesario un trabajo de investigación más "teórico". No sólo es el análisis de las posibilidades de la investigación cuantitativa y la cualitativa, sino más aún, sobre el desarrollo y estatuto de la bioética como disciplina.

Y es que, frente al espíritu positivista aún muy presente en nuestro contexto, que quiere afirmarse en un sólido método científico, por temor a poder quedar al margen de la "ciencia normal" (en términos kuhnyanos), conviene insistir en dos grandes puntos que son esenciales para la investigación en bioética: (1) la bioética es una disciplina cuyo método no necesariamente cae bajo los presupuestos de las denominadas ciencias "duras", pues su campo es afín a la filosofía u otros tipos de saberes, (2) la investigación y la obtención de nuevos conocimientos no sólo se logra por métodos experimentales, empíricos más habituales en las ciencias. El saber humano abarca espacios más amplios, aunque posiblemente más complejos, y que conviene analizar y comprender para no incurrir en frivolidades o simplismos.

Por ello, la investigación en bioética es multifacética: reflexiona sobre la ética de la investigación, sobre la investigación de la ética y, aún más, sobre la ética de la investigación de la ética, y sobre el método de investigación en éste último campo. ¿Quién da más?

**Lydia Feito**  
Directora del Seminario

**Próxima publicación: INVESTIGACIÓN EN BIOÉTICA**

Textos presentados en las Jornadas de Investigación en Bioética celebradas en 2008

Miguel Melguizo, médico de familia, reflexiona en este apartado del Boletín de Bioética sobre la llamada “Ley de la Muerte Digna”, aprobada por el Parlamento Andaluz, y se pregunta por el papel y responsabilidad de los profesionales sanitarios en los momentos finales de la vida.

**LA MUERTE DIGNA Y LA APROBACIÓN DE LA LEY DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE LA MUERTE \***

La muerte forma parte de la vida y para la vida todos tenemos forjado un modelo de lo que consideramos vida digna. La muerte digna es una expresión que traslada un ideal, una aspiración. Como derecho, el concepto de muerte digna puede ser discutible, pero como ideal es absolutamente legítimo.

La muerte digna no es virtual, tiene contenidos. Entre ellos podemos destacar aquellos que gozan de importante consenso profesional y social. Recibir información sobre el proceso de muerte y tomar decisiones. Morir respetando la intimidad y la confidencialidad. Morir dormido y sedado, si se desea. Morir donde y con quien se desee. Morir con adecuado tratamiento del dolor. Morir con apoyo espiritual. Morir con cuidados paliativos de calidad. Morir a tiempo. No prolongar la vida cuando las medidas terapéuticas son inútiles. No estirar el tiempo inútilmente. Morir con la posibilidad de rechazar intervenciones y técnicas que no se desean.

Tampoco podemos ocultar los importantes disensos sociales que se producen en torno a situaciones del final de la vida; la limitación de la alimentación y nutrición en pacientes en situación terminal, la eutanasia y el suicidio asistido son los tres mas importantes

En la última década, se ha legislado específicamente sobre los derechos y garantías de los pacientes en sus últimos días. Así se recoge en parte del articulado de la Ley 41 /2002 de autonomía del paciente y en Andalucía en la regulación posterior del testamento vital, denominado con el término Voluntades Vitales Anticipadas.

Es cierto que las leyes por si mismas son condición necesaria aunque no suficiente para inducir cambios, también es cierto que no pueden recoger la complejidad de los problemas que se plantean en la relación clínica, pero en cambio aportan seguridad jurídica para profesionales y pacientes, suelo firme sobre el que pisar. Además la regulación legal permite hacer aflorar situaciones actuales de desamparo y ocultismo, cuando no de clandestinidad.

La Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir, aprobada recientemente por el Parlamento Andaluz y ya en vigor, es una respuesta a unos cambios sociales más que evidentes y un esfuerzo por recoger los consensos sobre lo que denominamos comúnmente como “muerte digna”.

Aunque sólo fuera por haber reabierto de forma constructiva el debate ciudadano sobre los problemas éticos de los últimos días el esfuerzo hubiera merecido la pena. Pero además, abordar los derechos a información, toma de decisiones autónoma, rechazo a intervenciones sanitarias, gestión de las voluntades vitales anticipadas, intimidad y confidencialidad o a recibir cuidados paliativos de calidad debe suponer un reconocimiento de que nuestros parlamentarios, por esta vez, sí que se han puesto al día de ir acompañados a las inquietudes de los ciudadanos. El que este proyecto de ley haya sido ratificado por los tres grupos parlamentarios del Parlamento Andaluz concede un plus de legitimidad añadida.

Sin entrar en profundidad en el proyecto de ley de “muerte digna”, sí es preciso al menos justificar su necesidad desde tres dimensiones. La primera de ellas es la progresiva responsabilidad de los servicios sanitarios y sus profesionales para paliar en lo posible los elementos de sufrimiento, dolor y angustia que el deterioro orgánico al finalizar la vida lleva consigo. En segundo lugar, el progreso técnico y científico ha conseguido desarrollar soportes vitales para pacientes con enfermedades terminales e irreversibles que desembocan en situaciones de prolongación artificial de la vida. Finalmente, el valor social y jurídico en alza de la autonomía como derecho fundamental.

En el futuro, y casi ya en el presente, a médicos y enfermeras que atendemos a pacientes en el final de la vida se nos valorará y pedirán responsabilidades tanto por la adecuada atención clínica como por la correcta gestión de los valores y preferencias. Esto anticipa una complejidad tremenda en el trabajo asistencial.

La Ley de Muerte Digna de Andalucía pretende ofrecer transparencia a los ciudadanos, ayudar a los pacientes y otorgar algo de seguridad a los profesionales. Aunque la respuesta a los retos que plantea la atención al final de la vida precisa mucho más que reformas legislativas, iniciativas como la ley andaluza son pasos fundamentales en la dirección correcta.

Miguel Melguizo Jiménez.  
Médico de Familia.  
Centro de Salud Almanjajar. Granada

\* Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. Boletín Oficial Junta de Andalucía BOJA 7-5-2010.

