

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

Cómo tomar decisiones

Demoética y democracia

Deliberación en el cine

Feto como paciente

Bioética latinoamericana

Reconocimiento en medicina de familia

Soledad en red

Envejecimiento y vulnerabilidad

Caso clínico comentado

Carta a los Reyes Magos

Bioética Complutense

Bioética Complutense es una revista dedicada a temas de Bioética, con amplitud de perspectivas, disciplinas y enfoques, elaborada desde la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. España.

ISSN: 2445-0812

Publicación trimestral.

Directora

D^a. Lydia Feito Grande

Consejo de redacción

D. Tomás Domingo Moratalla

Colaboradores en este número:

D^a. Gracia Álvarez
D. F. Bandrés Moya
D. Tomás Domingo Moratalla
D. Jorge J. Ferrer
D. Miguel Angel García Pérez
D. Diego Gracia Guillén
D^a. Beatriz Moreno Milán
D. Antonio Moya
D. Javier Rivas Flores
D. Ricardo A. Roa-Castellanos
D^a. Rita Rufo
D. Emilio Sanz

Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso expresan la posición de los editores ni de la Universidad Complutense.



Bioética Complutense is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

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



Índice Nº28 Diciembre 2016

Editorial	p.1
Artículos	
• Cómo tomar decisiones – L. Feito	p.2
• Demoética y democracia – D. Gracia	p.4
• La deliberación en el cine – T. Domingo Moratalla	p.7
• Bioética aplicada: Feto como paciente – R. Rufo	p.12
• Raíces y Ramificaciones Singulares: La Urdimbre Conciliadora de la Bioética Latinoamericana – R.A. Roa-Castellanos	p.15
• El reconocimiento, un valor esencial para la medicina de familia – M.A. García Pérez et al.	p.21
• Soledad en red – B. Moreno & A. Moya	p.30
• Me da que pensar... envejecimiento, vulnerabilidad y dimensión social – G. Álvarez	p. 32
Reseña de libros	
○ Bioética: el pluralismo de la fundamentación – J.J. Ferrer	p.34
Caso clínico comentado	p.35
Reseñas de eventos	
• ABFyC: Jornada de Bioética – L. Feito	p.38
• El XI Seminario de biomedicina, ética y derechos humanos una nueva mirada al siglo XXI – F. Bandrés	p.39
• International Conference on Narratives of Health and Illness - E. Sanz	p.42
Cajón de Bioética	
• Carta a los Reyes Magos – L. Feito	p.45
Novedades y bibliografía	p.46
Normas para los autores	



Hace algunos días, una persona cercana me contaba su experiencia en un hospital. Tras un accidente, tenía que someterse a una intervención quirúrgica para recomponer los huesos de la mano. La operación fue bien. Sin embargo, esta persona no tenía ni idea de qué era lo que le habían hecho. Comentaba algo sobre una placa de metal, pero no sabía qué era lo que le habían puesto, ni dónde, ni si iba a recuperar la movilidad. Tan sólo sufría mucho dolor y esperaba una rehabilitación larga y penosa. Al parecer, su médico había dado por hechas muchas cosas, no se había tomado el tiempo de explicar con calma el procedimiento, el pronóstico, ni mucho menos resolver las dudas de su paciente. Ante mi pregunta sobre por qué no preguntó, su respuesta fue: "no me atreví, pero supongo que los médicos saben lo que hacen".

Hay varias cuestiones a reflexionar a partir de experiencias como esta. La primera y más evidente es cuánto podríamos mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Generar un vínculo de confianza, dar información adecuada, progresiva y adaptada al paciente, resolver sus preocupaciones, promover un consentimiento informado auténtico, son todo ellos elementos bien conocidos y trabajados en bioética pero que, lamentablemente, no consiguen transformar y mejorar la realidad cotidiana de la asistencia sanitaria.

Por otro lado, es mucho lo que habría que mejorar en cuanto a educación sanitaria e información a la población. No sólo por los contenidos médicos o los cuidados sanitarios, sino sobre sus derechos y su posibilidad de ser gestores de sus propias decisiones sanitarias.

Pero también es positivo observar que los pacientes confían en sus médicos, que están convencidos de que todo lo que se les haga será buscando su beneficio, y que sus conocimientos y experiencia son salvaguardas contra el malestar y la enfermedad. No conviene desestimar la importancia de este elemento que, aun teniendo tintes de paternalismo, revela el núcleo de una relación y le confiere un valor moral de gran importancia. Apoyándose en él se puede promover un cuidado de calidad, una mayor y mejor comunicación, y un espacio de atención centrada en el paciente que, a la postre, es el objetivo fundamental.



Ahora que llega el final del año, deseamos a todos los que se interesan por la bioética que el futuro nos depare sabiduría y capacidad para mejorar nuestra labor profesional, que aprendamos a comunicarnos mejor y a cuidar de un modo excelente. Que sepamos transmitir la reflexión y el diálogo bioético como modo de transformar la realidad de cada día. Y que, con ello, estemos contribuyendo a promover valores y a construir un mundo mejor.

Desde *Bioética Complutense* queremos desear a todos unas felices fiestas y que el año nuevo sea muy positivo.

Lydia Feito
Directora

Cómo tomar decisiones

Es bien sabido que los seres humanos están obligados a tomar decisiones. De hecho esta es su condición moral: no estar completamente condicionados por un instinto o por una determinación biológica absoluta de nuestro comportamiento abre un espacio misterioso y creativo en el que el ser humano ha de habérselas con la realidad, ha de realizar su vida en un entorno hostil en el que hay muchas posibilidades. Elegir una de ellas es un acto racional y también emocional, en el que se juega el futuro de su vida, pues ninguna decisión, por nimia y trivial que sea, está exenta de consecuencias. Algunas son efectos directos o indirectos de la acción. En algunos casos sobre uno mismo y en otros sobre las personas o las cosas. Pero siempre hay consecuencias para el sujeto que elige, porque “se hace a sí mismo” con sus elecciones, configura su modo de ser, su personalidad, sus opciones futuras, y los lastres con los que deba acarrear.

De todo esto se dieron cuenta muchos pensadores. Baste mencionar a J.P. Sartre hablando de nuestro “estar condenados a ser libres” es decir, no poder renunciar al ejercicio de la libertad que, aunque sea limitado, es radical e inexcusable. O también a X. Zubiri que insistió tanto en la “apropiación de posibilidades” como modo propio de ser humano, esto es, alguien que puede entender la realidad y moverse en ella de un modo completamente diferente al de otros seres, por tener que hacerla suya de algún modo.

Así las cosas, no hay escapatoria: hay que elegir. Hay que decidir. No se puede suspender el juicio ante los acontecimientos, las opciones, las personas. Incluso optar por la no-elección es en sí misma una decisión. Simplemente es imperativo.

Puede parecer que esto nos carga con una enorme responsabilidad. Y así es. Nada es banal. Vivir exige hacerse cargo de la vida. De otro modo estaríamos simplemente sobreviviendo, como si no tuviéramos cerebro, como si no fuéramos humanos. Por suerte o por desgracia, los humanos tenemos que pensar, decidir, asumir nuestras elecciones, y también enorgullecernos de ellas, disfrutarlas, o avergonzarnos y arrepentirnos.

Así que parece buena idea tratar de tomar las mejores decisiones. Aquellas de las que podamos afirmar sin pudor que las hemos elegido porque teníamos buenas razones para hacerlo, que nos hacen felices, que pensamos que son las más correctas, o que son la mejor opción dadas las circunstancias.

Lo ideal sería que nuestras decisiones fueran buenas, pero no hay un único patrón para determinar qué decisiones son las mejores. De hecho, la mejor decisión es la que resulta más adecuada, en cada situación, según las circunstancias, teniendo en cuenta las consecuencias, en el tiempo correcto. Y esta es una tarea realmente difícil.

Pero se añade un problema más: lo que pueda ser considerado adecuado por una persona, puede no serlo para otra.

Esto quiere decir que a la complejidad inherente a la toma de decisiones, donde es necesario conocer bien el problema o las opciones de que se trate, donde hay que analizar con cuidado los elementos peculiares y únicos de la situación, y donde operan elementos de incertidumbre, se añade la particularidad de los individuos y las sociedades, los marcos culturales desde los que se juzgan las acciones.

No se trata de un relativismo moral, sino de la necesaria constatación de que la realidad es multiforme y de que las perspectivas con las que puede interpretarse son tremendamente variadas. Ninguna visión del mundo es completa, ni abarca todas las posiciones. Por ello es preciso una buena dosis de humildad para reconocer la parcialidad de nuestra manera de ver las cosas, y un alto grado de apertura para estar dispuesto a escuchar, comprender y valorar otras opciones, aprendiendo con ello y enriqueciendo la propia perspectiva.

Así, valores que en nuestro marco cultural resultan incuestionables, como la libertad, pueden ser vistos de modo muy diferente en otros ámbitos. Solemos considerar que la autonomía de las personas para tomar sus propias decisiones es algo esencial que debemos promover. Por ello potenciamos modelos educativos que tratan de promover cierta independencia y criterio propio para poder tomar decisiones. Afirmamos que es muy positivo tener opciones para elegir y que hay que desarrollar capacidades para poder moverse entre la ingente cantidad de ofertas que tenemos para poder decidir cómo gestionar nuestra vida. Estamos de acuerdo en que todas las limitaciones que impiden que un individuo sea independiente y libre son reprobables, y que la elección es lo que determina nuestro papel activo como personas y ciudadanos.

Sin embargo, otras culturas pueden no conceder un valor tan fundamental a la independencia y al individuo. Las sociedades donde la comunidad es el valor fundamental, tienden a ver al sujeto como parte integrante de un grupo, que le dota de sentido y sin el que no tiene cabida la realización de la vida. Por ello, se defienden modelos en los que la elección forma parte de la participación en un referente de valores que es intersubjetivamente establecido y que no se cuestiona desde la individualidad.

En buena medida, como nos recuerda la investigadora S. Iyengar, buena parte del énfasis que ponemos en las decisiones y en la libertad de decidir como elemento clave de nuestra cultura, es dependiente de ciertos presupuestos asumidos de modo acrítico, como el hecho de que tengamos más libertad cuantas más opciones existan para elegir – incluso si esto da lugar a una sensación de agobio o temor a equivocarse ante la enorme cantidad de posibilidades, elemento éste que debe subsanarse con un entrenamiento intensivo en la elección—. De hecho, sus estudios muestran que cuando las personas tienen diez o más opciones para elegir, los resultados de su elección son más pobres, sea cual sea el ámbito de la decisión.

Otro de esos supuestos es que sólo uno/a mismo/a puede tomar decisiones que le afecten y saber lo que es mejor para sí –aunque en muchas ocasiones las personas preferirían que otros, en quienes depositan su confianza, fueran quienes les dijeran qué es lo que tienen que hacer, ya sea porque las decisiones son difíciles e inquietantes por sus consecuencias o por la responsabilidad que conllevan, ya sea porque son tan triviales que más bien se perciben como una pérdida de tiempo—. A pesar de la angustia, no nos consentiríamos renunciar a nuestra capacidad de elección o delegarla.

Seguramente no estamos dispuestos a renunciar a esos supuestos. Son la base de nuestra creencia en la autonomía y sustentan nuestros sistemas políticos, educativos, los modos de relación interpersonal, o el potente movimiento a favor de los derechos de los pacientes a tomar decisiones. Por ello resultan incuestionables.

Sin embargo, podemos enriquecerlos.

Para ello es preciso tomar conciencia de que todos estamos inmersos en ciertas narraciones que dan sentido a nuestras elecciones. Sin el contexto en el que cobra significado la decisión, cualquier reflexión sobre su validez resulta inútil. La decisión es siempre circunstanciada, hace referencia a un momento, un lugar, unos hechos, unas categorías de interpretación, una previsión de consecuencias, una valoración de la capacidad de asumirlas, una identidad que se reafirma o se cuestiona, unos roles sociales y unas expectativas, ciertas preferencias e intereses, etc.

Desde esta constatación de la complejidad del marco de nuestras decisiones, los supuestos con los que asumimos y defendemos su idoneidad y necesidad también se iluminan bajo una nueva luz: la imposibilidad de juzgar sin el conocimiento de ese contexto y, por ello, la prudencia exigible para valorar las decisiones de otros –y quizá también las propias—.

También es importante comprender que el valor de la propia capacidad de decisión, y no sólo sus contenidos, es algo que puede ser estimado de muy diversas maneras. A pesar de promover la autonomía, la libertad y la responsabilidad como valores fundamentales que consideramos universalizables, hemos de tomar en consideración otras perspectivas desde las que ejercer la capacidad de decisión se interpreta con otros parámetros y, por tanto, adquiere otras dimensiones.

No es posible encontrar un esquema universal que determine cuáles son las mejores decisiones. Ni siquiera hay un patrón único para definir cuál es el valor de la decisión, ni su papel en la vida de las personas. Sin embargo, es claro que el ser humano dispone de esta capacidad, es la condición moral que nos caracteriza, que nos obliga y que, al mismo tiempo, nos posibilita y nos da libertad. Y también es evidente que el ejercicio de la elección está teñido de múltiples factores personales, culturales, históricos, etc.

Por eso, plantearse cómo tomar decisiones no sólo es una cuestión metodológica, sino que hace referencia al valor de la libertad, a nuestra condición como seres integrados en comunidades de sentido, en narraciones y contextos que dan significado. De ahí que sea inadecuada cualquier simplificación globalizadora que desatienda estos presupuestos.

Lydia Feito Grande
Profesora de Bioética
y Humanidades Médicas
Universidad Complutense de Madrid



El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



Demoética y democracia

El término “demoética” no aparece en el diccionario de la RAE. Es un neologismo introducido en los últimos años para designar la “ética de las poblaciones”, y por tanto los problemas éticos planteados por la demografía humana. Pero como la demografía es una disciplina muy particular que sólo se ocupa de la descripción de poblaciones, y *dêmos* significa en griego población o pueblo pero en forma más general, cabe dar al término “demoética” un sentido más amplio y utilizarlo para designar el estudio de la ética de las poblaciones, o mejor aún, de las sociedades, de los grupos sociales. Esto se halla tanto más puesto en razón, cuanto que en griego no existe una palabra específica para designar la “sociedad” y diferenciarla, por ejemplo, del Estado. El término griego para este último es *pólis*, que los romanos tradujeron por *respublica*, el nombre latino para Estado. La tesis griega, que exponen con toda claridad Platón y Aristóteles, es que sólo el Estado es la sociedad perfecta. Las otras comunidades menores, la familia, la tribu, etc., son agrupaciones imperfectas de seres humanos, en las cuales éstos no pueden alcanzar la *eudaimonía*, ni por tanto la perfección en tanto que seres humanos. Si damos en denominar sociedades a eso que acabo de llamar agrupaciones, entonces habría que decir que las sociedades son estructuras colectivas imperfectas, y que sólo al Estado le cabe el honor de ser una sociedad perfecta.

Así ha pensado la humanidad occidental durante la mayor parte de su historia. Es algo que resulta por demás sorprendente. Cabría decir que en la cultura occidental el Estado se ha comido a la sociedad, hasta el punto de anularla. Por no haber, no hay ni términos precisos para denominarla. *Societas* en latín no significa sociedad en el sentido actual del término, sino agrupación o asociación de personas. Viene a traducir el término griego *koinonía*. La *pólis*, el Estado, es una estructura natural, tan natural como un árbol o una piedra. Lo dice expresamente Aristóteles al comienzo de su *Política* (1253 a 2). La sociedad, por el contrario, designa un grupo de personas que se unen para algún fin mediante un implícito o explícito acuerdo de voluntades. De ahí que se distinguieran muchos tipos de sociedades, doméstica, mercantil, canónica, etc. Lo cual explica que este fuera asunto amplia y precisamente tratado por el Derecho, tanto romano como canónico.