# La muerte en nuestra sociedad.

## Una visión desde la medicina de familia

¿Cómo vivimos la muerte?

La muerte impregna la vida. Para un Médico de Familia como yo, con una lista de pacientes cercana a 1.700, cada año fallecen entre 8 y 10 pacientes. Si cada muerte afecta directamente entre 5 y 10 personas de su entorno, un 5% de todos mis pacientes durante 2010 estarán afectados por la muerte de una persona importante para su vida.

En ocasiones he conversado con otros Médicos de Familia acerca de los distintos sentidos que puede tener una buena muerte. Hay más consenso que el esperado y todos coincidimos en señalar la importancia de que el paciente que va a morir en sus últimos momentos esté en el lugar deseado, rodeado de los seres más queridos, con el mínimo sufrimiento y con cierto control de la situación. Lamentablemente también hay consenso en asegurar que esto solo sucede de forma excepcional y no por los avatares del proceso morboso que desencadena la muerte sino por la imposibilidad del sistema sanitario de anteponer el cuidado del enfermo a la asistencia a la enfermedad. Tratamos mejor a la enfermedad que al paciente. Esto produce en familiares y en los Médicos de Familia rabia, culpa y tristeza.

En los últimos 150 años el avance de la medicina científica ha sido espectacular pero se ha pagado un alto precio, se ha antepuesto la prolongación de la vida a la calidad de la misma. De hecho en los indicadores sobre calidad asistencial los médicos utilizamos frecuentemente términos como años potenciales de vida perdidos o mortalidad evitable. Estamos alimentando, desde nuestra soberbia, expectativas de longevidad y salud perfecta, en connivencia con políticos y medios de comunicación, imposibles de cumplir y lo que es peor, productoras de gran frustración y desengaño.

La muerte es vivida como un fracaso de la medicina y de los médicos. Y los médicos, y en menor medida las enfermeras, reaccionamos luchando desesperadamente por la prolongación de la vida, sacrificando demasiadas veces la

calidad y el sentido último de la misma. Aumentar las expectativas de vida se convirtió en una bendición, pero también en una pesadilla. La muerte es rechazada porque pone fin a la alegría al contacto con los seres queridos y al disfrute, sin darnos cuenta de que en muchas ocasiones también pone fin al sufrimiento, al dolor, a la soledad y al miedo.

Pero la muerte tiene una realidad insoslayable: Morir es doloroso y azaroso.

Es doloroso porque cuando un organismo fuerte y saludable cuando se desliza hacia la muerte es duro y angustioso. No es posible morir sin síntomas.

Es azaroso porque la muerte es impredecible, arbitraria e injusta. No es posible morir planificadamente.

Al asumir que es posible morir sin sufrimiento y ordenadamente, la Medicina hace una promesa falsa. Y los pacientes crean una ilusoria expectativa.

¿Como podemos ayudar a morir?

Como Médico de Familia me encuentro en una situación privilegiada. A diferencia de otros médicos conozco a los pacientes desde antes de su enfermedad, establezco una relación con ellos en situación de estabilidad clínica o de salud. Es una buena base para dar una respuesta coherente cuando llegue la situación de deterioro clínico.

Tomando una reflexión de Iona Heath, los Médicos necesitamos los ojos, la palabra y el contacto físico para entender la humanidad y la dignidad de nuestros pacientes cuando se aproxima la muerte.

- Los ojos para evitar apartarnos del sufrimiento y la angustia. Desgraciadamente en lugar de entender la enfermedad en los ojos y la voz del paciente recurrimos tan solo a sofisticados instrumentos de

medición. Ambas cosas son importantes pero no las hacemos compatibles.

- La palabra para entender una experiencia que pretende ser compartida. Solo podemos atender correctamente a la desesperación, al miedo o a la angustia si podemos localizarla y como médicos solo podemos localizarlas escuchando y a través de las palabras.
- El contacto físico. El contacto, fundamentalmente a través de las manos, es nuestro último recurso de comunicación cuando es difícil mantener la mirada y resulta imposible encontrar las palabras. Comunicarse también es entender todo lo que la mano dice cuando tocamos.

Cuando se diagnóstica una enfermedad severa o se produce el agravamiento de la misma, la medicina debe centrarse en la lucha contra ella, es lógico que así sea. Pero cuando no hay esperanzas de mejora y la muerte es inevitable, es esencial desplazar el centro de atención desde la enfermedad a la persona que sufre. Cuando la enfermedad ha ganado la partida, es crucial volver a ver, a escuchar y tocar a la persona, recuperando el protagonismo de su historia individual.

Solo se puede morir una vez, pero hay muchas formas de morir. No se trata de elegir a la carta, situación imposible por otra parte, sino dar paso en esos momentos a la sencillez dentro del caos y al respeto a la voluntad dentro de la incertidumbre.

¿Cuál nuestro papel en los momentos finales?

Las últimas horas, los últimos días o, incluso, los últimos meses son muy importantes. O mejor, son los momentos más importantes, junto al nacimiento, de toda la vida.

No parece muy apropiado dejarlos a su evolución natural. Primero porque toda persona tiene derecho a tomar decisiones sobre como,

donde y con quien queremos estar esos últimos momentos. En segundo lugar, porque con los actuales avances tecnológicos y farmacéuticos una ya no sabe donde esta la línea que separa lo natural de lo artificial.

Al final todos queremos lo mismo; estar acompañados y sentirnos queridos. Para ambos propósitos podemos seguir diferentes recorridos. En todos ellos nos encontraremos con la familia, con los amigos, con ayuda espiritual y con los profesionales sanitarios. Las enfermeras y los médicos somos muy necesarios, pero no más que aquellas personas que el paciente desea tener a su lado. Nuestra opinión profesional es indispensable, pero no debe sustituir los deseos y preferencias de los pacientes. Los tratamientos, los medicamentos, las curas y las medidas de soporte son imprescindibles, pero hasta que el paciente decide que "basta ya".