El resultado del anterior análisis no deja de ser sorprendente. El Estado es una estructura natural, en tanto que la sociedad es más bien un asunto humano. Exactamente lo contrario de lo que tendemos a pensar en la actualidad. Para nosotros lo natural es la sociedad, en tanto que el Estado es fruto de ese acuerdo de voluntades que desde la época de Hobbes y Locke se conoce con el nombre de “contrato social”. Hay algo anterior al Estado y fundamento suyo, que es la sociedad. Cuando los españoles llegan a América advierten, no sin sorpresa, que sus gentes no están organizadas en forma de Estados. Y aparece la expresión “estado de naturaleza”, expresión cuando menos paradójica, habida cuenta de que siguen llamando “estado” a algo que, sin embargo, es anterior al “Estado”. Para diferenciar uno de otro, al primero lo denominan “estado de naturaleza” y al segundo “Estado civil”.

Ese “estado de naturaleza”, que no es “Estado civil”, acabará denominándose “sociedad”. Digo acabará, porque ese sentido del término sociedad es relativamente reciente. Desde luego, no aparece en el *Leviatán* de Hobbes, o en los *Dos tratados sobre el gobierno civil*, de Locke. Sí está ya en el *Contrato social*, de Rousseau. Pero recordemos que este libro se publica en 1762.

Su idea central es la *volonté générale*, distinta de la voluntad individual y también de la suma de voluntades individuales o *volonté de tous*. La tesis de Rousseau es que la voluntad general es la fuente de la soberanía y que ésta reside en el pueblo. Ella es la que legitima el Estado, y por tanto es anterior a él. Hay algo anterior al Estado y fundamento suyo. Eso es lo que a la altura del siglo XVIII empieza a denominarse "sociedad". Más aún, la tesis de Rousseau, que desarrollarán ampliamente los pensadores del siglo XIX, es que la sociedad es natural, en tanto que el Estado surge del acuerdo de voluntades. Es, exactamente, lo contrario de lo que habían defendido los autores griegos. Rousseau llega a más, porque considera que en tanto que estructura natural, la sociedad es en principio buena, a diferencia de lo que sucede con el Estado, origen de todo tipo de corrupciones. La función de la filosofía es educar a la sociedad, porque una sociedad natural será buena y no necesitará de Estado. El Estado es necesario como consecuencia de la degradación de la propia naturaleza social del ser humano. Tal es la consecuencia que sacarán los pensadores anarquistas, de tanta importancia en la cultura europea a partir de ese momento.

Era preciso contar esta historia para advertir la paradoja en que nos movemos. La cultura occidental ha venido manteniendo, hasta fecha muy reciente, que la sociedad es imperfecta y mala y que sólo en el Estado el ser humano puede hacerse moral y bueno. Diríase que en esa tradición, el Estado engulle a la sociedad, hasta casi hacerla desaparecer. Tenuemente, en el siglo XVIII empieza a cobrar cuerpo una teoría no sólo distinta sino opuesta, antitética de la anterior. La sociedad es la estructura buena y perfecta, y lo que hace malos a los seres humanos es eso que llamamos Estado, surgido, precisamente, para gestionar y controlar los arrebatos de maldad de las personas mal educadas.

Porque, en el fondo, todo es un problema de educación. Más que buscar el perfeccionamiento de los individuos a través de normas legales, el gran instrumento del Estado, hagamos todo lo posible por educarles, por elevar su nivel humano. Dicho de otro modo, así como la ley es el gran instrumento en manos del Estado, el espacio propio de la ética es la sociedad. Tal es el argumento de su libro *Emilio, o de la educación*. Una sociedad bien educada, una sociedad plena de valores y responsable de sus actos, elegirá también a personas juiciosas y responsables para que gestionen prudentemente los asuntos públicos. Porque el Estado, como será frecuente decir desde entonces, es un mero epifenómeno. En una sociedad bien ordenada, esto es, en una sociedad ideal, el Estado sería innecesario. Es la utopía de Clarens, en *La nouvelle Héloïse*.

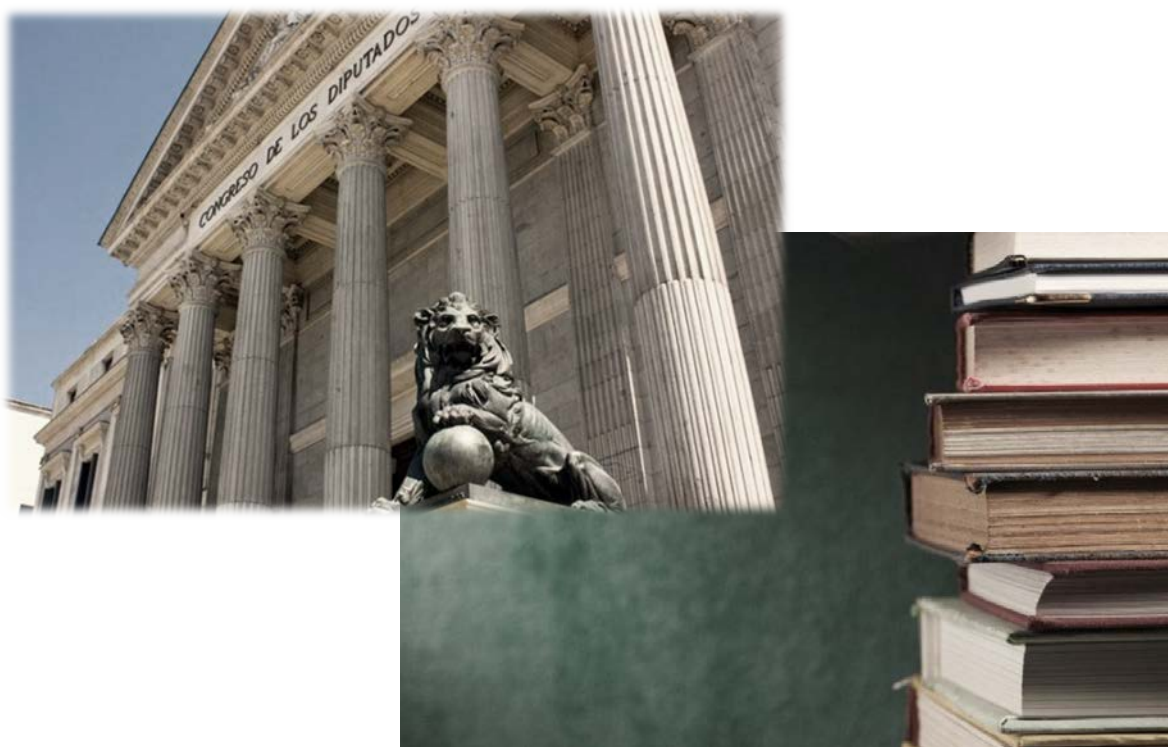
¿Cabe sacar alguna conclusión de todo esto? A Rousseau se le considera uno de los padres de la democracia, habida cuenta de que hizo coincidir la soberanía con la voluntad general que reside en el pueblo. El Estado es mero epifenómeno. Pero además, y como consecuencia de ello, él dedicó muchas páginas a resaltar la importancia de la educación y de la formación moral de los individuos en tanto que seres sociales. La sociedad es lo importante. Es más importante que el Estado. Dime qué sociedad tienes, y te diré qué Estado resulta. Algo elemental, pero sobre lo que deberíamos reflexionar en estos momentos en que tanto se habla de corrupción política.

Nunca ha funcionado eso de comenzar la casa por el tejado. Una y otra vez se proponen soluciones que consisten en más de lo mismo, en hacer política, eso que se quiere llamar nueva política, y que al ser analizado con alguna detención se advierte que es tan vieja como las otras, las denostadas. Y es que nos falta fe en la sociedad. Pensamos como los griegos, como Aristóteles, como ha pensado casi toda la cultura occidental hasta hace muy poco tiempo, que es el Estado el que tiene que solucionar las cosas. De la crisis económica tiene que sacarnos el Ministro de Economía. Y del paro, la Ministra de Empleo. A nadie parece ocurrírsele que quizá la solución no está ahí, que no puede estar ahí, que ha de venir de un nivel más elemental, más básico, más importante. La pregunta sería: ¿qué hemos hecho con nuestra sociedad? ¿Qué hemos hecho de nuestra juventud? ¿Cómo se explica que llevemos ocho leyes de educación desde el año 1978? O es que no

sabemos educar, o es que no queremos, o no podemos. En los tres casos el resultado ha de ser por necesidad infausto.

Sociedad, empoderemos más a la sociedad. Y en esa tarea, hay dos palabras que resultan fundamentales, imprescindibles: educación y ética. Dos palabras que, por cierto, cada vez se llevan peor, dado el escuálido presente y el más que problemático futuro de la ética en la educación secundaria. Parece que cada uno quiere modelar a la juventud según sus propios valores, más que educarla. De nuevo hay que recordar a Sócrates. Y ante tanta desesperanza, no cabe sino hacer examen de conciencia, agachar la cabeza y repetir aquello con que Sócrates se despide de su amigo Critón antes de morir: “le debemos un gallo a Asclepio, y no lo descuides” (*Fedón 118 a*).

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



La deliberación en el cine

En otros trabajos he intentado mostrar cómo el cine puede ser un magnífico recurso para practicar la deliberación. La deliberación es un método que se pone en práctica sobre casos los cuales pueden estar tomados de la vida real o pueden ser también extraídos de la ficción narrativa. A través del cine podemos aprender a deliberar, es decir, podemos utilizar películas como herramientas o recursos deliberativo; por ello me gusta hablar del cine (de la narración) como gran laboratorio de la experiencia moral y, por tanto, también de la práctica de la deliberación.

El método deliberativo, que se ha desarrollado en muchos ámbitos y en muchos lugares, ha tenido una especial incidencia en el quehacer bioético latinoamericano gracias a la propuesta deliberativa de Diego Gracia. No es el único método deliberativo, pero sí es uno de los que más y mejor ha mostrado todas sus potencialidades. De igual manera que aplicamos el método en el ámbito de la bioética clínica y es extrapolable a otros ámbitos bioéticos y éticos, de igual manera podemos aplicarlo a las películas (es decir, tratar las películas como casos). De esta manera lo ensayamos y nos formamos en él. Se produce así un encuentro fructífero entre bioética y cine en un movimiento que va de la narración cinematográfica a la deliberación. Las películas, muchas de ellas, nos ofrecen casos magníficos para ejercer la deliberación.

En este momento quiero acudir al cine con otra intención, con otra finalidad. En el cine no sólo tenemos la ocasión de aplicar el método, sino que hay películas que de una manera más o menos indirecta tematizan el mismo ejercicio deliberativo. Hay películas que tratan directamente la deliberación. Creo que viendo y analizando alguna de estas películas podemos captar mejor lo que llamaría el “gesto fundamental” que subyace a la práctica del método deliberativo. Se trata de una invitación y un trabajo que requerirá –dada su pretensión última (educar en la deliberación), posteriores desarrollos tanto teóricos como prácticos.

La deliberación, como tal, presupone una potente filosofía que le da fundamento y perspectiva, tanto antropológica, metafísica como, incluso, política. Esta filosofía es la hermenéutica; *la deliberación encuentra en la hermenéutica su fundamentación reflexiva y crítica*. En segundo lugar la deliberación implica, teniendo en cuenta esta fundamentación reflexiva, *una metodología*, es decir, una serie de pasos que han de seguirse en el proceso de toma de decisiones; pero, gracias a ese fundamento filosófico-reflexivo, la deliberación no es solamente una técnica, unos pasos, o una receta que seguimos para plantear adecuadamente “casos difíciles”. Muchas veces el uso de la deliberación se hace “como si” fuera simplemente un algoritmo que busca un resultado; cuando esto es así nos encontramos que no se ha entendido qué es la deliberación, ni tampoco su alcance o sus implicaciones. Y en relación con esto, y en tercer lugar, la deliberación también es, quizás fundamentalmente, *una cuestión de actitud*; es una manera de encarar los problemas y asumir el perspectivismo necesario a la hora de abordar las cuestiones humanas; así como asumir “la posibilidad de no tener razón”, sin caer no obstante en el relativismo.

Una filosofía, un método y una actitud definen la práctica deliberativa; si falla alguna de ellas el ejercicio deliberativo se resiente. Desde un punto de vista teórico contamos ya con importantes trabajos. Mi intención ahora sería mostrar cómo algunas películas tematizan la práctica deliberativa en su triple momento: filosófico, metodológico y actitudinal.

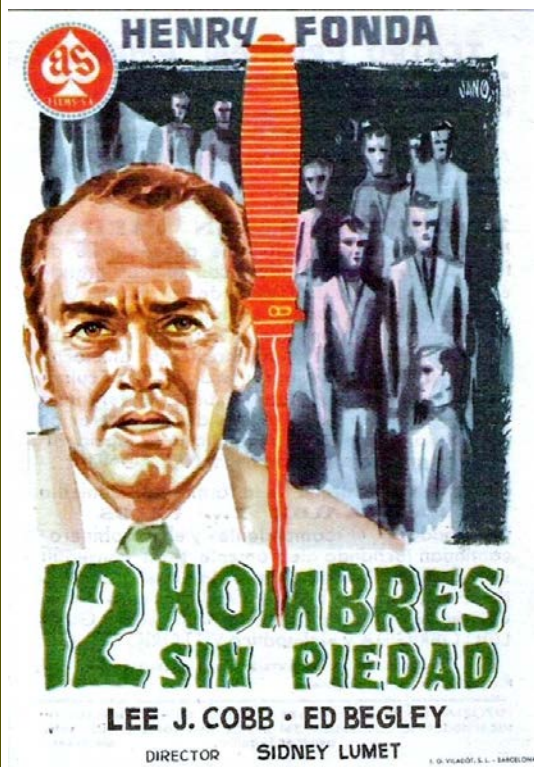
Dicho de una forma directa: podemos aprender a deliberar no sólo con los trabajos teóricos, ineludibles, sino también con algunas “escogidas” películas. No eximen del esfuerzo teórico y de estudio, pero no son una simple ejemplificación o ilustración. Viendo estas películas y reflexionando críticamente sobre ellas aprendemos a deliberar, captamos los entresijos de la propuesta deliberativa. Nos vamos al cine para aprender a deliberar.

Algunas películas son especialmente recomendables para reflexionar sobre la deliberación. Suelen obedecer a algunos géneros o subgéneros específicos, como: las películas de juicios (abogados, etc.), las películas de catástrofes aeronáuticas, películas de submarinos, y algunas películas de situación o momentos críticos en periodo de guerra o pre-guerra. No son todas, pero algunas de ellas se nos presentan como oportunas para cuestionar qué entendemos por deliberar y unas cuantas especialmente adecuadas para tematizar la práctica deliberativa en su conjunto. Reconociendo que hay muchas, que se pueden elegir otras, me centraré brevemente en

cuatro, una representativa de cada uno de los géneros mencionados. Estas películas son *Doce hombres sin piedad*, *Marea roja*, *Sully* y *Trece días*. Un curso de formación en deliberación bien pudiera completarse, o realizarse enteramente, con el trabajo sobre alguna de estas películas, o con las cuatro.

Comento brevemente cada una de las películas para después señalar algunos elementos comunes que justifican su inclusión en una “formación para la deliberación” y que pueden servir de orientación para un trabajo didáctico sobre ellas.

Doce hombres sin piedad (Sidney Lumet, 1957)



Los doce miembros de un jurado deben juzgar a un adolescente que es acusado de haber matado a su padre. Todos menos uno están convencidos de la culpabilidad del acusado. El que disiente intenta introducir en el debate una duda razonable que haga recapacitar a sus compañeros para que cambien el sentido de su voto, o al menos lo consideren.

Nos encontramos con una de las grandes películas de la historia del cine. La dirección magistral se une a interpretaciones geniales que otorgan una densidad dramática a una acción apenas inexistente. Anticipa muchas de las ideas y recursos que veremos posteriormente en muchas “películas de juicios”. El verdadero protagonista es la palabra, el discurso, en toda su efectividad.

De cara a la práctica de la deliberación nos encontramos cómo esta película, lo que en ella acontece, nos indica que el objetivo de un proceso de argumentación cruzado (deliberación) ha de buscar poner de manifiesto “lo que está en juego”, más allá de las perspectivas parciales de cada uno. Por otro lado, es una película que descansa en la fuerza de los argumentos; las palabras no sólo informan, sino que expresan, muestran, convencen; en la deliberación... ¡el decir es un hacer! La deliberación, vemos y aprendemos en la película, es un proceso complejo y arduo de razonamiento, persuasión y retórica. La deliberación supone elementos retóricos, y no es

meramente un juego o complemento de una decisión ya tomada, sino la forma de presentar el discurso; hacer una buena deliberación implica ordenar adecuadamente el discurso, pues no basta con decir la verdad, sino decirla de la manera adecuada, teniendo en cuenta el lugar y el momento en que hablamos y a las personas a las que hablamos. Se trata de defender lo que podríamos llamar una “buena” sofística. Por otra parte, vemos cómo la deliberación no sólo se juega en torno al discurso sino sobre todo en torno a las emociones; deliberar bien no es asunto sólo de discurso sino también de convicciones. En la película se pone de relieve cómo la tensión mayor se da en este nivel profundo de las convicciones. La buena deliberación, honesta y sincera, toca elementos fundamentales de la personalidad, por lo que no es de extrañar que si la hacemos bien pueden producir cambios en nuestra forma de ver el mundo y la vida, más allá incluso del caso concreto que estemos analizando.

Marea roja (Tony Scott, 1995)

El impulsivo Comandante del Alabama, el Capitán Frank Ramsey, y su lugarteniente, el reflexivo Teniente Coronel Ron Hunter, se encuentran en medio de un conflicto mundial. El submarino nuclear que dirigen se ve amenazado por un desequilibrado nacionalista ruso que quiere provocar la Tercera Guerra Mundial. Pero, cuando reciben órdenes de lanzar misiles nucleares, Ramsey y Hunter reaccionan de manera muy distinta y acaban enfrentándose por el control del submarino.

La película nos sumerge en un mundo claustrofóbico no sólo por tratarse de un submarino sino por la tensión y angustia que produce la necesidad de tomar una decisión. La película nos muestra cómo en los procesos de deliberación tenemos que tener en cuenta la información de la que disponemos (muchas veces insuficiente). Deliberar es saber qué hacer con aquello que sabemos y valoramos. Pero, ¿cómo tomar una decisión cuando la incertidumbre es tan grande? Y, sobre todo, ¿cómo tomar una decisión así cuando las consecuencias son tan enormes y, en buena medida, incalculables?

La película también pone de relieve lo importante que es el carisma personal a la hora de decidir o asumir las consecuencias de un proceso. Es fundamental, por tanto, conocer nuestra forma de ser a la hora de tomar decisiones y de deliberar. Nuestra forma de ser también se pone en juego en la deliberación; la orienta y también puede ser modificada por la manera en que deliberamos. Hay un “estilo de deliberación” que acaba conformando un estilo de personalidad; las tensiones entre los dos protagonistas de la película, el capitán y el comandante, brillantemente interpretados por G. Hackman y D. Washington, respectivamente, ilustran lo que podemos llamar “personalidades deliberativas”.

La película va a centrarse sobre la acción más adecuada que puede hacer o bien siguiendo el protocolo o bien al margen del mismo. Quizás conocer los protocolos, la legislación, aquello que la norma ordena y encauza en la mayor parte de los casos, es necesario pero insuficiente. El final de la historia es magnífico y vemos, y aprendemos, cómo los dos tenían razón y, a al mismo tiempo, los dos estaban equivocados.

Desde un punto de vista estético, hay que destacar el importante papel jugado por la música, por la banda sonora, la cual “acompaña” los momentos cruciales y de máxima tensión en los procesos de decisión dentro del submarino. Quizás haya que decir que para deliberar bien hay que “tener” la música adecuada, o hay que acertar con la banda sonora. No es una cuestión de oído, pero no viene mal la buena música. Es decir, elementos que no nos parecen centrales a la hora de deliberar pueden ser... decisivos.

Trece días (Roger Donaldson, 2000)



Es el momento de la crisis de los misiles de Cuba. En octubre de 1962, una serie de fotografías aéreas obtenidas por aviones norteamericanos revelaron que los soviéticos estaban instalando en la isla misiles que podrían alcanzar gran parte de los Estados Unidos. Para obligar a la URSS a desmantelarlos, el presidente John F. Kennedy y sus colaboradores decidieron el bloqueo de la isla.

Se trata de una apasionante recreación de la crisis de los misiles cubanos. En Octubre de 1962, dos semanas pudieron cambiar el curso de la historia. El director, al hilo de los hechos históricos, consigue un ejercicio vibrante de intriga a la vez que muestra todo lo sucedido en la Casa Blanca en tan angustiosos momentos.

El interés de la película no reside en saber cómo termina, ya conocemos la historia, sino en conocer el entorno de la toma de decisiones que rodearon al presidente John F. Kennedy: las discusiones entre los miembros de su ejecutiva, los dilemas y



problemas morales planteados a la hora de dar una respuesta adecuada a lo que se consideraba una provocación rusa, etc.

En esta película vemos cómo la deliberación se centra en marcos políticos, también bajo la amenaza de consecuencias catastróficas, un poco como la película anterior. Lo importante de la película, y lo que debe llamar la atención, es ver cómo se plantea el juego de perspectivas, y cómo las opciones no son sólo estratégicas sino también valorativas. Otro elemento que adquiere protagonismo, y que ha de ser tenido en cuenta en cualquier proceso deliberativo, es el tiempo. No tenemos todo el tiempo del mundo; hay que decidir aquí y ahora, ¿qué hacer? ¿cómo hacer?

Sully (Clint Eastwood, 2016)

El 15 de enero de 2009 el vuelo de US Airways con 155 personas a bordo amerizó en el río Hudson. No hubo muertos. El impacto con aves tras el despegue del aeropuerto de La Guardia dañó gravemente los dos motores del avión. Todo auguraba el mayor de los desastres. En cuestión de minutos, 208 segundos, el comandante Chesley Sullenberger – Sully- junto con su copiloto Jeff Skiles, tomó una decisión: la única posibilidad que existía era amerizar en el Hudson, algo increíble y, a primera vista, desafortunado. Sin embargo, el accidente tuvo un final feliz. La *acción indicada* era volver al aeropuerto de La Guardia o aterrizar en el pequeño aeropuerto de Teterboro (New Jersey), pero el piloto descartó tal maniobra. ¿Qué le llevó a hacerlo? ¿Cómo consiguió que todos salieran ilesos? ¿Cómo consiguió preferir la acción conveniente frente a las indicadas? ¿Un imprudente? ¿Un loco? ¿Un héroe? ¿Un irresponsable?

Esta película reciente sea la que mejor nos pone a pensar cinematográficamente sobre qué se la deliberación. Pone de relieve todo un ejercicio de prudencia (en sentido aristotélico), una búsqueda de la acción que conviene, que va más allá de los protocolos, aunque eso sí, teniéndolos en cuenta.

La película nos muestra cómo las decisiones humanas están llenas necesariamente de dudas, incertidumbres, fragilidades y vulnerabilidades. La acción indicada era volver al aeropuerto de La Guardia o aterrizar en Teterboro, y sin embargo el piloto optó por un peligroso amerizaje en el río Hudson. Salvó la vida de la tripulación y de los pasajeros, pero fue juzgado por la compañía aérea, pues quizás no hizo lo correcto (lo que “debía” hacer) y causó daños irreversibles al avión. También juzgado por la Junta Nacional de Seguridad del Transporte que estimaba que puso en peligro la vida de todo el pasaje. Pero, ¿no tuvo un final feliz? Es cierto, el final fue feliz, pero, a pesar de todo, quizás se trató de una mala decisión. No se juzga el resultado de la decisión, sino si fue, o no, una buena decisión, *una decisión correcta*. Toda la película está montada sobre la posibilidad de que se tratara de una mala decisión. Y esta duda la vemos en la propia conciencia de Sully. “¿Y si he tomado una mala decisión?” Pero, ¿qué es una buena decisión? ¿Qué es deliberar bien? Analizar la película, reconstruir el proceso que le llevó a tomar la decisión que tomó, es reconstruir todo un proceso deliberativo.

En conclusión

Estas películas nos ayudan a entender narrativamente la deliberación. Se trata de un proceso complejo que recorre diferentes niveles. Estas películas no sólo ilustran magníficamente la teoría de la deliberación sino que muestran elementos cruciales de la misma. El siguiente esquema intenta recoger los elementos más valiosos señalados y apuntados anteriormente.



DELIBERACIÓN	<i>12 hombres sin piedad</i>	<i>Marea roja</i>	<i>Trece días</i>	<i>Sully</i>
Fundamentación filosófica	<ul style="list-style-type: none"> - elementos narrativos - perspectivismo - fuerza y potencia del discurso 	<ul style="list-style-type: none"> - cuestionamiento de lo legal - vida moral e instituciones - normas y excepciones - equilibrio difícil entre las reglas y la excepciones 	<ul style="list-style-type: none"> - la responsabilidad - la posibilidad de una guerra justa - el tiempo de la decisión 	<ul style="list-style-type: none"> - prudencia y responsabilidad - la acción que conviene (sabiduría práctica) - profesionalidad y acción moral
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> - trabajo en grupo - decisión colectiva - estrategias de negociación y consenso 	<ul style="list-style-type: none"> - pluralidad de cursos de acción posibles - asunción de la situación de incertidumbre 	<ul style="list-style-type: none"> - el papel de los expertos en la toma de decisiones - comités de expertos - información para una correcta deliberación 	<ul style="list-style-type: none"> - decisión en situación de urgencia (el momento oportuno, “kairós”) - decisión cuando falta información - gestionar la excepcionalidad
Cuestión de actitud	<ul style="list-style-type: none"> - tolerancia - crítica de los prejuicios - reconocimiento de la propia posición 	<ul style="list-style-type: none"> - limitación y parcialidad de las perspectivas - razones y motivaciones para la obediencia y/o desobediencia 	<ul style="list-style-type: none"> - prudencia y precaución - no-precipitación - la “voz” del equipo 	<ul style="list-style-type: none"> - hacerse cargo de las consecuencias (el “peso”/carga de la decisión) - imaginar e inventar
Con la deliberación en y desde el cine aprendemos la importancia de....	<ul style="list-style-type: none"> - la situación de incertidumbre - el tiempo de la decisión - la complejidad de los ámbitos en los que se ejerce la toma de decisiones - la necesidad de asumir/anticipar las consecuencias (responsabilidad) - el papel crucial de la imaginación y creatividad desde la asunción de la realidad (física, legal, etc.) 			

Por tanto, aprendamos a deliberar... también con el cine.

Tomás Domingo Moratalla
Profesor de Filosofía Moral. Universidad Complutense de Madrid

Bioética aplicada: feto como paciente

Resumen: La medicina fetal enfrenta nuevos desafíos y proteger al feto como paciente genera, a la sociedad, una enorme responsabilidad. En el presente trabajo se reflexiona acerca de que significa que el feto sea paciente y cuál es la condición que le otorga el carácter de paciente. Se perciben distintas teorías que se analizan con herramientas universales y personales con la ayuda de una viñeta clínica. Del análisis se desprende que considerar al feto como paciente siempre o cuando la madre lo presenta respeta sus derechos pero en el caso particular es necesario el análisis a la luz de principios, valores e instrumentos inscriptos en el caso particular.

Sin duda los avances tecnológicos ofrecen verdaderos desafíos en la medicina impensables poco tiempo atrás. El advenimiento del diagnóstico prenatal ha traído aparejado una modificación crucial en el manejo de los embarazos. Señalamos aquí, como evidencia de ello, uno de los tantos escenarios posibles, con nombres ficticios, por razones de confidencialidad.

Se trata de un tema que atañe a toda la sociedad del ayer, del hoy y del mañana por tratarse de una población totalmente dependiente y vulnerable. Es, entonces, importante reflexionar sobre que significa que el feto sea paciente y qué condición le otorga el carácter de paciente y distintas posturas al respecto.

Antonela es una chica sana de dieciséis años, la menor de una numerosa familia campesina. Vive su primer embarazo gemelar, muy deseado, sin contratiempos. Concorre con regularidad a los controles pese a las distancias que debe recorrer. De pronto a las 16 semanas de embarazo, en una ecografía de rutina, a la que concurre acompañada de su pareja, Mario, de 18 años, sospechan una malformación en uno de los bebés. Se informa a la pareja que uno de sus bebés no presenta cráneo. Desconocen el sexo pero la pareja se refieren a ellos como Paulina y Pierina. Se los convoca a una reunión, a la mañana siguiente, para plantearles continuar estudios en la capital. Horacio, ginecólogo, jefe de equipo, es el encargado de seguir el caso y los está esperando. Luego de confirmar el diagnóstico les comunica los riesgos para el otro bebé ya que están unidos a una misma placenta y les plantea el feticidio selectivo de Pierina portadora del defecto (anencefalia)¹ y cuya muerte in útero es inminente con lo cual se pone en riesgo la vida de Paulina. La decisión urge pues pasadas las 17 semanas se vuelve muy riesgoso el procedimiento dado que podrían morir ambas. Se acuerda una reunión al día siguiente. Antonela desea hablarlo con su familia muy religiosa y Mario la apoya, ambos están aterrados y se unen en un llanto por largos minutos antes de retirarse del hospital.

En primer lugar: **¿qué significa que el feto se considere paciente?**

El Dr. C. Orellana Sáenz reflexiona al respecto del significado que tiene considerarlo paciente: “Ser un paciente no requiere que posea “estatus moral independiente” en lugar de eso,... “ser un paciente significa que puede beneficiarse de las aplicaciones de las habilidades del médico...” un ser humano sin el mencionado estatus es adecuadamente considerado un paciente cuando se cumplen dos condiciones: **que sea presentado ante el médico y que existan intervenciones clínicas eficaces.**” Siguiendo esta concepción Paulina sería paciente porque es presentada al médico y existe una acción beneficiosa para salvar su vida.

¹ Anencefalia es una anomalía neurológica congénita, es una de las alteraciones en la formación del cerebro resultante de la falla en etapas precoces del desarrollo embrionario del mecanismo de cierre del tubo neural llamado de inducción dorsal. Se caracteriza por la falta de huesos craneanos (frontal occipital y parietal) hemisferios y la corteza cerebral. El tronco cerebral y la médula espinal están conservados. Alrededor del 75% de los fetos afectados muere intraútero y del 25% restante nacido vivo, el 57% fallece dentro de las primeras horas y alrededor del 15% fallece dentro de los tres días, las sobrevividas más largas son excepcionales.

Sin embargo, cuando asistimos a un paciente que va a morir, pese a los tratamientos médicos, el mismo no deja de ser paciente y tenemos obligaciones morales y deontológicas hacia él. Siempre se asocia el efecto beneficioso de tratar al paciente a curar. Los fines de la medicina reformulados, por el grupo de estudio convocado en el 2004 por el Hasting Center, son prevenir y promover la salud, curar siempre que sea posible, cuando no es posible curar aliviar el sufrimiento y ayudar a una muerte en paz cuando la misma es inevitable. Pierina sigue siendo paciente cuyo tratamiento será compasivo y no curativo.