Es posible morir sanamente cuando ha sido posible para un paciente ser protagonista al máximo los últimos momentos de la vida. Es posible ayudar a una buena muerte cuando como enfermeras y médicos hemos conseguido asistir, cuidar, acompañar y hacer querer a nuestros pacientes.

La muerte digna debe ser lo más parecido a morir sanamente.

**Miguel Melguizo Jiménez**  
Médico de Familia  
Centro de Salud Almanjayar.  
Granada

## Cartas a la Directora

Este es un espacio abierto de deliberación sobre los artículos publicados. En cada aportación debe hacerse referencia al texto comentado.

### A propósito del instante de Diego Gracia

("El instante" Diego Gracia. Boletín nº2, Marzo 2010)

Termino de leer el boletín Bioética Complutense y estoy en la víspera del 6º módulo del Master en la UCM, el programa versa sobre el inicio de la vida y sobre los estados vegetativos, seguimos dando vueltas al concepto vida humana, mi cabeza que es aún (y el aún viene a cuento porque espero conseguir algún día ordenarla) un revuelto de ideas, sigue enganchada en las definiciones: vida y muerte.

Me parece más normal pensar en la vida frente a la muerte, se me antoja desde aquí, desde el "estar vivo", dos elementos claramente distintos, y sin embargo no se concibe una sin la otra, y podría invertirse el orden y hablar de la muerte frente a la vida, recordando a Unamuno con su propuesta del héroe que vive *"afrontado a la muerte"*.<sup>1</sup> Y su sentimiento trágico, su congoja ante el ser mortal que además se sabe mortal. Por ello, pienso, no debo separar una de otra, aunque me cueste.

Para complicar más las cosas recuerdo la paradoja que plantea el profesor Diego Gracia (en adelante DG): la conceptualización de la vida humana como un *"absoluto-relativo"*<sup>2</sup>, paradoja que yo interpreto como que de alguna forma todos sentimos nuestra vida, en tanto que nuestra y en tanto que humana, como algo *absoluto*, pero que a la vez todos sabemos que tiene un comienzo y un fin y es por tanto *relativa*. Esta contradicción del hombre que no se resigna a morir del todo, como decía Unamuno, y como DG recuerda es la que me lleva al tema del *instante*<sup>1</sup>: del momento, de lo que pasa y lo que queda... del deseo de pervivencia y de la conciencia de mortalidad que es además importante en nuestra propia definición como seres humanos, ya que es (entre otras cosas) según Sabater lo que nos distingue de los demás seres vivos: *"el ser humano es el único viviente que anticipa la inexorabilidad de su muerte"*<sup>3</sup>.

Pero importa aquí el instante, lo que dice DG en su artículo del último boletín: *"todo tiene su tiempo"*<sup>4</sup> y yo pienso en la vida, la vida es tiempo, pero además insiste en que soy responsable de ese tiempo y de ese instante y aún más este último se me impone, convirtiéndose en inagotable, insondable, y por tanto de algún modo infinito, eterno, aquello de los griegos *"el eón"*: instante eterno.

Y aún más, interpreta DG la vida como el intento de decir en cada momento: *"heme aquí"*<sup>5</sup>, y yo pienso en una película japonesa que vi ante-ayer: Despedidas<sup>6</sup> e intento asimilar ese instante con el concepto *"eterno"*... y se me aparece Idefonso Manuel Gil y su poesía<sup>7</sup>...

Y me pierdo y vuelvo al maestro, DG explica desde la lógica de clases cómo abordar estos conceptos: las clases tienen límites o confines, *"la vida tiene un comienzo y tiene fin"*, en la clase *"vida humana"* se entra y se sale. En el centro todo es claro pero los bordes, los extremos se difuminan (el ejemplo que utiliza en sus clases, es el de un ring muy iluminado, donde los boxeadores se ven bien, y sin embargo, más allá no se distingue si hay o no público)<sup>8</sup>.

Quería aclararme y leo en el citado texto: *"los límites resultan borrosos, hasta el punto de que en ciertos momentos puede dudarse de si se está dentro o fuera del círculo"*. Quería certezas para con ellas disminuir mi angustia (que me recuerda a la congoja de Unamuno) y leo: *"en ética no todo es absoluto"*, pero sigue y me consuela leer *"pero tampoco es todo relativo"* y DG nos remite a Kant al *"fin en si mismo"*, y con él al *"principio de absoluto respeto"*<sup>9</sup>: respeto por todos los seres humanos vivos y por todos los seres humanos muertos, respeto además por el misterio del final (y del principio) de la vida. Concluyo con ese instante de respeto que me consuela.

### Concha Gómez Cadenas

Enfermera Centro de Salud Monreal del Campo

Alumna del Master de Bioética de la UCM: 2008-2010

<sup>1</sup> Cerezo Galán P. Ciclo de conferencias Filosofía y tragedia (A propósito de Miguel de Unamuno) del 29 de abril de 1993, en la Fundación J. March disponible en: <http://www.march.es/Conferencias/anteriores/voz.asp?id=2146> sobre Responsabilidad.

<sup>2</sup> Gracia Guillén D. "Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida". En: Ética de los confines de la vida: El Buho Bogotá (Colombia) 1998. pp 287-312

<sup>3</sup> Gracia Guillén D. "El instante". En: 2º Boletín *Bioética Complutense*, marzo 2010, en:

<http://www.ucm.es/centros/webs/d519/index.php?tp=Publicaciones&a=publi&d=index.php>

<sup>4</sup> Sabater Martín F, "Vitalismo". En: Camps V, Guariglia O, Salmerón F, *Concepciones de la ética*. Madrid: Trota: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2004. p 299

<sup>5</sup> Gracia Guillén D. "Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida", *op.cit.*

<sup>6</sup> Gracia Guillén D. "El instante", *op.cit.*

<sup>7</sup> *Despedidas*. Director: Yojiro Takita., Japón 2009,. Estudio: Amuse Soft Entertainment, Golem Distribución. Película recomendada en el 1º Boletín *Bioética Complutense*, dic 09.

<sup>8</sup> Gil Idefonso-Manuel. Por no decir adiós. Olifante-Ibercaja, Zaragoza 1999

<sup>9</sup> Gracia Guillén D. "Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida", *op.cit.*

# Caso Clínico Comentado

## Historia Clínica

### Exposición del caso

Nos encontramos en un centro penitenciario de la Comunidad de Madrid. Está formado por varios módulos en los que se separa a los internos según sus antecedentes, peligrosidad y otras características diferenciales; uno de ellos es de mujeres. Además, hay un módulo de ingresos, otro de enfermería y otro de aislamiento. La capacidad total del centro es de unos 2000 presos.

El módulo de aislamiento es un edificio de alta seguridad, con un espacio cerrado y acristalado de dos pisos situado en la entrada. Allí se encuentran los funcionarios así como el sistema de control y seguridad del módulo, dotado de cámaras de vigilancia. Frente a este espacio hay un pasillo doble central que cuenta con un arco detector de metales y, a continuación, varios pasillos secundarios distribuidos a ambos lados. Entre unos y otros, y a lo largo del pasillo central, hay puertas automáticas que se abren por control remoto desde el espacio acristalado. En cada uno de los pasillos secundarios hay unas 5 o 6 celdas de unos 4x3 metros con puertas sólidas que tienen una abertura central de unos 15 cm de alto por 30 de largo (la "ventana"). La otra pared de estos pasillos da a un patio.

En este módulo hay dos tipos de internos:

a) Los que se encuentran allí provisionalmente, debido a una sanción. En este caso, el tiempo máximo reglamentario que pueden permanecer en régimen de aislamiento es de 14 días seguidos. Cuando concurren dos o más faltas que impliquen cumplimiento sucesivo de sanciones de aislamiento, y siempre que sea aprobado por el juez de Vigilancia Penitenciaria, podrán permanecer hasta 45 días. Están encerrados en la celda un total de 22 horas diarias, con salidas individuales al patio correspondiente de 2 horas. No pueden disfrutar de actividades lúdicas y sus comunicaciones (vis a vis, por cristal, llamadas telefónicas, correspondencia) están sometidas a vigilancia. Diariamente deben ser cacheados, visitados por un médico y sus celdas deben ser registradas. El cacheo puede incluir el desnudo integral.

b) Internos clasificados en primer grado. Son los que han mostrado una manifiesta inadaptación a regímenes comunes o han puesto en peligro la integridad o la vida de alguna persona, y en los que se evidencia una peligrosidad extrema. Las normas son similares a las vistas, pero con algunas modificaciones que las suavizan.

La gran mayoría del personal que trabaja en la prisión tiene plaza por oposición. En concreto, los médicos de prisiones opositan al Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, dependiente del Ministerio del Interior. En su temario, además de cuestiones médicas, hay apartados específicos sobre derecho sanitario, reglamento de prisiones, funciones del juez de Vigilancia Penitenciaria, sanciones y recompensas, etc.

En el caso que nos ocupa, se trata de una médica contratada provisionalmente que, después de 3 o 4 meses trabajando en el módulo de ingresos y en otro caracterizado por su elevado número de hombres jóvenes ADVP y VIH positivos, es destinada al módulo de aislamiento. Cada día es acompañada por un funcionario que pregunta puerta por puerta a todos los internos -entre los que hay tanto hombres como mujeres- si necesitan atención médica. Cuando la respuesta es afirmativa, el funcionario abre la ventana de la puerta de la celda y la facultativa y el paciente se comunican a través de ella. Hasta el momento, ninguna consulta ha requerido más exploración física que la de la orofaringe o la de extremidades superiores a través de la "ventana", excepto un paciente al que exploró en su celda mientras el funcionario esperaba fuera.

El paciente de este caso es un hombre de 38 años, sin Antecedentes Patológicos de interés según refiere, que presenta dolor abdominal. Es un interno que consulta con frecuencia y que a la médica le impresiona de sociópata. Al interrogatorio refiere dolor abdominal intenso tipo cólico, sin náuseas, sin vómitos ni diarreas, de horas de evolución. Por exploración a través de la ventana sólo se constata sudoración fría y rictus de dolor.

Cuando la médica solicita que le abran la celda para explorar al paciente, es informada de que deberá hacerlo en la consulta destinada al efecto. Se retira pues con el funcionario al espacio acristalado de control, desde donde se le van abriendo y cerrando sucesivamente las puertas al recluso, hasta que atraviesa el arco detector de metales y es cacheado. Entonces la médica sale del espacio de seguridad y, acompañada por 3 funcionarios, se dirige con el paciente a una consulta en la que hay exclusivamente una camilla y una mesa. Un funcionario entra con ellos en la consulta. El paciente exige entonces que el funcionario salga y cierre la puerta, al tiempo que hace alusiones a enfrentamientos previos con los funcionarios en general.

Los funcionarios se niegan y el paciente mantiene su exigencia.

### **Análisis público**

#### *1.- Problemas éticos que le plantea el caso a los miembros del equipo*

- ¿Es correcto atender a un paciente en estas condiciones (sin tener la Hª Clínica, etc)?
- ¿Es correcto contratar a alguien que carece de conocimiento contextual?
- ¿Debo arriesgar mi integridad física para hacer mi trabajo?
- ¿Estoy obligada a atender pacientes en el módulo de aislamiento?
- ¿Debe prevalecer el derecho a la intimidad por encima de la seguridad del profesional?
- ¿El hecho de que el paciente esté en aislamiento supone pérdida de delicadeza y de cuidado por parte del médico?
- ¿Pueden decidir los funcionarios las medidas a tomar cuando es un caso sanitario?
- ¿Puede el profesional desatender a un paciente e incumplir el deber de cuidado?
- ¿Puede una institución estatal encargar las tareas más complejas a personal contratado (no funcional)?

#### *2.- Problema escogido por quien presenta el caso*

¿Puede el profesional desatender a un paciente e incumplir el deber de cuidado cuando existe riesgo y/o siente miedo?