Ciertamente la condición que le otorgue el carácter de paciente puede cambiar radicalmente la relación clínica. Es por dicho motivo que nos planteamos, como lo han hecho otros autores, algunas interrogantes.

¿Es el feto un ser humano, digno de ser tutelado en sus derechos o es solo una parte de la madre?

La ciencia ha demostrado su carácter humano único desde el inicio a través del conocimiento sobre el genoma humano. Es un individuo diferente a sus padres y que contiene todas las características que lo definen desde la fecundación hasta la muerte. Como decíamos el carácter de ser humano único le confiere una dignidad intrínseca que respetar. Los conocimientos actuales son de tal peso que no compartimos el cuestionamiento de algunos autores, sobre el hecho de que al no ser rechazado biológicamente por la madre lo haría parte de ella. Paulina y Pierina tienen dignidad que le es intrínseca a la condición de humanos.

¿Es necesario, entonces, que el feto tenga un estatus independiente de su madre para ser paciente?

Como ya mencionamos la concepción el feto posee particularidades que lo hacen humano y diferente de sus padres. Sin embargo hay quienes por no tener autoconciencia, racionalidad y sentido moral independiente no le confieren un estatus independiente dejando de lado su potencialidad a desarrollar. Si damos una mirada a otras edades la falta de autoconciencia, racionalidad y sentido moral, ya sea que nunca la adquirió o la haya perdido, no le quitan la condición de paciente y merecedor de un trato digno. No vemos que deba ser diferente a esta edad. Paulina tiene en su potencial desarrollo que merece respeto y protección. Pierina, pese a verse afectado su potencialidad de desarrollo por su defecto neurológico severo, es persona y tenemos obligaciones morales para con ella.

¿Es necesario que supere el límite de la viabilidad para definir al feto como paciente? Algunos autores plantean que el feto que puede sobrevivir fuera del útero sería paciente. La viabilidad fetal depende en gran medida de la madurez de órganos, la salud materna y varía mucho de un centro a otro pues depende en gran medida de la tecnología disponible. No existe un consenso pero generalmente se sitúa el límite de la viabilidad entre las 23 y 26 semanas. Paulina sería paciente a partir de la edad de viabilidad y no antes. El diagnóstico prenatal, además, de una condición o enfermedad fetal que determine una muerte prematura (como fallecer in útero o a poco de nacer), como en el caso de Pierina, no le permite ser viable aun alcanzando la edad gestacional correspondiente. La viabilidad, dependiente de tantas variables, no parece razonable que defina la condición de paciente.

¿El feto, para ser paciente, tiene que ser capaz de sentir dolor, sufrimiento? Según J. Bentham, filósofo inglés (1748 y 1832), un ser puede considerarse sujeto moral en la medida que es capaz de percibir placer y dolor. El Dr. Annad, neonatólogo de la Universidad de Arkansas, ha demostrado que el feto siente dolor a partir de las 20 semanas hecho que ha repercutido en las leyes sobre el aborto de algunos estados de su país ya desde hace algunos años. Son muchos ya los autores a favor de que el feto siente dolor a pesar de la inmadurez de la corteza cerebral sobre todo por falta de mecanismos inhibitorios pero sería ello condición para ser paciente. Paulina no sería paciente hasta las 20 semanas aproximadamente y Pierina no sería paciente por no poseer su sistema nervioso completo para ser consciente del dolor. La presencia de un síntoma no hace a la condición de paciente y de hecho hay pacientes con periodos asintomáticos prolongados de la enfermedad.

En base a estas reflexiones podríamos decir que existen diferentes teorías sobre el feto como paciente: A: el feto no es paciente, B: el feto es paciente cuando es viable, C: el feto es siempre paciente y D: el feto es paciente cuando la madre lo presenta como tal. ¿Qué herramientas se pueden resultar útiles para el análisis ético de las mismas?

Basada en una revisión bibliográfica hemos seleccionado herramientas que clasificamos en: a) de criterios universales por entender que establecen derechos-obligaciones generales y b) personales porque valoran dichos criterios inscritos en los casos mismos.

De acuerdo al primer grupo mencionado: principios bioéticos fundamentales (Beauchamp 1979) y modernos (Sgreccia 2009), los derechos humanos (DDHH 1948), la ética deontológica (AMM Código de Ética

Internacional y ley nacional 19286) y la ética de la responsabilidad (Hans Jonas 2001): todas las teorías protegen los derechos de la madre pero no al feto. Resultan ser las más prudentes aquellas que plantean que el feto siempre es paciente o lo es cuando la madre lo presenta a la relación clínica: Antonela presenta a ambos fetos como pacientes o siempre se consideran pacientes.

Se requiere, sin duda, el uso de herramientas personales con el análisis de los valores, creencias, principios y demás criterios en función de la particularidad del caso. Para ello recurrimos al método de análisis ético clínico (J.P. Beca, Chile, 2012) que resulta de complementar el método “Four boxes” (Albert Jonsen, 2002) con la “deliberación moral” (Diego Gracia, 2001):

Se parte del análisis de Hechos: Antonela y Mario se enfrentan a una patología fetal incompatible con la vida de Pierina cuya muerte, además, es inminente y pone en peligro la vida de Paulina. Ambos padres competentes para decidir y reciben información adecuada y veraz de la situación. Los médicos han eliminado incertidumbres diagnósticas pero no pronósticas si embargo los especialistas afirman que es inminente que al fallecer el feto afectado fallezcan ambos. La pareja se siente muy apoyada por su familia y ha manifestado tener creencias religiosas claras.

En el análisis se describen Valores en juego como: vida, dignidad, calidad de vida, muerte digna, mejor interés, respeto, veracidad, responsabilidad, religiosidad. Destacamos que la familia considera la vida como algo sagrado. Del análisis de los Principios se desprende: Beneficencia: salvar a Paulina y cuidados de final de vida a Pierina. No maleficencia: uso adecuado de la técnica ya que existe el riesgo de fallecer ambas asado cierto período. La conducta expectante de dejar evolucionar el embarazo ofrece mucho riesgo para Paulina si Pierina falleciera in útero, lo que es altamente probable o inminente. Autonomía: subrogada de ambas por sus padres competentes. Tanto padres como médicos están obligados a elegir en el mejor interés de las pacientes. Principio de Justicia: uso racional y equitativo de recursos obliga a tratamientos proporcionados.

De los Problemas Éticos identificados reconocemos como prioritarios por incidir en los cursos de acción: sus padres son los representantes legales y deberían representar el mejor interés de ambas pero su creencia en la sacralidad de la vida expondría a morir a ambas. La pregunta sería ¿si es éticamente correcto salvar a Paulina a expensa de producir el fallecimiento de Pierina o por el contrario mantener conducta expectante siendo altamente probable la muerte de ambas in útero?

Del análisis de los Cursos de Acción resultan posibles por un lado continuar el embarazo lo que tiene alto riesgo para ambas o proceder a la terapéutica planteada para intentar salvar a Paulina pero también con alto riesgo para ambas. Los padres prefieren continuar el embarazo y que se decida naturalmente mientras que los médicos quieren salvar a Paulina. Los padres como generadores de cultura, valores y creencias en los hijos son en general los representantes más legítimos. El equipo tratante tiene tendencia a asumir una actitud paternalista. Si no se logra consenso corresponde la consulta al comité de ética asistencial de la institución siempre que se respeten los plazos de seguridad para realizar el procedimiento. Se deben minimizar los riesgos maternos y fetales a la hora de considerar una opción: proteger a la madre y salvar a Paulina estaría en dicha línea ya que la muerte de Pierina es inminente.

En conclusión es tan necesario incorporar los valores de la familia a la toma de decisiones en medicina fetal como lo es a otras edades. Corresponde a los padres la obligación moral y a los médicos la obligación deontológica de actuar en el mejor interés del o los pacientes pero existe un límite claro basado en el respeto a la voluntad materna sobre su propio cuerpo y el embarazo. Es fundamental optimizar el proceso de toma de decisiones para obtener consensos recurriendo incluso a la recomendación del comité de ética asistencial cuando existen dilemas que comprometen valores maternos y/o fetales para establecer las jerarquías de los mismos en cada caso. Se desprende de lo analizado que en la práctica clínica son pacientes cuando la madre los presenta porque de alguna manera ella los jerarquiza en su cuerpo y decide en consecuencia.

Dra. Rita Rufo
Médico Pediatra Neonatólogo
Coordinadora Cuidados Paliativos Perinatales
Máster en Cuidados Paliativos Pediátricos. Máster en Bioética
rrufo@mednet.org.uy

Raíces y Ramificaciones Singulares: La Urdimbre Conciliadora de la Bioética Latinoamericana

Estructuras Radiculares

Hay narraciones que como *Rayuela* de Julio Cortázar, o el mismísimo *Libro de Job*, hacen saltos temporales para dar sentido. Las enredaderas tejidas por la Bioética pueden mostrar bucles similares.

Cronológicamente, las dos hélices iniciales de la Bioética para la región fueron “ocasionadas” por un ala secular a cargo del médico argentino José Alberto Mainetti, y la otra ala, con raigambre religiosa, representada por el humanista colombiano Alfonso Llano SJ. Evento que de alguna forma replicó la labor precursora en España llevada a cabo por la dupla fundacional del médico y experto en moral Francesc Abel i Fabre SJ, creador del primer *Instituto de Bioética* europea en 1976, figurando además como co-fundador del *Instituto Kennedy de Ética*, en Georgetown-EE.UU, y el médico seglar Diego Gracia, el más destacado escritor humanista en la materia dentro de la península ibérica.

Sin embargo conviene resaltar, de forma previa, que este icónico inicio -ambidiestro, por cuanto supo lograr la inclusión de la ciencia y la fe para el principio de la cuestión-, sienta ejemplo de un comienzo equilibrado, loablemente dialogante en la diferencia, y que siembra metodológicamente, espacios de debate, al igual que armonías filosóficas no excluyentes entre los mundos académicos laicos y aquellos creyentes para el mutuo enriquecimiento, sin el desprecio innecesario que llegó a verse después en algunos escenarios.

Este matiz original conservó así el ejemplo conciliador entre *ciencia-fe-humanidades* curiosamente presente en los 3 orígenes reconocidos de la Bioética mundial (Jahr, Hellegers, Potter).

El inicio convincente de esa Bioética dialogante, “puente”, y con pretensión neutral, más allá de credos o convicciones personales, llega a configurar un matiz teórico especial en el nuevo continente que supera la idea de “*implantación*” de un discurso anglosajón en territorios suramericanos (Álvarez-Díaz, 2012).

Estaríamos aludiendo a aquel planteamiento emanado del enfoque pionero de André Hellegers y los principalistas de Georgetown. *Alma Mater* ubicada en Washington DC, a Georgetown se le debe desde 1970, el comienzo institucional de la Bioética con *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* (El Instituto Joseph y Rose Kennedy para el Estudio de la Reproducción Humana y la Bioética)¹.

En el capítulo pertinente de la obra ibérica, *Historia Ilustrada de la Bioética*, que revisó los tres orígenes sobre el neologismo de la palabra, Roa-Castellanos et al. (2015), comentan como Hellegers en 1974 estructuró un primer *Instituto de Bioética* con 1) un *Centro de Bioética*, 2) un *Centro para la Investigación sobre la Población*, en conjunto con una serie de 3) *Laboratorios para Estudio de la Biología Reproductiva*.

Puso Hellegers una característica *sine qua non* en la Bioética posterior, que sería emulada luego en el tratamiento y obras de sus estructuradores latinoamericanos: la *interdisciplinariedad*, o el sistemático “*derribar las barreras disciplinarias*” que según él, eran acciones necesarias porque las disciplinas separadas habían hecho perder la perspectiva integral del fenómeno de la vida y la ética en función a la *población viva*¹.

¹ Recuperado el 17 de Septiembre de 2015 en:
<https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/707955/KIENewsSummer1974.pdf?sequence=1>

Dúos dinámicos

Estos antecedentes merecen ser citados por otra razón. Los pioneros latinoamericanos tuvieron que acudir a la *-nada fácil-* construcción de *instituciones* para salvaguardar el periodo de incubación de la Bioética allí.

Es así como a la par que estos dinámicos emprendedores organizaban institutos académicos, e incluso, fundaciones para co-financiarlos, al mismo tiempo, ellos mismos escribían libros, empezaron revistas -y con el tiempo-, llegaron a delinear contribuciones en el plano teórico de la Bioética.

Tan gravosa misión para un subcontinente entero, hizo que como Hércules ante la Hidra, cada quijote tuviese un co-equipero.

La fundación de la Bioética latinoamericana en los tempranos 80's contó con dos duplas iniciales cuyas raíces no serían banales.

Mainetti, siendo médico, había sido becado por la institución encargada del apoyo al desarrollo de la investigación científica y técnica en Argentina (*CONICET*). Le fue posible así formarse en Francia y España.

Entre los notables maestros de Mainetti, que influirán en sus posteriores enfoques y desarrollos, se cuentan nada más y nada menos, que: *Paul Ricoeur*, *George Canguilhem* (maestro también de Michel Foucault), y en Madrid, *Pedro Laín Entralgo*, iniciador complutense -con educación germánica- de la nueva época de las *Humanidades Médicas* en España².

Los análisis de Mainetti diversifican la Bioética desde una estructura de pensamiento clásico. Un legado de justo aprecio al pensamiento clásico avenida de Laín Entralgo, Xubiri y Aranguren, que encontró en Mainetti el depositario de un conocimiento especial -que viendo los correspondientes casos hispánicos de Diego Gracia, Miguel Sánchez, Lydia Feito y Javier De la Torre- posee la tendencia de inculcar no sólo saber sino sabiduría.

Para el caso de Mainetti, su asociado sería el Dr. *Armando Pérez de Nucci*, originario de la provincia de Tucumán, también Médico Cirujano e Historiador de la Medicina. Sus trabajos sobre el desarrollo filosófico de la medicina clásica, con especial acento en los pilares grecolatinos, reunieron a dicho par de teóricos australes en una dupla que no sólo impulsaría la *Revista Quirón*, sino también el *Instituto de Humanidades Médicas* (1970) – hoy llamado *Instituto de Bioética y Humanidades Médicas*-. El *Centro de Bioética*, la *Fundación Mainetti* y la *Escuela Latinoamericana de Bioética* (ELABE) fueron los ejes estructurales institucionales del primordial impulso bioético argentino³.

En forma similar a Laín Entralgo, J.A. Mainetti recoge desde el clasicismo cuanto equivaldría (en su teorización) a una *Bioética Histórica* cuyas bases y diferenciación temática fue su primera aportación teórica. En adición, teóricamente desarrolla por medio de tres ejes conceptuales (el *Estato epistemológico de la Bioética*, el *Paradigma disciplinario en la responsabilidad médica* y la *Metabioética*, un tanto en semejanza a la comprensión metaética de Wittgenstein y de Ferrater Mora, orientada por su talento hacia la praxis médica), aquella misma interfase entre epistemología e instituciones para un campo nuevo y pone a los nuevos bioeticistas latinoamericanos a profundizar estas líneas para componer la *Bioética Sistémica*, diferenciando lo anterior de un tercer bloque teórico, llamado propiamente por Mainetti: *Bioética Filosófica* sesgada hacia estudios bioéticos sobre la *alteridad*, la *ontología* y la *fenomenología* en la ética médica⁴.

Estas aportaciones tienen un valor único para la más adecuada acepción "*latina*" en la Bioética, nutrida, fortificada y compatible con la escuela médica griega y romana sin desconocer, más si nutriendo los avances modernos y contemporáneos.