#### *3.- Identificación de los valores en conflicto*

Integridad física y seguridad de la profesional vs deber de atención médica, respeto a la intimidad del paciente y deber de confidencialidad

#### *4.- Identificación de los cursos extremos de acción*

- a) Negarme a actuar
- b) Aceptar las condiciones del paciente

#### *5.- Cursos intermedios propuestos*

- Atender al paciente en presencia del funcionario
- Esposarlo a la camilla y visitarlo a solas. Intentar pactar con él para que permita voluntariamente ser esposado
- Llamar al Psiquiatra para consultarle antecedentes y decidir en consecuencia
- Pactar con todos verlo con la puerta entreabierta y los funcionarios fuera
- Preguntar delitos que ha cometido y, en dependencia, pactar con los funcionarios
- Explorar las razones del paciente, así como su actitud, y decidir a posteriori
- Postergar la visita médica dentro de ese mismo día para consultar los antecedentes psiquiátricos y el procedimiento en estos casos al psiquiatra, al director médico y/o a otros compañeros con más experiencia
- Postergar la visita médica hasta reunir un número suficiente de sanitarios para explorar al paciente con seguridad y sin necesidad de personal no sanitario en la consulta
- De cara al futuro, proponer que dos sanitarios visiten el aislamiento, preferiblemente alguno de ellos de sexo masculino

## 6.- Cursos óptimos escogidos

- Explorar las razones del paciente, así como su actitud, y decidir a posteriori
- Pactar con todos verlo a solas, pero con la puerta entreabierta
- Pactar con el paciente para que permita voluntariamente ser esposado a la camilla y visitarlo a solas.
- Informarme del delito para poder ponderar
- Postergar la visita médica -dentro de ese mismo día- para consultar los antecedentes psiquiátricos y el procedimiento en estos casos al psiquiatra, al director médico y/o a otros compañeros con más experiencia, o para reunir un grupo suficiente de sanitarios y visitar al paciente sin necesidad de personal de seguridad.

## 7.- Pruebas de consistencia

Los cursos óptimos escogidos son legales, el CEA estaría dispuesto a defenderlos públicamente y los volvería a recomendar en otro momento, si las circunstancias fueran las mismas.

### **Informe final del equipo**

Es conveniente que el médico, en un acto profesional en el que puede haber riesgo para su integridad física cuya solución habitual es la presencia de personal de seguridad no sanitario -lo que implica la pérdida de confidencialidad- pondere cuidadosamente las circunstancias concretas de cada caso. Dado que en el que nos ocupa no se trata de un paciente agitado, y tampoco impresiona de gravedad extrema que requiera una atención emergente, se recomiendan diferentes cursos de acción, tanto inmediatos como postergados, en los que se preserve al máximo la confidencialidad, se presta atención al paciente y se reduce al mínimo el riesgo de la profesional, al tiempo que se cuida la buena relación médico-paciente:

- Explorar las razones del paciente, así como su actitud, y decidir a posteriori
- Pactar con todos verlo con la puerta entreabierta y los funcionarios fuera
- Pactar con el paciente para que permita voluntariamente ser esposado a la camilla y visitarlo a solas.
- Que la médica se informe de los antecedentes delictivos para poder ponderar
- Postergar la visita médica -dentro de ese mismo día- para consultar los antecedentes psiquiátricos y el procedimiento en estos casos al psiquiatra, al director médico y/o a otros compañeros con más experiencia, o para reunir un grupo suficiente de sanitarios y visitar al paciente sin necesidad de personal de seguridad.

Por otra parte y dadas las condiciones especiales de atención sanitaria en prisiones, se hacen algunas recomendaciones para el futuro:

- Parece razonable que los profesionales sanitarios tengan acceso previo a toda la información necesaria sobre procedimientos habituales, así como a los antecedentes psiquiátricos y delictivos de los internos.
- Se recomienda también que haya disponibilidad suficiente de personal sanitario para determinadas consultas en las que, pese a no haber riesgo evidente, concurren circunstancias por las que el o la profesional sienta miedo de quedarse a solas con el paciente. Esto evitaría la presencia de personal no sanitario y por tanto la pérdida de intimidad y de confidencialidad, y la perversión del acto médico.

Trabajar en un centro penitenciario implica riesgos diferentes de los habituales, algo de lo que el facultativo debe ser consciente antes de aceptar el empleo. Esta circunstancia, aún cuando aconseja extremar la prudencia, no debe afectar a su ética profesional.

# Biopolítica

La biopolítica es un concepto ampliamente relacionado con la Bioética. Ambos surgen del progreso científico y técnico. La Bioética como consecuencia del impacto de la biotecnología y de sus avances sobre el hombre y su entorno. Y, por ello, la reflexión que suscita pide premura y una participación interdisciplinaria que aborde las implicaciones éticas que exige el respeto a la persona humana y que evite su mediatización o instrumentalización. La Biopolítica surge del progreso económico, favorecido también por la ciencia y la técnica, que ha producido un cambio de paradigma en la intervención del hombre sobre la economía. Desde esta perspectiva ya no es el tiempo de trabajo el primer factor de producción, sino el tiempo de vida y la biología del cuerpo, —de los cuerpos, con sus capacidades físicas e intelectuales—. Un factor que se extiende del individuo al grupo o población.

La Bioética, centrada en el individuo, como persona, debe inducir una Biopolítica, que integre la opinión pública en la deliberación y en la toma de decisiones, y ésta deberá recurrir a la Bioética, para valorar si sus decisiones sobre la población, vulneran o no el respeto por los individuos como personas humanas.