Lamentablemente, como rasgo cultural suramericano, la construcción de sistemas de pensamiento endógeno se ha hecho difícil ante una disminuida auto-valoración -que aunque se ha corregido- prefería autores estadounidenses o centroeuropeos como material de referencia. Sin embargo, estos trabajos son muy meritorios y posiblemente pueden significar hasta un león dormido, debido a lo prolífico de las obras.

² Recuperado el 17-10-2016 en: http://www.bioeticawiki.com/Jos%C3%A9_Alberto_Mainetti

³ Recuperado el 17-10-2016 en: <http://elabe.bioetica.org/50.htm>

⁴ Recuperado el 18-10-2016 en: <http://www.jursriego.gov.ar/inicio/eventos/jornadasbioetica/drjosemainetti-compendio-bioetico.pdf>

Llano, quien fuese decano de Medicina de la Universidad Javeriana en Bogotá, Colombia, respectivamente, encontró en el polifacético humanista Gilberto Cely, decano en las Facultades de Ciencias Básicas y Ciencias Económicas y Administrativas, el socio con el cual valorar el impacto y realizar investigaciones interdisciplinarias dando inicio a la institucionalidad de campo bioético en el septentrión suramericano.

Gilberto Cely colabora con Jorge José Ferrer en la tarea de sembrar la Bioética en el Caribe, empezando por *Puerto Rico*, tierra natal del segundo, que siendo igual egresado de Georgetown, no sólo extiende la Bioética a *Republica Dominicana*, sino que llega a ser director en 2001 de la *Cátedra de Bioética* de la Universidad de Comillas en Madrid, tras la muerte de su fundador, el biólogo español de la Universidad Complutense Javier Gafo. Produce el puertorriqueño una de las mejores obras sintéticas sobre las principales escuelas y autores en el tema (Cf. *Para Fundamentar la Bioética*). Adicionalmente, Ferrer lograría para su isla -en 2008- otro punto acreditado de desarrollo educativo dentro del programa bioético de la OPS⁵ del que se comentará luego su papel iniciador.

Pero es Llano el primero en trabajar para la región desde los ochentas la *definición del campo epistemológico de la Bioética* e incursiona en el *estudio temático de la persona, la dignidad y la educación* - nociones que entretejerían las puntadas de su producción bibliográfica (Llano, 2006) junto con el recopilatorio *Revista Selecciones de Bioética*-. El legado de estos iniciadores con influencia directa de V.R. Potter a quien, por ejemplo, visitó personalmente Cely -y al tiempo-, de Georgetown y Roma, donde estudió y se doctoró Llano en Moral, que en conjunto termina por integrar la *asignatura de Bioética* dentro de las carreras universitarias o licenciaturas en ciencias básicas y de la salud, desde 1988, con la doble perspectiva, de *ética médica* (línea de énfasis de Georgetown) y la *bioética global* (línea del científico Potter).

Juntos, Llano y Cely, forman a la postre en los noventas el *Instituto de Bioética* de la Universidad Javeriana en Bogotá, que brindaría una especialización la cual llega a convertirse en Maestría. Ambos figuran también como co-fundadores del *Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos* (ICEB) de la *Academia Colombiana de Medicina* que despega desde 1986, con las subsecuentes figuras colombianas en la materia como Fernando Sánchez Torres MD (Presidente de tal Academia) y Jaime Escobar Triana (quien también desde un enfoque secular, formó el programa de *Maestría* y luego *Doctorado en Bioética*, adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad del Bosque en Bogotá). La actividad de estos institutos se ha mantenido de forma vigente gracias al tesón de tales fundadores por medio de eventos y estudios con actividad continua, en temas vanguardistas de impacto social y político⁶.

Otras Ramas Australes y Latinoamericanas con Ascendencia Italiana

En Iberoamérica poco se conoce la veloz acogida y desarrollo que la Bioética tuviese en la península itálica. Sin embargo, su influencia es trascendental. Esto nos hace remitir al lector de nuevo al libro *Historia Ilustrada de la Bioética* donde se narra cómo desde 1973, Menico Torchio muy temprano escribe la obra "*Relaciones hombre-naturaleza según las principales metafísicas orientales, sus implicaciones bioéticas y ecológicas*" (*Rapporti uomo-Natura secondo le principali metafisiche orientali, loro implicazioni bioetiche ed ecologiche*), una creación bioética fundacional, con matiz Potteriano, del *Instituto de Ecología Animal y Etología* perteneciente a la Universidad de Padua.

Tan pronto como en 1974, Torchio produjo una segunda obra igualmente con clara influencia Potteriana: "*La Bioética: Un Puente para la Supervivencia*" (*La Bioetica: Un Ponte per la Sopravvivenza*) (Sgreccia y Lombardi, 1997), anticipándose con este par de obras al desarrollo de lo que en 1988, V.R. Potter denominaría para el campo como *Bioética Global*, actual base de la Ecoética.

¿Y qué tiene que ver esto con Latinoamérica? Sencillamente que estos trabajos del citado Biólogo marino italiano inspirarían a un académico coterráneo, Elio Sgreccia, quien recién asumía precisamente en 1974, la dirección de la Revista "*Medicina e Morale*" de la Facultad de Medicina "*Agostino Gemelli*" de Roma.

Dos giros se desprenderían de allí: por un lado esa Revista empezaría a conocerse tras ello como "*Rivista Internazionale di Bioetica*"⁷. Por otra, el mismo académico, siendo luego Director del *Centro de*

⁵ Recuperado el 19-10-2016 en:

⁶ <http://dmd.org.co/dmdweb2015/wp-content/uploads/2016/04/ICEB-Foro-Bio%C3%A9tica-y-paz-2016.pdf>

⁷ Recuperado el 18-10-2016 en: <http://www.rm.unicatt.it/medmor/>

Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (1985-2000), coopera en el establecimiento del *Instituto de Bioética* de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires. Un polo de desarrollo internacional donde muchos de los personajes nombrados han tenido participación.

Este centro bonaerense reúne a otros destacados personajes como la pediatra bioeticista Marta Fracapani, especializada en Chile, a su mentor chileno Fernando Lolas, y a Francisco León Correa -este último de origen español- con cruciales nexos laborales en Chile, los cuales llegan a presidir la Federación Latinoamericana de Bioética (FELAIBE que integra en sus esfuerzos a las originarias; colombiana CENALBE y a la argentina ELABE). Fracapani dirige el *Centro Cuyano de Estudios Bioéticos* y la *Maestría Internacional de Bioética* (de la Universidad Nacional de Cuyo en asocio con la *Organización Panamericana de la Salud*), generando otra reputada fuente de formación bioética para la región austral desde Mendoza, Argentina, que se mantiene hasta ahora.

Un segundo afluente de la pedagogía italiana es labrado por el bioeticista ítalo-brasileño Leo Pessini. Este académico formado en el St. Luke's Medical Center, es reconocido como referente brasileño del mundo sanitario inclusive por la revista *The Lancet*⁸, él funda en 1977 la revista especializada *O Mundo da Saude* (*Journal of World Health*). Su trascendente valoración de la Bioética en la práctica clínica, que va tratando en artículos de la publicación citada con William Saad Hosne, a su vez especializado en *Ética de la Investigación*, lo cual además de hacerlos notables profesores de Bioética, motivó la creación de la revista indexada "*Bioethikos*" 30 años después, en 2007.

Hagamos ahora un necesario paréntesis antes de continuar con la narrativa hacia el polo sur americano.

Bioeticistas latinoamericanos, exalumnos de la poco comentada corriente italiana de Sgreccia, teóricamente se dieron a la tarea de desarrollar una escuela bioética objetivista conocida como *Bioética Personalista*, que compone un núcleo teórico de análisis, incluso reforzado por la Antropología de Edith Stein. Se habla aquí de Juan Manuel Burgos en Ecuador (Robles, 2016). El análisis de la persona (subjetividad) inmersa en las circunstancias reales (objetividad) por alguna razón ha tenido un especial atractivo para los bioeticistas latinoamericanos:

También, dentro de los aportadores a esta escuela se cuentan los mexicanos Martha Tarasco Michel (Presidenta 2014-2016 de la *Academia Nacional Mexicana de Bioética*) y Pedro Sánchez Priego MD, PhD y bioeticista de Puebla. Han hecho lo propio en otros países, Ma. Liliana Lukac de Stier, argentina, profesora-colaboradora tanto del Centre Thomas Hobbes de la Université Paris Descartes (Sorbona) como de la Universidad Autónoma de Guadalajara (México), citada como estudiosa de esta rama bioética por su compatriota bioeticista Alberto Bochaty. Un recuento de este devenir, se hace en la obra austral auspiciada por la Facultad de Medicina de la germana *Universidad de Lübeck (Lübeck)*, en trabajo coordinado por Dietrich von Engelhardt y J.A. Mainetti (2004). Francisco León-Correa en Chile es otro profesional que desde la filosofía ha trabajado esta *Bioética personalista*, en conjunto con la ética del cuidado y el feminismo (2008).

OPS: De cómo Lolas unió a Chile y Argentina

Para retomar el otro gran núcleo histórico de formación pedagógica, formándose dinámicamente en los 90's, es indispensable hablar del impacto del programa de Bioética de la OPS.

Es en esta década donde irrumpe Fernando Lolas Stepke MD, psiquiatra chileno que siendo consciente de la importancia de la cooperación internacional, además de establecer la *Revista Acta Bioethica*, establece con respectivas figuras mundiales fundadoras de la disciplina, como Daniel Callahan, James Drane, Diego Gracia⁹, Ezequiel Emanuel, y Mainetti, entre otros, el *Programa Regional de Bioética (PRB) OPS/OMS*, que fue establecido formalmente en 1994 en Santiago de Chile mediante un convenio con el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile.

⁸ Recuperado el 19-10-2016 en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71451-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71451-3/abstract)

⁹ Es de resaltar que las primeras publicaciones de Diego Gracia fueron llevadas a cabo en Bogotá. *Introducción a la Bioética* (1991) y *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética* (1998) son editadas por primera vez por Editorial El Búho en la capital colombiana.

Parte de ese legado establecido por Lolos se ve hoy incluso en el *Instituto de Bioética* de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a cargo de Delia Outomuro MD (2004) cuya primera obra, de hecho, fue prologada por Lolos Stepke. Allí se ha mantenido un continuo desarrollo a nivel de cursos en Bioética de pre- y postgrado, que como otros centros argentinos e iberoamericanos, colaboran y se coordinan también a través del *Programa de Bioética FLACSO* fundado en 1993 y presidido por Florencia Luna, donde la bioeticista experta en Biobancos, Liliana Siede, con formación doctoral en la mencionada Universidad del Bosque, ha jugado un importante papel de liderazgo académico y organizacional que se mantiene hasta hoy¹⁰ y ha regresado el favor al nuevo continente al colaborar como docente en la Universidad de Valencia, España.

Siede fue discípula del gaucho Ricardo Maliandi, Doctorado en Filosofía por la Universidad de Maguncia, Alemania. El fallecido Maliandi, quien fuera miembro de la *Asociación Argentina de Bioética*, es referente dentro de la región con el más destacado estudio axiológico realizado y respaldado en la zona, con traducciones al castellano de Nicolai Hartmann. El *modelo propio* a nivel teórico de Maliandi (2010) se conoce como la *Ética Convergente* desglosada en dos tomos y que supone, de cara a conflictos, la oportunidad de corrección racional sobre la marcha de los discursos éticos. La ideología, en vez de ser irresolutamente dogmática, para perfeccionarse ha de prestar atención a la evidencia.

Rol de la UNESCO

Argentina también se ha destacado por aunar, junto con Colombia, los temas de *Bioderecho* por prolíficos bioeticistas-abogados con colaboración de académicos hispánicos en cabeza de Carlos Romeo Casabona, experto del Consejo de Europa y de la UNESCO, y Rafael Junquera, Director del Instituto de Estudios Morales de Madrid.

Es de reseñar que a partir de febrero de 2008 toma precisamente asiento en la Oficina de la UNESCO en Montevideo, Uruguay, el *Programa de Bioética y Ética de la Ciencia*. Con un matiz que trata el enfoque de la *Bioética Global* y las *Ciencias Naturales*, se abordan incluso temas de vanguardia: Ética de la Investigación, Seguridad Alimentaria, Transgénicos, Cambio Climático. Una nueva generación de estudiosos sucede el camino inicialmente abierto para la Bioética en ese país, por el abogado uruguayo Horacio Cassinelli Muñoz, quien produjo análisis memorables sobre la *Salud como Derecho Público*.

Sea de exaltar, perteneciendo también a esa primera generación de Bioeticistas, a Oswaldo Chaves Ceballos, ecuatoriano de nacimiento pero fundador de la bioética en su patria, Venezuela y Bolivia, como lo reconoce el bioeticista médico-boliviano de FELAIBE, Gastón Cornejo, en la misma Revista que fundó Chaves: *La Revista de Bioética Latinoamericana*, publicada desde 2008 por la Universidad de Los Andes, en Mérida, Venezuela.

En ese mismo año surge la obra "*Diccionario Latinoamericano de Bioética*" editado por UNESCO, la *redbioética* y la *Universidad Nacional de Colombia* siendo un valioso esfuerzo del argentino Juan Carlos Tealdi, que unido a otros icónicos colaboradores como Susana Vidal (Arg), Miguel Kottow (Chile), Alya Saada, Fernando Cano y José María Cantú (Mex), Javier Luna Orozco (Bolivia), Felix Piedra (Cuba), Andrés Peralta (Rep. Dom) y Vonei Garrafa (Brasil) -este último relevante coordinador en el desempeño de la UNESCO y la Redbioética-, asisten el meritorio alumbramiento en lo que ya suponía una transición hacia una segunda generación y tercera generación de bioeticistas. Y asimismo, se dio la demostración productiva de que Iberoamérica también podía tener sistemas de pensamiento y contribuciones singulares para un campo diverso que invitaba al intercambio de ideas.

No obstante, en años recientes, cierta desaceleración se ha percibido en el tema. Roa-Castellanos¹¹, con otros varios ejemplos anotaba que: "*Esta es una situación que se está viendo en el nuevo y en el viejo mundo. De acuerdo con información recuperada en Septiembre de 2015, la revista Selecciones de Bioética -con peso en el contexto iberoamericano- llegó a publicarse periódicamente hasta el 2012, un número reaparece en 2016; Anamnesis, Revista De Bioética Colombiana bajó su periodicidad a una edición anual; la Revista RedBioética/UNESCO a Septiembre de 2015 no había publicado en red ninguno de sus habituales 2 números anuales (...)*". Por lo visto nuevos impulsos, temas, grupos de estudio y debates ya se están gestando y reconfigurando en el consolidado campo disciplinar sobre el cual nuestras zonas tienen mucho por aportar.

¹⁰ Recuperado el 18-10-2016 en: <http://flacso.org.ar/programas/programa-de-bioetica/>

¹¹ Recuperado el 20-10-2016 en: <http://www.urosario.edu.co/revista-nova-et-vetera/Inicio/Columnistas/Que-Convirtieron-la-Bioetica-en-Necroetica/>

Referencias Bibliográficas:

1. Álvarez-Díaz, J. A. (2012). *Latin American Bioethics Or Bioethics In Latin America?*. Revista Latinoamericana De Bioética, 12(1), 10-27.
2. Maliandi, R. (2010). *Ética convergente. Tomo I: "Fenomenología de la conflictividad"*. Buenos Aires: Ed. Las Cuarenta.
3. León-Correa, F. J. (2008). Ética del cuidado feminista y bioética personalista. *Persona y Bioética*, 12(1), 53-61.
4. Lolas, F. (2000). *Bioética y cuidado de la Salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Santiago de Chile: Publicaciones Programa Regional de Bioética OPS/OMS.
5. Llano, A. (2006). *Bioética y educación para el siglo XXI*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
6. Outomuro, D. (2004). *Manual de Fundamentos de Bioética*. (Prólogo de Fernando Lolas Stepke). Buenos Aires: Ed. MAGISTER EOS.
7. Reich, W. (1999). *The "Wider View": André Hellegers's Passionate, Integrating Intellect and the Creation of Bioethics*. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 9(1), 25-51.
8. Roa-Castellanos, R.A., Valenti, E., y Marquez, O. (2015). *Origen y Evolución del neologismo "Bioética"*. En: Herreros, B y Vandrés, F (Coords). *Historia Ilustrada de la Bioética*. Madrid: ADEMÁS Comunicación Gráfica.
9. Robles, J.B. (2016). *Aportaciones de la Antropología Steiniana a la Bioética Personalista*. Cuadernos de Bioética (90) XXVII 2ª, 195-206.
10. Sgreccia, E., & Ricci, M. L. (Eds.). (1997). *La Vita e l'uomo nell'età delle tecnologie riproduttive: una domanda di sapienza e di agire responsabile: atti del Convegno di studio" don Lorenzo Vivaldo", Savona, 16-17 settembre 1995*. Roma: Vita e Pensiero.
11. Von Engelhardt, D. y Mainetti, J.A. (Eds.). (2004). *Bioética y humanidades médicas*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Ricardo Andrés Roa-Castellanos.

Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria.
Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.



El reconocimiento, un valor esencial para la medicina de familia

Desde hace unos años, el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria compatibiliza el trabajo sobre temas clásicos de este ámbito de conocimiento con la **búsqueda de las claves éticas del ejercicio de la Medicina de Familia**. Las propuestas de Ana M^a Costa y cols. sobre la **relación entre el concepto de reconocimiento y la práctica clínica** nos resultaron iluminadoras en nuestro análisis de la exclusión sanitaria de los inmigrantes (5,6), y nos pareció que el concepto de *reconocimiento* podía ser muy productivo para lograr una mejor comprensión de la relación clínica en medicina de familia.(7-9). De ahí que lo propusiéramos como uno de los valores a incluir en el curso/taller de lectura que, en torno a los valores y la Medicina de Familia, el Grupo realizó en el primer semestre de 2015 (10), apoyados en la lectura del libro de John Berger *Un hombre afortunado* (11).

Y resumimos en este artículo el resultado de esa trayectoria, con las aportaciones que se hicieron durante el curso y algunas citas del libro trabajado. Comenzaremos con una incursión en el uso cotidiano del término reconocimiento, para después hacer una pequeña reseña del recorrido filosófico del término y de su incipiente aplicación a la clínica, y concluir desde todo lo anterior con una exposición de las implicaciones que a nuestro juicio puede tener el concepto de reconocimiento, entendido como un proceso abierto y continuado de mutua aceptación y comprensión entre médico y paciente que profundiza en la dimensión personal de la relación que se establece entre ellos, en la práctica de la Medicina de Familia.

1. El campo de significación del término reconocimiento

1.1. Una introducción más o menos intuitiva

Probablemente, la mayor carga de significado vital del término que estamos analizando se encuentre en la **forma pasiva del verbo, ser reconocido** (o su correlato subjetivo, *sentirse reconocido*), presentado ya desde Hegel como fundamento de una sana construcción de nuestra propia identidad personal. Pero todo verbo en voz pasiva precisa necesariamente de la existencia de una “contravoz activa”, de una acción con un sujeto que la lleve a efecto; en nuestro caso, hace falta que exista “**alguien**” que **reconozca**, que tenga esa capacidad y la lleve a efecto. *Reconocer* sería, pues, una capacidad “creadora”, que facilitaría la construcción de identidad personal en la persona reconocida.

Y aún nos quedaría una tercera forma verbal cargada de significado: **la forma reflexiva**. Si de algo tenemos experiencia directa como seres humanos es de nosotros mismos, y éste sería nuestro campo de pruebas (y también, quizás, nuestro campo de batalla) en cuanto a las relaciones de reconocimiento se refiere: reconocernos a nosotros mismos, ser a la vez sujeto y objeto de reconocimiento, asumirnos en nuestra realidad, situar nuestras vivencias... *Reconocerse* aportaría, pues, una tercera línea de significación, la capacidad de interpretación y asunción personal que, posteriormente, podría servir de referencia para interpretar y asumir la realidad y la experiencia de los otros seres humanos con los que nos encontramos en nuestra vida.

Podríamos decir, por tanto, que existe un **círculo de reconocimiento** entre la acción de reconocer, la capacidad de reconocerse a sí mismo y la capacidad de reconocer al otro.



1.2. Una aproximación algo más sistemática

El Diccionario de la Real Academia Española define reconocimiento como la “**acción y efecto de reconocer o reconocerse**”, y apunta su sinonimia en algunos casos con la palabra gratitud. (12) Pero para ser más fieles a la complejidad de significados de la palabra es la de intentar **reconstruir su uso** en nuestra lengua, al estilo de lo ya realizado por Ricoeur en *Caminos del reconocimiento* para el caso francés (13). Y la primera constatación es el hecho de que tanto reconocer como su palabra derivada reconocimiento son palabras compuestas, procedentes del verbo conocer, mediante la incorporación del prefijo re-. Veamos a qué nos lleva esto.

a) Conocer

Se trata de un término con una **gran riqueza de significado**, del que podemos encontrar hasta diez alternativas en nuestro diccionario. Centrándonos en las más importantes, éstas son:

- tr. Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.
- tr. Entender, advertir, saber, echar de ver.
- tr. Percibir el objeto como distinto de todo lo que no es él.
- tr. Tener trato y comunicación con alguien.
- tr. Experimentar, sentir.

Son, por tanto, diferentes los matices que aporta el término conocer, pero todos ellos **transitivos**, es decir, que precisan de un objeto para poder llevarse a efecto. Este objeto puede ser material y experimentable, del que se tiene conciencia clara de su naturaleza, cualidades o identidad (primero y tercero de los significados presentados). O ser un objeto inmaterial o irreducible a lo “objetivo”, que en este caso se entiende o sabe (segundo significado presentado). Conocer también se refiere al hecho de tener experiencia directa de la existencia de otras personas o de tener un conocimiento muy personal de algo, como cuando decimos, por ejemplo, que *Alejandro Magno no conoció la derrota*.

Entendido de esta manera, **el conocimiento** es siempre conocimiento de algo, y **parece que centrado sólo en realidades externas** al yo. Sin embargo, desde tiempos de Kant aceptamos que el yo “pone” de su parte algunos elementos (lo que él llama *condiciones subjetivas a priori*, como el espacio y el tiempo) en la comprensión de la realidad (14): no habría, pues, un conocimiento “objetivo”, totalmente dependiente del objeto, sino que en todo caso habría una participación del yo en dicho conocimiento, sin la cual éste no sería posible. **El modo en que conocemos, en que aprehendemos la realidad, nos estaría dando datos de nosotros mismos**, y nos llevaría, por tanto, a conocer-nos un poco mejor.

b) La aportación del prefijo re-

Básicamente, es un prefijo que supone **repetición, vuelta a ocurrir de algo**, pero que también sugiere en ocasiones un movimiento hacia atrás o, incluso, cierta oposición o resistencia.

Re - conocer

Re-conocer sería, por tanto, un volver-a-conocer, un conocer de nuevo una determinada realidad. **Volver a tener trato o contacto** con ella, y, por tanto, darnos cuenta de que se trata de la misma realidad con la que ya hemos contactado previamente; pero también **dar un nuevo paso en el camino del conocimiento** y llegar a una nueva síntesis, a un nuevo conocer. Y es cierto que esto, a veces, conlleva algo de dificultad y/ esfuerzo.

El **paso del tiempo** es una de esas circunstancias que pueden dar lugar a un reconocimiento dificultoso. Esto nos ocurre con frecuencia en las personas, en las que apreciamos un doble proceso de cambio, físico y psicológico/vital, pero también *reconocemos* la continuidad de algunos rasgos identificatorios que nos permiten una reconstrucción narrativa de lo vivido, tanto en primera como en segunda o tercera persona, necesaria para ese *reconocimiento* personal.

En ocasiones *reconocemos* el mérito peculiar de una persona e incluimos en él un aura de esplendor en base a ese mérito, incluso con un contenido de agradecimiento si de ese mérito se ha desprendido algún bien para nosotros.

El reconocimiento indica, por tanto, que el conocimiento es, en muchos casos, insuficiente, y que conocer es un proceso en continuo desarrollo, que nos va acercando a la verdadera realidad, tanto de nosotros mismos como de nuestro entorno y de las personas que nos rodean.

2. Filosofía y reconocimiento

2.1. El joven Hegel

Para muchos filósofos contemporáneos, la categoría del reconocimiento es la mayor aportación de Hegel a la reflexión sobre la identidad personal, la intersubjetividad y la estructura ética de la sociedad (15). Con este término, Hegel, en su etapa inicial, intentaba dar expresión al **papel que el entorno social tiene en el desarrollo de la persona**; y frente a Hobbes, que había situado el nacimiento del Estado en el miedo de los hombres a morir violentamente en el estado de naturaleza (en el que *el hombre es lobo para el hombre*), Hegel ofrecía con este concepto una **motivación moral para el origen de la convivencia social** (16).

Hegel descubre, en el proceso de reconocimiento, de aceptación social, **diferentes niveles**:

- **familiar**, desde el amor y la acogida incondicional;
- **estatal**, desde los derechos garantizados legalmente; y un tercer nivel más allá de la organización del Estado, quizás no tan bien delimitado como los otros dos, donde el reconocimiento se daría desde la **creatividad** de las manifestaciones de lo que Hegel denominaba Espíritu absoluto (Arte, Música y Religión).

En la medida en que la persona no se siente reconocida, respetada completamente en alguno de los niveles, se generarían una serie de dinámicas (que Hegel denomina **luchas por el reconocimiento**) que se convierten a su vez en motor del avance social. (15, 16)

2.2. Axel Honneth

Honneth (17) profundiza en los niveles de reconocimiento que Hegel había planteado, y redefine el tercero de ellos, pues si el segundo nivel constituye la aceptación en igualdad de todos los individuos de la sociedad en el Estado de Derecho, **se hace necesario también un ámbito en el que cada individuo pueda ser reconocido en su singularidad**; este tercer nivel sería, para Honneth, el nivel del reconocimiento **mediante la estima social de las cualidades individuales**.

Honneth confirma, con ello, la necesidad de reconocimiento social para la construcción de la identidad personal, e insiste en las **situaciones de “desprecio”**, en las que el individuo no se siente suficientemente reconocido en alguno de sus derechos o capacidades, que actuarían **como motor de episodios de lucha por el reconocimiento que contribuyen al avance ético y social** (16). Honneth ha seguido trabajando en el análisis de los movimientos sociales, especialmente en lo relativo a minorías culturales, inmigrantes, etc. (1)

2.3. La aportación de Paul Ricoeur

Ricoeur plantea en su obra *Caminos de reconocimiento* (13) una aproximación “semántica” al análisis del término reconocimiento, que pone en relación con lo más genuino de la tradición filosófica occidental. Ricoeur destaca la importancia del tiempo, que abre una discontinuidad dentro de la realidad porque introduce la posibilidad de cambio, de evolución. Como personas, atravesamos distintos momentos a lo largo de la vida, pero nos concebimos como la unidad y la sucesión de dichos distintos momentos a través de lo que consideramos como la **dimensión narrativa de la vida humana**, según la cual la persona sería capaz de contarse e interpretarse a sí misma a lo largo de los distintos momentos, de dar-se (reconocer-se) sentido.

Al identificarnos a nosotros mismos como “yo” surge la posibilidad de reconocer al otro como otro-yo, como realidad personal a la vez similar y diferente, con lo que aparece la posibilidad del **reconocimiento mutuo**, un reconocimiento que es siempre insuficiente, siempre abierto, dada la diferencia originaria entre el yo y el otro. Para vencer esta insalvable separación, Ricoeur ve **necesaria la realidad del don, del regalo**, como oferta gratuita de reconocimiento que no espera nada a cambio, y que genera espacios de relación que Ricoeur denomina “estados de paz”.

3. El reconocimiento recíproco aplicado al marco de la relación clínica

Costa y col. (1-4), plantean la necesidad de poner en práctica los distintos niveles de reconocimiento en el ámbito de la asistencia clínica debido al riesgo de deshumanización a que se encuentra sometida, y proponen para ello tres líneas de actuación, con un único punto de partida, el reconocimiento de la identidad personal del paciente mediante la empatía: la toma compartida de decisiones (que constituiría para ellos el primer nivel de reconocimiento), el respeto a los derechos del paciente (segundo nivel) y la creación de un clima de confianza (tercer nivel). Con todo ello podríamos posibilitar en el paciente la reconstrucción de su narrativa vital en el seno de su enfermedad. Frente a la impersonalidad de los principios, la ética del reconocimiento permitiría tomar en cuenta la dimensión personal de la enfermedad y de la relación clínica, y generaría espacios de deliberación (y de liberación) compartida.

El reconocimiento establecería un nivel de relación basado en la igualdad, generando una vía intermedia entre paternalismo y autonomía; esta última no debería ser ya entendida como independencia, sino desde la realidad de interdependencia y vulnerabilidad de los seres humanos (Honneth 17); como sugiere Adela Cortina (18), hablar de reconocimiento sería hablar de la cercanía que surge entre quienes se saben simultáneamente “*vulnerables, con vocación de autonomía y cordialmente ligados*”.

En una perspectiva de calidad asistencial global también se hace necesario el reconocimiento del profesional, tanto por parte de los pacientes y la ciudadanía (por medio, por ejemplo, de la confianza depositada en él) como por parte de los poderes públicos y de las autoridades sanitarias (mediante la aceptación de su papel profesional en la toma de decisiones sanitarias y la garantía de facilitar los recursos necesarios y adecuados para una actividad de máxima calidad).

3.1. Reconocimiento recíproco y Medicina de Familia

En el ámbito concreto de la Medicina de Familia, toman una consideración especial la **realidad dinámica del reconocimiento en sus tres formas verbales** (pasiva, activa y refleja) y la **necesidad de estar abiertos de continuo, a lo largo del proceso asistencial, a nuevas síntesis personales** en torno al proceso concreto de enfermar que se da en cada paciente en función de sus características personales y sociales.

El conocer está muy presente en la actividad clínica: en el ejercicio de investigar y comprender determinados hechos patológicos, en el de distinguir “enfermedades” unas de otras, en el de encontrarnos y tratar con personas que ponen en nuestras manos sus padecimientos y en el de experimentar de cerca la fragilidad y la vulnerabilidad humana. En ese conocimiento **también nos experimentamos y conocemos un poco más a nosotros mismos**. Si a todo ello le unimos el matiz reiterativo que introduce el prefijo re-, podemos entender el *reconocimiento* como un **proceso abierto y continuado de mutua aceptación y comprensión entre médico y paciente** que profundiza en la dimensión personal de la relación clínica que se establece entre ellos en torno a la enfermedad padecida. Y, en ocasiones, puede ser un magnífico instrumento para ayudar al paciente a recomponer su identidad, rota (o, al menos, puesta a prueba) por la enfermedad. En palabras del narrador de *Un hombre afortunado*,

Sassall nunca separa una enfermedad de la personalidad general de paciente que la sufre... Un paciente desdichado va al médico y le ofrece una enfermedad con la esperanza de que al menos esa parte de él (la enfermedad), pueda ser reconocible (10).