Si tenemos en cuenta que la Bioética ha sido definida como una forma de diálogo interdisciplinar, más aún transdisciplinar, de las situaciones creadas por el progreso biomédico y su repercusión sobre la sociedad en el momento presente y para el futuro, tiene necesariamente que inducir una biopolítica para incorporar la opinión pública a las grandes decisiones. La conciencia social busca su actividad normativa no directamente en la ley, sino en la intermediación de los comités locales o nacionales de ética para establecer algunos límites: leyes, regulaciones y las recomendaciones que les caracterizan. Se trataría de partir del “hecho científico”, la Biomedicina, para determinar su valoración ética por la Bioética, que como foro para discutir los problemas fundamentales del progreso médico, ha de inducir una Biopolítica, orientada al control de las tecnologías, a la sensibilización y formación de las conciencias mediante una información

correcta a la opinión pública y la incorporación de su participación responsable, mediante un debate público, en la toma de decisiones. Un paso más y esta responsabilidad quedará plasmada en el Bioderecho, la concreción expresada en leyes de aquellos valores que no se pueden violar sin alterar el orden de los derechos humanos y la convivencia en solidaridad de la sociedad. Sin olvidar, como muy bien dice Adela Cortina, que «una convicción ética, vale más que mil leyes».

Me extenderé un poco más sobre la Biopolítica:

El término Biopolítica aparece, por primera vez, a mediados de los setenta, en los cursos de Michel Foucault, en la Sorbona, y en el texto de su artículo *Naissance de la Bioéthique* (1979). Refiriéndose al nacimiento de la Biopolítica, Foucault aborda curiosamente el liberalismo como ejemplo histórico de racionalidad política, y no le interesa tanto estudiarlo como teoría, ideología o representación, sino como un sistema de prácticas. En 1985, se crea, en Atenas, la institución no gubernamental de Biopolítica que fomenta un cambio de los valores antropocéntricos, por un sistema de valores biocéntricos. El segundo Coloquio Nacional de Biopolítica (2008), da cuenta de los mecanismos por medio de los cuales la vida entra en la Historia y se constituye en un objeto de saber-poder, en objeto jurídico de cálculos políticos.

Ya en 1974, el propio Foucault, en una conferencia sobre Medicina Social, afirma que el control de la sociedad sobre los individuos, no se efectúa solo por la conciencia o la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo. En su *Historia de la Sexualidad*, sugiere que habría que hablar de biopolítica, para designar el medio que hace entrar la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos, y convierte el poder-saber en un agente de transformación de la vida humana. Si durante milenios el hombre había seguido siendo lo que era para Aristóteles un animal viviente y además capaz de existencia política, el hombre moderno es un animal vivo que con su política puede poner en entredicho su propia vida de ser viviente, si no controla la utilización de las nuevas tecnologías. Pero, hay que remontarse al S. XVIII, para ver como esta entrada de la vida en la historia se hace con el resurgimiento del capitalismo, en que los dispositivos de poder y saber comienzan a tener en cuenta los “procesos de la vida” y la posibilidad de controlarlos y modificarlos. Esta situación es bien evidente en nuestros días con

una nueva cartografía de los biopoderes, como el genoma, las máquinas de la inteligencia artificial o la biotecnología, que conducen la discusión a las formas mismas de la vida.

La introducción de la zoé (vida natural) en la esfera de la polis (bios o vida política) constituye el elemento decisivo de la modernidad. Se da el paso de una forma de ejercicio del poder, basado en el principio de soberanía con poder para “hacer morir o dejar vivir” al ciudadano, a otra forma de poder, de regularización y control, basada en el principio de normalización de las grandes poblaciones orientado al “hacer vivir o dejar morir” al individuo.

En el primer caso estábamos ante un gobierno de naturaleza jurídica centrado en la ley como instancia ordenadora del pueblo, mientras que en el segundo caso, despliega un conjunto de mecanismos de control y administración (el control sanitario, la natalidad, mortalidad, morbilidad...) que regula la vida de las poblaciones. Surge ahí el Biopoder, en ese paso de una sociedad disciplinaria con una lógica que da razón de la disciplina al servicio del orden, a una sociedad de control con unos mecanismos más democráticos, que se suponen interiorizados por los propios sujetos. El gobierno se ejercerá así sobre una multiplicidad de sujetos que constituyen una “población” y ésta tomada en cuenta como: a) especie humana y sus condiciones de reproducción lógica (natalidad, mortalidad, demografía, riesgos...), económicas, y sociales y b) lo público, la opinión pública, con la consiguiente participación ciudadana.

El arte de gobernar se desliza de su forma jurídica, con la ley como instrumento primordial, a una forma económica en el que el tema de la población ocupa un lugar preponderante. La acción gubernamental se convierte así en un conjunto de cálculos y tácticas de poder que tiene como meta principal a la población, como saber a la economía política y como instrumento de seguridad a unos dispositivos para controlar la población al ejercer un control sobre los cuerpos.

El objeto de la biopolítica es la población, cuestión ya contemplada en la Escuela de Salamanca y que ha necesitado tiempo para llegar a su madurez. Su interés se centrará en las previsiones, estimaciones, estadísticas y mediciones globales. Tratará no de

modificar tal o cual fenómeno en particular, tal o cual individuo, en tanto que lo es, sino en intervenir con mecanismos reguladores para que esa población global, a pesar de los fenómenos aleatorios que lleguen a presentarse, pueda mantener un equilibrio. La estadística debe traducir, en series temporales, no los datos, sino los actos sociales (nacer, morir, comprar, vender...) pero también la intensidad de los deseos y creencias. Ya no se podrá ejercer el antiguo derecho soberano a decidir sobre la vida y sobre la muerte, sino que se ha asumido la tarea de controlar, reproducir y prolongar la vida dentro de un concepto de vida, que supone la capacidad de llevar hasta el final los mecanismos del Welfare (Bienestar). La corporeidad viva, base del biocapital obliga al trabajador a poner a disposición del capital, no solo su tiempo, sino su cuerpo viviente. El nuevo régimen se definirá como un estado de control para una población de hombres libres en que la vida es puesta en las mallas del poder y donde la gestión política de la vida supone la intervención del poder en la vida humana.

A comienzos del siglo XXI, sigue resultando difícil dar carta de ciudadanía al estudio de la biopolítica (palabra no incorporada todavía en los diccionarios), aunque haya sido definida como «conjunto de saberes técnicos y tecnológicos que convierten la capacidad biológica de los hombres en el medio por el cual el Estado alcanza sus objetivos, potenciando las capacidades físicas o intelectuales que puedan ser valiosas para conseguir sus propósitos, la necesidad que tiene el capital de extraer beneficio de todo lo que le rodea».

El capitalismo moderno se basa en el biocapital, o producción gracias a la biología humana, y ejerce sobre la sociedad una forma de poder, el biopoder o dominio sobre los seres vivos con el objetivo de hacer crecer su número y multiplicar sus capacidades para lo cual necesita de los progresos de la medicina y la biología. En primer lugar fueron las medidas de higiene y prevención y en la actualidad de la mano de la ciencia y de la tecnología, se es capaz de intervenir sobre todas las formas de la vida. La Biopolítica, incluiría estos elementos en su gestión al servicio de su preocupación por la población. En síntesis, en la esfera biopolítica, la vida está destinada a trabajar para la producción y la producción para la vida.

No han faltado críticas al concepto de biopolítica, sobre todo por parte de Agamben, que ha considerado el nazismo, como prototipo de la nueva soberanía biopolítica, que buscaba la producción de un cuerpo biológico perfecto, a

partir de la destrucción de todo elemento sospechoso de degenerarlo, como los judíos y gitanos... Esto hacía pensar en el “homo sacer” de la vieja Roma, considerado con tan poco valor, que ni siquiera podía ser objeto de un sacrificio, según las formas rituales, y que, por ello, podía ser eliminado, sin que ello constituyera un asesinato.

Aquí está el gran desafío de la Bioética, el llegar a alcanzar una mínima noción de cómo utilizar el poder inesperado que nos aporta la gran cantidad de conocimientos científicos y tecnológicos de que hoy disponemos.

El campo de la Biopolítica se centraría en cuatro entornos: el cuerpo con su sensibilidad y coporeidad; el medio ambiente en la biosfera y geoesfera; la ciudad con sus ámbitos doméstico, cultural y urbano; y el medio digital con su actuación sobre el ciberespacio, tan necesitado de un código y estructura. Relacionado con todos esos entornos está el campo abierto, hoy día, del control de las biometrías, o medidas sobre datos biológicos de las personas, en la lucha contra el terrorismo, pero que supone la obtención de las huellas dactilares y de las palmas de las manos, detalles del rostro, oreja, iris, de la marcha y gesticulación, de la voz, del pulso cardíaco y de una lista cada vez más amplia de datos corporales, así como de posibles implantes, para afinar la identificación, pero que deja al descubierto una gran parte de la esfera privada de la persona pudiendo vulnerar la propia intimidad.

Por lo que respecta a las aplicaciones de la biopolítica, los primeros objetivos de control fueron los procesos como la proporción de nacimientos, defunciones, tasa de reproducción y de fecundidad; los procesos de mortalidad con los problemas socio-económicos que plantean a la política; las estadísticas demográficas, que llevan a una intervención directa en la natalidad; los problemas de la morbilidad, no ya sobre las epidemias de otro tiempo, sino sobre las enfermedades endémicas nuevas de una población y el control de su forma, naturaleza, extensión, duración e intensidad que producen una disminución de las fuerzas y de las energías, con repercusión sobre el tiempo de trabajo, lo que en política sanitaria se llama “pérdida de años de vida”, en función de muertes prematuras, antes de llegar a cubrir el tiempo de la esperanza de vida, o bien por suma de jornadas perdidas por una incapacidad. Situaciones que la

biopolítica intenta paliar con medidas de contención o con la oferta de seguros y ayudas.

Para ello la Biopolítica ha de dirigirse a la no-instrumentalización de las personas antes bien a empoderarlas; contar dialógicamente con los afectados; distribuir equitativamente cargas y beneficios y responsabilizarse de los seres más vulnerables.

Como sugiere J. Habermas, se necesita el imperativo de la no-instrumentalización porque la investigación científica en toda su extensión no debe convertir al ser humano en mero experimento e instrumento de un dogmático progreso, que no nos permita vernos como los seres libres y moralmente iguales que somos y orientados a normas y razones.

**M<sup>a</sup> Pilar Núñez-Cubero**

Ginecóloga

Profesora de Bioética URL

## Acontecimientos, Noticias, Novedades

---

- Fundación de Ciencias de la Salud. [Curso de Formación de Formadores en Bioética 4x4](#). 7ª edición. Bajo la dirección del Profesor Diego Gracia y junto con expertos en el mundo de la Bioética. Este curso de alto rendimiento de Formación de formadores está dirigido a profesionales con experiencia o responsabilidad docente en bioética, así como a aquéllos que participen en Comités de Ética. Madrid. Semana del 13 al 17 de Septiembre de 2010. Con un formato intensivo, el horario será de 9.00 a 20.30 horas y una duración de 47,5 horas. El coste del curso es de 850 € e incluye todos materiales docentes necesarios para el seguimiento del curso.
- Curso [Las políticas de investigación científica en Europa y en España. Dirigido por Carlos María Romeo Casabona](#). Encuentro Universidad Internacional Menéndez y Pelayo. 26-28 Julio 2010.
- [V Curso de Verano. Metodología de la Enseñanza e Investigación en Bioética](#). 1-3 Septiembre 2010. Facultad de Medicina Universidad de Zaragoza. Dirección: Rogelio Altisent.
- [9th Congress of the European Society for Agricultural and Food Ethics. EurSafe 2010: Global Food Security. Ethical and Legal Challenges](#). Cátedra de Derecho y Genoma Humano. Bilbao 16-18 Septiembre 2010.
- El Hastings Center Report quiere celebrar su 40º aniversario con una original e interesante convocatoria: para identificar nuevos asuntos cruciales en bioética del presente y del futuro, solicita el envío de ensayos, hasta el 15 de Agosto de 2010. Los textos pueden versar sobre nuevos modos de hacer bioética, implicaciones de los conceptos en nuevas direcciones, tópicos que han sido poco analizados, etc. Los escritos deben tener un máximo de 1600 palabras y deben enviarse a [editorial@thehastingscenter.org](mailto:editorial@thehastingscenter.org)
- La Asociación Internacional de Bioética organiza el [X Congreso Mundial de Bioética: "Bioethics in a Globalised World"](#) del 28 al 31 de julio de 2010 en Singapur.
- La Sección de Ética médica de la Universidad de Oslo, y la Asociación Europea de Centros de Ética Médica (EACME) organiza su [conferencia anual](#) del 16 al 18 de Septiembre de 2010, en Oslo. Los temas a tratar son los siguientes: (1) Empirical Ethics and Methodology; (2) Empirical Ethics and Clinical Practice; (3) Empirical Ethics, Benefit Sharing and Research; (4) Empirical Ethics, Biopolitics and Human Rights.