Sassall se transforma acumulativamente con cada paciente y aspira al hombre universal enriquecido con la multitud de experiencias de sus pacientes (10)

La continuidad temporal que permite el contacto prolongado en el tiempo del médico de familia con sus pacientes (el reconocimiento *nunca es el resultado de un sólo encuentro*, dirá Sassall -10-) hace que ese proceso pueda avanzar más allá que en cualquier otro ámbito de la Medicina clínica.

Algunas cuestiones abiertas

Discontinuidades en el proceso

Hemos plantado el reconocimiento como un proceso en la práctica asistencial, debido a sus propios componentes conceptuales, pero eso no significa afirmar que el proceso haya de ser lineal, o que siempre logremos que se produzca. La práctica clínica nos coloca con frecuencia ante situaciones que no responden a una dinámica lineal, o en las que ni siquiera se produce un avance en el reconocimiento:

- situaciones cuasi-mágicas en las que se da una conexión profunda y rápida con un paciente por circunstancias de las que no llegamos a ser conscientes, como si el encuentro pusiera en funcionamiento resortes personales escondidos que facilitan la sintonía vital
- o, por el contrario, situaciones en las que nos resistimos a ese reconocimiento, levantamos barreras e incluso nos protegemos del sufrimiento o de la persona del otro, como si no quisiéramos que nos afectara en ningún grado, apartándonos vitalmente de lo que trae ante nuestra presencia.
- O, simplemente, situaciones en las que no somos capaces de iniciar ese proceso, de abrir las puertas necesarias para ello (cansancio, preocupaciones personales, dificultad para comprender algunas experiencias...)

Pareciera como si hubiera algo dentro de nosotros que fuera parte del proceso en el que reconocemos al otro, como si prestáramos un andamiaje desde el que pudiera desarrollarse un encuentro fluido

Obstáculos al reconocimiento

La continuidad asistencial, es un valioso instrumento en los procesos de reconocimiento. Sin embargo, no siempre es posible esa continuidad, o no lo es de una forma personal y directa. Y así, junto a las ausencias del profesional, que hay que asumir para que él también pueda vivir la normalidad de la vida (vacaciones, horarios de descanso, períodos de incapacidad...), se dan otra serie de circunstancias que dificultan esos procesos.

Una de ellas tiene una cierta dosis de contradicción, porque en ella se enfrentan dos opciones deseables a la vez: la continuidad asistencial y la formación de nuevos médicos. Nos referimos a las ocasiones en que el médico residente asume la consulta de su tutor para poner en práctica los conocimientos y destrezas adquiridos. No todo está en el ordenador, ese enemigo que a veces se interpone en la relación clínica, y no todo es fácilmente transferible a ese otro médico que está completando su formación. Hay algo que no puede escribirse en la historia clínica, algo que no cabe en el ordenador, porque es algo que está entre médico y paciente, entre persona y persona, que nunca podrá ser reducido a significantes escritos y que tampoco podrá repetirse en cuanto uno de los dos agentes de esa comunicación cambie.

A veces hay que saber vivir con las contradicciones. Y ésta es una de ellas. Un buen ejemplo de situación en la que, de modo deliberativo, deberemos llegar a la mejor solución para no dañar ni el proceso de reconocimiento con los pacientes ni la formación de los médicos del futuro.

Y, como siempre, el tiempo (o su carencia)

Reconocer al otro significa caer en la cuenta de que, por ejemplo, el paciente que tienes delante es una persona completa, digna de todo respeto. Pero tratado como una pieza más en la cadencia de 30-40-50 encuentros diarios con pacientes, se cae en el riesgo de la cosificación, del no-reconocimiento. Aún así, hay circunstancias en las que es imprescindible hacer un parón, dedicar un tiempo extra a esas consultas intuitivas como “sagradas”, un tiempo que haga al paciente sentirse escuchado, asumido, “reconocido” en su realidad.

Reconocer lleva su tiempo, y no siempre éste está disponible.

4. Una aproximación narrativa

Hoy tengo treinta y cuatro pacientes citados, más los que vengan sin cita. Me preparo para estar atenta. En cada uno de esos huecos de siete minutos sé que tengo una oportunidad de oro de descubrir a la persona que hay detrás de la expresión (verbal y cuántas veces no verbal) de tantos miedos, sombras, temores...

Yo también tengo mis claroscuros, y no me resulta fácil manejarme continuamente con tanta incertidumbre. Hay días en que me cuesta “reconocerme” a mí misma. Y aunque tenga el día muy entonado, sé que no soy “la misma médica” con todos los pacientes. No se me va de la cabeza el artículo de Roger Ruiz Moral (19). Así soy yo, cuatro médicas en una, o puede que más. ¿Seré capaz de percibir lo que hay de radicalmente propio en Manuel, Pilar o Rocío, en cada una de esas personas

que, más o menos vulnerables, vendrán a verme esta mañana para que yo les acompañe, les escuche, les consuele, incluso les cure? Estoy segura que cada uno espera que yo le reconozca en su individualidad, en el hecho de ser especialmente como es. Que esté atenta a su biografía (y no solo a su radiografía), tan rica, tan compleja, tan cambiante. Y que les responda no solo de forma empática sino esencialmente compasiva, que haga algo que sirva para aliviar su sufrimiento.

Me pongo en modo escucha. Intento relajarme para estar receptiva a lo clínico, a lo emocional, a lo humano. Y también a “lo mío”, a cómo estoy emocionalmente, si consigo conectar y generar confianza... ¡esa es la llave!, ese espacio privilegiado en el que creemos estar en buenas manos. Qué difícil me resulta pensar en todo esto antes de arrancar. Más difícil me resulta actuarlo cada día y mantener una mirada tranquila y cercana en cada consulta, con cada uno de los pacientes que vienen a compartir sus inquietudes.

Si reconozco a Manuel, a Pilar, a Rocío... en su radical humanidad que apela a la mía, si encuentro a la persona y al sufrimiento que la acompaña, sé que me costará mucho menos responder en forma compasiva. En la vulnerabilidad somos esencialmente iguales. Encuentro entonces el modo de compartir ese diferente conocimiento de las cosas que les pasan, que ellos tienen desde la vivencia y la experiencia en primera persona y que yo tengo desde la ciencia, la teoría y la sabiduría que dan tantos días detrás de la mesa.

Sé que observamos e interpretamos la realidad desde lugares diferentes (el suyo, sufriente, el mío, de ayuda) pero sé que podemos llegar a acuerdos, acercar las miradas, las expectativas, valorar lo que está en juego (desde sus valores, desde los míos) y sé que, con tiempo y calma, podemos tomar decisiones “compartidas” que además sean prudentes y respetuosas. Sin aplacar su autonomía, pero sin negar que ellos me necesitan tanto como yo a ellos, que somos interdependientes, vaya. O sea, que yo entiendo la autonomía no como un desapego, sino como un modo de relación genuinamente de ayuda (autonomía relacional, creo que le llaman los que saben de esto). Y todo esto lo sé porque lo hago cada día. No siempre, porque no siempre me sale o me dejan, porque no todas las personas quieren (o saben o pueden) deliberar, pero sé que me pido a mi misma al menos intentarlo con cada una de las personas que cruza la puerta de la consulta (por no hablar de los muchos elementos que ayudan al genuino reconocimiento cuando soy yo la que cruzo el umbral de la casa de Manuel, de Pilar, de Rocío...). Sería fantástico poder “atravesar el espejo” y sentarme en la silla de Manuel, de Pilar, de Rocío, y sorprenderme de cómo me ven, y de cómo se ven las cosas desde sus pupilas. Esa sí que sería la auténtica empatía, conocer verdaderamente desde dentro todo su mundo personal y único, teñido de sombras, incertidumbre y sufrimiento y a la vez coloreado de fortalezas y recursos propios que, en ocasiones, no soy capaz de descubrir desde mi lado del espejo.

En resumen, que quisiera poder asomarme, con curiosidad y compasión, a ese “país de las maravillas” que es John Berger, un hombre, cada ser humano que se presenta ante mí, desnudo y frágil o sano y preocupado, pidiendo ayuda, o consejo, o compañía, o simplemente que le facilite el proceso de tomar decisiones delicadas de forma prudente. Este oficio mío (y tuyo, nuestro) es un regalo.

Además, y para terminar, siento que yo misma necesito ser reconocida, no solo por ellos sino también por mis iguales y por los que gestionan todo este tinglado sanitario. Saber que alguien piensa en mis necesidades (materiales, formativas, de descansos, de tiempo para hacer las cosas bien) y que intenta resolverlas me daría una tranquilidad que, si he de ser sincera, no todos los días encuentro.



EL RECONOCIMIENTO EN MEDICINA DE FAMILIA



Círculo de reconocimiento



Volver a...

- saber de algo
- entender
- percibir

Identificar



Hegel

Forma por la que el entorno social influye en el desarrollo de la persona.

Niveles: familiar, estatal, creatividad vital.



Honneth

Necesidad de reconocimiento singular en el tercer nivel.

Análisis de las situaciones de "desprecio" como motor del avance ético y social.



Ricoeur

Mantenemos la identidad gracias a la dimensión narrativa de nuestra vida.

Reconocimiento mutuo a través de la realidad del don.

EN MEDICINA

Reconocemos la identidad personal del paciente mediante la empatía.

Le posibilitamos la reconstrucción de su narrativa vital en el seno de su enfermedad.

Nos encontramos ligados a la vulnerabilidad del paciente por medio de la compasión.

EN MEDICINA DE FAMILIA

El ciclo de reconocimiento como proceso a lo largo de la actividad clínica.

Experimentamos al paciente y nos experimentamos a nosotros mismos.

Proceso abierto y continuado de mutua aceptación.

Bibliografía

- 1.- Costa Alcaraz AM. Ética del reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud. *Dilemata* 2012;8:99-122. Disponible en <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/120/122> [último acceso, 16 de febrero de 2015]
- 2.- Calvo Rigual F, Costa Alcaraz AM, García-Conde Bru J, Megía Sanz MJ. Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:459-68. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n5/05_colaboracion4.pdf [último acceso, 16 de febrero de 2015]
- 3.- García Martínez JL; Gallegos Salazar D, Gómez Moruna C, Suberviola Collados V, Blanes Pérez C, Costa Alcaraz AM. Reconocimiento y cine: nuevas formas de aproximarnos. *Rev Med Cine* 2012; 8(1): 19-29. Disponible en <http://revistamedicinacine.usal.es/es/volumenes/volumen8/num1/680> [último acceso, 16 de febrero de 2015]
- 4.- Costa Alcaraz AM, Siurana Aparisi JC, Almendro Padilla C, García Vicente S, Ordovás Casaurrán R. Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Rev Clin Esp*. 2011; 211 (11): 581-6. Disponible en <http://www.revclinesp.es/en/reconocimiento-reciproco-toma-decisiones-compartida/articulo/S0014256511001925/> [último acceso, 16 de febrero de 2015]
- 5.- Grupo de Trabajo de Bioética de Somamfyc. Aspectos éticos de la exclusión sanitaria. *Médicos de Familia* 2013; 15(2):19-20. Disponible en <http://es.calameo.com/read/00055557007d84aac969e> [último acceso, 16 de febrero de 2015]
- 6.- Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE nº 98, de 24 de abril de 2012, pp. 31278-312. Texto consolidado disponible en <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403> [último acceso, 16 de febrero de 2015]
- 7.- Alzugaray García-Diego M. La taberna de Platón: Frankenstein o el moderno Prometeo. *Médicos de Familia* 2013; 15(3):43-45. Disponible en <http://es.calameo.com/read/000555570ac32d0f615b0> [último acceso, 16 de febrero de 2015]
- 8.- Castro Martín J. La taberna de Platón: Un hombre afortunado. *Médicos de Familia*. 2013; 15(2): 54-6. Disponible en <http://es.calameo.com/read/00055557007d84aac969e> [último acceso, 16 de febrero de 2015]
- 9.- Hardisson Rumeu A. La Criatura de Frankenstein y la lucha por el reconocimiento. *Isegoría* 2002; 26:251-256.
10. Sesión 1: reconocimiento [Página en Internet] [Entrada del blog El valor de leer. Un curso de ética narrativa para médicos de familia] . Madrid: SOMAMFYC; 2015. Disponible en http://elvalordeleer-somamfyc.blogspot.com.es/2015_02_01_archive.html [último acceso, 7 de julio de 2016]
11. Berger J. *Un hombre afortunado*. Alfaguara; 2016.
12. Reconocimiento. En: Diccionario de la Real Academia Española; Madrid: 2014. Accesible en <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=YWniLDjQx2x5o80viFA> [último acceso, 16 de febrero de 2015]
- 13.- Ricoeur P. *Caminos de reconocimiento*. Madrid: Editorial Trotta; 2005.
14. Tejedor Campomanes C. *Historia de la Filosofía en su marco cultural*. Madrid: SM; 1995.
15. De la Maza Sanhaber LM. Actualizaciones del concepto hegeliano de reconocimiento. *Veritas* 2010;23:67-94. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3302112.pdf> [último acceso, 16 de febrero de 2015]
16. Conill J. La alteridad recíproca y la experiencia de reconocimiento. En *Cuerpo y alteridad. Investigaciones Fenomenológicas*, monografía nº 2; 2010. pág. 61-78. Disponible en http://www.uned.es/dpto_fim/invfen/Inv_Fen_Extra_2/4_CONILL.pdf [último acceso, 16 de febrero de 2015]

17.- Honneth A. *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Editorial Crítica; 1997.

18.- Cortina A. *Ethica cordis. Isegoría*. 2007;37:113-26. Disponible en <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/112/112> [último acceso, 16 de febrero de 2015]

19. Ruiz Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003; 32(10):594-602. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-que-estilo-consulta-deberia-emplear-mis-pacientes-13055445> [último acceso, 16 de febrero de 2015]

**García Pérez M.A., Ogando Díez B., Álvarez C., Vizcaíno J.R., García I., Angélica, Vera,
y Grupo de Trabajo de Bioética
de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria SOMAMFYC**



Soledad en red

La soledad es un sentimiento universal. Cualquier persona puede sentirse sola en muchos momentos de su vida: un niño el primer día de cole, una madre soltera que trabaja doce horas al día, un inmigrante, un anciano que ha sobrevivido a la pérdida de su cónyuge o cualquier persona enferma que se enfrenta al final de sus días. Hablar con naturalidad sobre este tema es difícil, ya que es una condición muy estigmatizada, incluso cuando la soledad es elegida. Sea cual sea la causa, generalmente la soledad tiene connotaciones negativas y perjudiciales para el individuo, sobre todo cuando aparece asociada al aislamiento o la falta de sentido vital.

Rosa es una mujer viuda de 82 años. Hasta hace dos, vivía con ella un hijo soltero que se vio obligado por la empresa a ir a trabajar a Chile. Antes de partir, le enseñó a Rosa a manejar Skype. Habla con él a través de este medio dos o tres veces por semana, pero no consigue mitigar su sentimiento de soledad.

Mircea tiene 58 años y está separado. Emigró a España hace doce años desde Europa del Este. Actualmente se encuentra hospitalizado a causa de una enfermedad terminal en una unidad de cuidados paliativos de un hospital de la sierra madrileña a 60 kilómetros de la capital. Su única hija que vive y trabaja en Madrid, solo puede ir a visitarle los domingos. Mircea pasa sus días pendientes del móvil y deslizándolo el dedo por la pantalla de un iPad mientras espera la muerte en soledad.

Mónica es una mujer de 42 años, separada hace seis y con un hijo de 4 años. Refiere sentirse cansada y sola y añora tener un compañero con el que compartir su vida. Alguna amiga le ha animado a entrar en una App de contactos para conocer hombres, con la advertencia de que en esas páginas “los tíos van a lo que van”. Ha tenido un par de encuentros con los que únicamente ha logrado aumentar su sensación de soledad.