## Bibliografía y fuentes de Bioética

---

- Próxima publicación: *Investigación en Bioética*. Textos presentados en las Jornadas de Investigación en Bioética celebradas en 2008. Universidad Rey Juan Carlos / Dykinson.
- M. de los Reyes & M. Sánchez Jacob (eds.) *Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena*. Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha. 2010.
- S. Wilkinson *Choosing tomorrow's children. The ethics of selective reproduction*. Oxford University Press. Nueva York, 2010.
- J. Radden, J.Z. Sadler *The Virtuous Psychiatrist: Character Ethics in Psychiatric Practice*, Oxford University Press, Nueva York, 2010.
- M. Hayri, T. Takala, P. Herrison-Kelly, G. Arnason *Arguments and analysis in Bioethics*. Rodopi. Amsterdam/Nueva York. 2010.
- D. Wendler *The ethics of pediatric research*. Oxford University Press, Nueva York, 2010.
- J.R. Amor Pan *Bioética y Dependencia*. Obra Social Caixa Galicia. 2010.
- [Recomendaciones del Comité de Bioética de España con relación al impulso e implantación de buenas prácticas científicas en España](#). Abril 2010.

# Cajón de bioética y más

La película es mediocre y deja que desear, sin embargo, el tema y la impactante historia de esta mujer merecen su análisis.

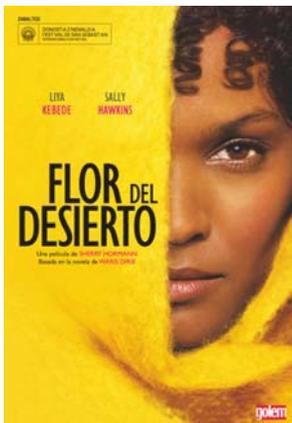
La peli

## Flor del desierto

Lydia Feito

Título original: *Desert flower*.  
Dirección: Sherry Hormann.  
Países: Alemania, Austria y Francia.  
Año: 2009. Duración: 124 min.  
Género: Biopic, drama.  
Interpretación: Liya Kebede (Waris Dirie), Sally Hawkins (Marylin), Timothy Spall (Terry Donaldson), Juliet Stevenson (Lucinda), Craig Parkinson (Neil), Anthony Mackie (Harold), Meera Syal (Pushpa), Soraya Omar-Scego (Waris de niña).  
Guión: Sherry Hormann; a partir de la novela autobiográfica de Waris Dirie.

Waris Dirie ha escrito varios libros, y tiene una fundación cuya página web es: <http://www.waris-dirie-foundation.com/en/>

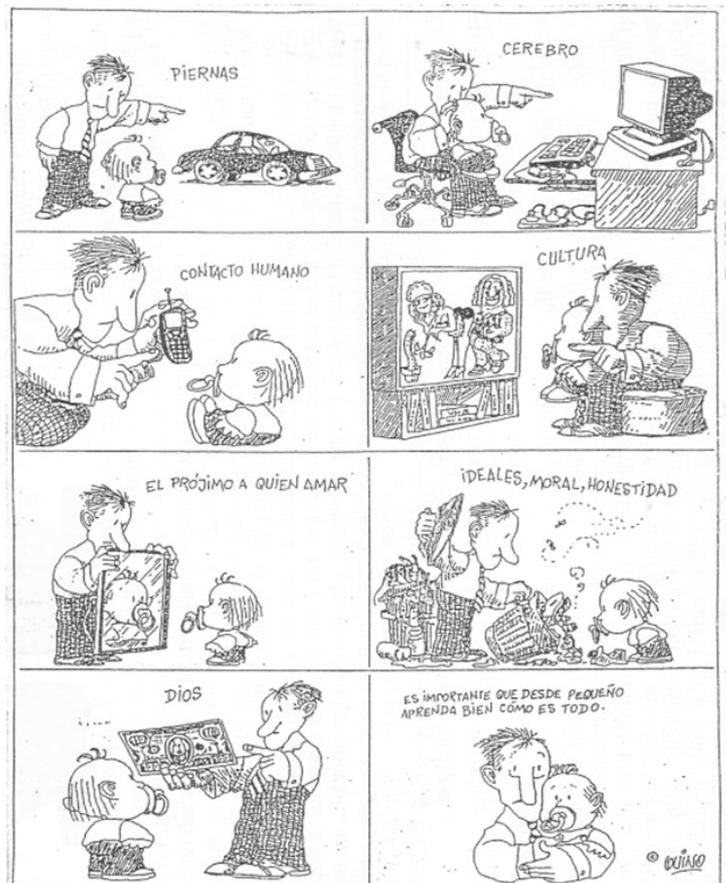


'Flor del desierto' es una película que quiere llamar la atención sobre el horror de la ablación. Trata de transmitir de un modo soportable una realidad cruda y traumática y al mismo tiempo muestra un cuento de hadas.

Cuenta la historia real de Waris Dirie, una mujer somalí, nacida en la pobreza, que fue sometida a la ablación con tres años. Viéndose obligada a los 13 años a casarse con un hombre mayor como su cuarta esposa, huyó a Londres con unos parientes lejanos donde trabajó como sirvienta en la embajada somalí. Tras varios avatares, consiguió convertirse en modelo de fama mundial. Se atrevió a reconocer públicamente que era una víctima de la ablación y escribió un libro en el que se inspira el guión de la película. Como embajadora de Naciones Unidas, utilizó su popularidad y prestigio para denunciar la práctica de la ablación.

## Un poco de humor

La enseñanza de los valores es algo fundamental...



Quino