Lucía tiene 15 años. Tras una discusión banal, sus amigas le han sacado del grupo de wasap. Aunque a diario ve a sus amigas en el instituto, pasa horas mirando su móvil, esperando una señal acústica que le rescate de su soledad.

Nunca antes en la historia de la humanidad ha sido tan fácil e inmediato comunicarse con otras personas, ya vivan en nuestra misma ciudad o en las antípodas; y sin embargo, parece ser que nunca nos hemos sentido tan solos. Dada la alta incidencia de este asunto en la actualidad, los estudios sobre “Relaciones personales y Redes” están siendo considerados de gran interés científico. Paradójicamente, se trata de una “nueva soledad” que vemos frecuentemente en las consultas y nos deja desconcertados. ¿Cómo hemos podido llegar a esto? ¿No es fin de las redes sociales abrir nuevas vías para conectar con los demás? ¿Por dónde empezamos a solucionarlo?

“El hombre es social por naturaleza” apuntaban Aristóteles y Santo Tomás de Aquino. Es decir, el fundamento de la sociedad radica en la propia naturaleza humana que tiene en la sociabilidad una de sus características esenciales. El ser humano, como ser social, tiene la necesidad natural de crear vínculos y relaciones sociales afectivas con los demás, no sólo como parte de su conducta natural para construir su propia identidad, sino porque no es capaz de atender sus necesidades si no se comunica, comparte y vive en sociedad. Al mismo tiempo, las relaciones humanas son vivas, y por tanto, complejas y demandantes. Si la tecnología de la comunicación ha sido el gran triunfo de nuestro siglo es, claramente, debido a la trampa de permitirnos estar presentes sin presentarnos. Sentimos la ilusión de compañía sin las exigencias de la amistad o del amor y sin ser del todo conscientes de las peligrosas consecuencias de ello. En fin, que estamos sustituyendo el diálogo y la presencia por la simple conexión a internet. Y esperamos cada vez más de la tecnología, pero cada vez menos de los demás.

Algunas generaciones hemos crecido sin Whatsapp ni Facebook, pasando por el trago de ponernos colorados al tener que pedir perdón a un amigo por haberle fallado o aguantar el largo retraso del novio de turno en algún punto de encuentro. Resulta muy triste que añoremos estas experiencias a la vez que reconocemos el gran valor que tiene haberlas vivido. Nos preocupa cómo explicárselo a los adolescentes de hoy, que envían más de 3.000 mensajes de wasap al mes. ¿Cómo explicarlo, cuando nosotros mismos respondemos los emails en el gimnasio, en la fila del supermercado o mientras esperamos a que el semáforo cambie de color? La tarea no es fácil, pero hemos de empezar por algún sitio.

Cuando utilizamos las redes para enriquecer las interacciones personales pueden ayudarnos a sentirnos menos solos, pero cuando las usamos como sustitutas de una auténtica relación humana, generan el resultado contrario.

Lamentablemente, muchas personas solas tienden a considerar las redes sociales como refugios seguros para relacionarse con los demás. Estar solo se vive como un problema que hay que resolver y la gente lo soluciona conectándose. Pero en este caso, conectarse es una respuesta de un problema subyacente: sentirse solo. Y esta sensación –simplemente *incómoda*- puede transformarse en *insoportable* cuando intentamos aliviarla alimentando relaciones superficiales en el ciberespacio. Una conexión a través de internet nunca sustituye a una real.

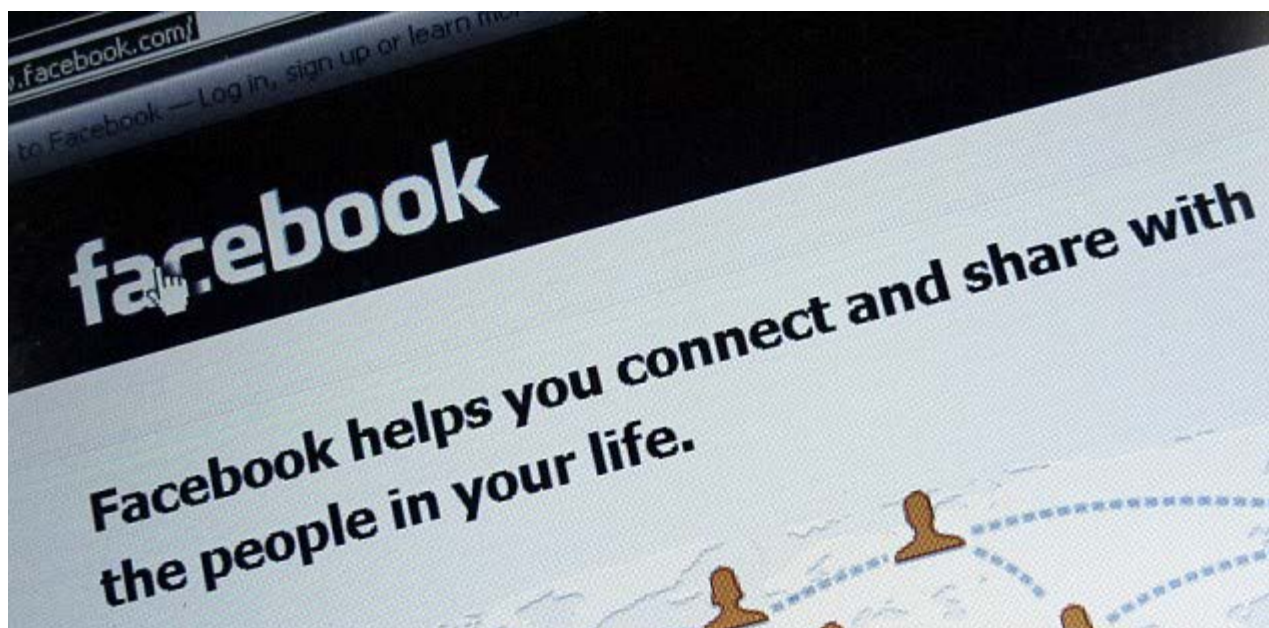
En definitiva, pese lo singulares y diversos que somos los humanos, lo que realmente nos une a los demás es compartir experiencias como el *sufrimiento* o la *alegría*, bien sea para celebrar o para acoger. Y de aquí surgen nuestros sentimientos más profundos y valiosos -la compasión, el altruismo, la ternura y el amor- cuyo fin es ayudarnos a humanizar nuestras relaciones, en lugar de trivializarlas. Corremos el riesgo de creer que tenemos mil amigos porque mil personas han clicado un dedo para arriba en nuestra cuenta de Facebook o de sentirnos solidarios y compasivos con la desgracia ajena por escribir un *tweet* o firmar un escrito que nos llega por *e-mail*.

Si elegimos mirar a los ojos, ponernos colorados, abrazarnos, etc. en lugar de enviar un *wasap* con emoticonos, no sólo estaremos contribuyendo a construir relaciones más satisfactorias y significativas, sino que estaremos optando por ser más auténticos y mejores personas. Los emoticonos no transmiten emociones, nos ayudan a disimularlas.

Estar con, acompañar, compartir y comunicarse fortalece y da sentido a las relaciones con los demás. Aún estamos a tiempo de cambiar la convivencia con la tecnología, de establecer y mantener redes de solidaridad y amistad y de RE-APRENDER el valor de la soledad, que aunque no siempre sea “*elegida*” puede ser un buen escenario para conseguir la conexión más importante en nuestra vida: la conexión con nosotros mismos.

Beatriz Moreno Milán
Psicóloga

Antonio Moya Bernal
Médico de Familia



Me da que pensar... envejecimiento, vulnerabilidad y dimensión social

Resulta difícil envejecer y ver envejecer. Envejecer no es sencillo, no parece que haya manuales, aunque seguramente habrá libros de autoayuda. Aceptar la disminución de las diferentes capacidades no es fácil, como tampoco lo es aceptarla en las personas que son importantes para nosotros. Caminar más despacio, ser menos preciso en los movimientos; perder memoria, agilidad mental, capacidad emocional para enfrentarse a contrariedades de la vida diaria, y un largo etc. Es posible que envejecer consista en una sucesión de lo antes enumerado incluyendo la enfermedad y otras pérdidas que no han quedado señaladas. Podríamos resumir esto señalando que **envejecer hace más patente la vulnerabilidad del ser humano** y disminuye la capacidad para afrontarla. Pero además esto sucede después de haber sido menos vulnerable, con la consecuente sensación de pérdida, no es como en el niño que con su desarrollo se va sintiendo cada vez menos vulnerable.

En la sociedad occidental vivimos un momento con inversión de la pirámide de edad. Cada vez hay menos niños, ellos representan el futuro, y un número más elevado de personas mayores que precisan cada vez más cuidados, y que representan a los niños el pasado. En algún sentido nuestro presente mira más al pasado que al futuro.

Es una situación inevitable que **cuantas más personas mayores hay, más personas están en contacto con ellas. En ocasiones cuidándolas y de forma general simplemente se está en contacto con personas mayores a menudo y durante bastante tiempo.** La relación con los demás es algo imprescindible en el ser humano, somos seres sociales y estamos siempre en relación con los demás. **Es algo que nos "afecta",**

aunque tal vez no seamos muy conscientes de ello. Está claro por tanto que el contacto con los mayores afecta y mucho a los adultos.

Nunca los seres humanos habíamos tenido la oportunidad de vivir tanto como ahora, así que no estamos habituados a dar respuesta a los cambios que se producen en los seres humanos con el envejecimiento.

A menudo hablamos de las dimensiones biológica y psicológica del ser humano, sin embargo debemos tomar más en consideración la dimensión social del ser humano. Esta dimensión del ser humano nos recuerda la importancia que tienen los otros en la vida de cada uno.

Desde que nacemos necesitamos de los cuidados de los otros, somos tan vulnerables que cada uno de forma aislada no sobreviviría. Con el paso de los años vamos adquiriendo cada vez más autonomía y autosuficiencia, llegando en ocasiones a olvidar nuestra vulnerabilidad. Pero como si esto fuera una especie de montaña, en la edad adulta somos casi autosuficientes, o al menos así lo creemos salvo situaciones concretas, como el enfermar. **Pero al llegar a la vejez aumenta nuestra vulnerabilidad y aumenta la dependencia de los otros.**

La dependencia puede ser física, la persona con problemas de movilidad precisa de los otros para la realización de las llamadas actividades de la vida diaria. Pero además de esos cuidados, **las personas tienen otra necesidad: la de ser reconocidos por un igual, la necesidad de relacionarse.**

Desde el nacimiento, además de los cuidados físicos, es preciso establecer esos vínculos de relación, los adultos que están alrededor de los niños habitualmente lo hacen, y no solo les prestan los cuidados, sino que además les cuidan, "se hacen cargo"

de ellos, hasta que poco a poco van siendo cada vez más independientes, más autosuficientes y dejan de necesitar que otro se haga cargo de ellos. Sin embargo **la necesidad de reconocimiento, de ser reconocido por los otros como un igual se mantiene, en eso consiste la dimensión social.**

La dimensión social del ser humano es precisamente la dimensión desde la cual se produce ese reconocimiento del otro como un igual, se le prestan cuidados cuando los precisa y se le cuida especialmente al inicio de la vida, pero no lo olvidemos también durante la última etapa de la vida. Sin embargo **“hacerse cargo”, “cuidar” y “prestar cuidados” a las personas en el tramo vital del envejecimiento es difícil y son actividades, cualquiera de ellas, que afectan más de lo que pudiera parecer.**

Cualquiera de las personas que tienen relación de forma continuada con personas mayores, en las que se están manifestando las situaciones que enumerábamos al principio, saben que resulta muy difícil ponerse en su lugar. Entre otras cosas, hacerlo significa que después hay que salirse de sus zapatos, y volver a vivir la vida de cada cual con sus problemas. **Empatizar con personas jóvenes con niños o con adultos es más fácil, resulta más sencillo ponerse en su lugar. Sin embargo tendemos a no empatizar con los mayores, posiblemente porque ellos nos ponen frente a lo que será nuestra propia decadencia, nos ponen frente a nuestra propia soledad.** En algún sentido frente a ser ninguneados por las personas de nuestro entorno. Nos pone delante de un posible futuro nada halagüeño. Esto suele hacer que evitemos implicarnos demasiado, que no nos esforcemos lo suficiente para entender su “soledad”, una soledad en mayúsculas porque su participación en el entorno va perdiendo relevancia poco a poco hasta difuminarse. Poco a poco **los mayores van perdiendo los lazos que los unen a los demás, y una de sus dimensiones como seres humanos, la dimensión social, está sufriendo daños importantes.**

En el momento actual, en el que la vida se ha prolongado en las sociedades occidentales, es importante plantearse la necesidad de dar respuesta al envejecimiento de la población.

Dar respuesta a los cambios que se producen en la vejez, es algo que nos debemos plantear como sociedad. Además de la dimensión física, los mayores mantienen una dimensión social a que se debe responder, y a veces no es tan sencillo. Ingresar en un centro en el que cubren las necesidades de la

vida diaria, sin que esto por si solo sea suficiente para responder a las necesidades del envejecimiento. Como seres humanos que son, siguen precisando manifestar esa dimensión social que les hace continuar siendo personas. Cubrir las necesidades de las personas cuando envejecen será algo que debemos de afrontar.

Ser conscientes de **la importancia de la dimensión social y de que las relaciones que establecemos para manifestarla son diferentes según los momentos vitales, debe impulsarnos a dar una respuesta adecuada a la situación de los mayores,** que son tan vulnerables como los niños pero de una forma diferente. Podríamos decir que la vulnerabilidad es una melodía, pero ésta es distinta en los niños, en los adultos y en los mayores.

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

Correo electrónico: graciaal@gmail.com



Reseña de Libros

Bioética: el pluralismo de la fundamentación

J.J. Ferrer, J.A. Lecaros, R. Molins (coords.)
Universidad Pontificia Comillas. Cátedra de Bioética.
Madrid, 2016. 452 pp.

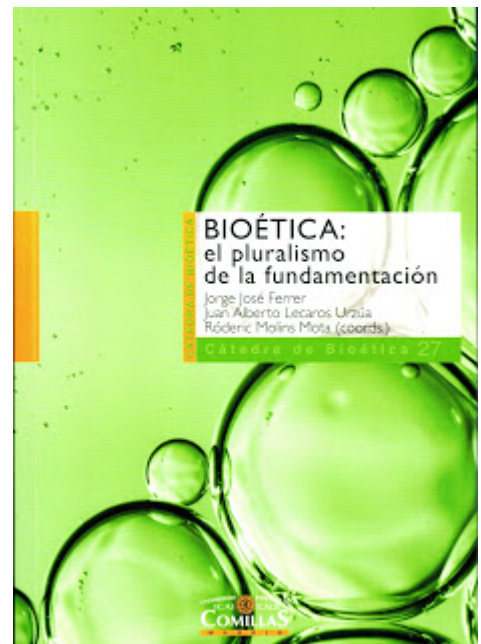
Este pasado mes de noviembre la colección Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas publicó el volumen *Bioética: el pluralismo de la fundamentación*.

Esta obra, coordinada por Jorge José Ferrer, Juan Alberto Lecaros y Róderic Molins, es fruto de un acuerdo de colaboración entre el Instituto de Bioética del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y el Centro de Bioética de la Facultad de Medicina Clínica Alemana de la Universidad del Desarrollo (Chile).

En ella colaboran autores de España, Portugal, Brasil, Chile y Puerto Rico. El maestro Diego Gracia escribe el prólogo. Algunos de los autores son nombres ya conocidos en el mundo de la bioética iberoamericana, mientras que otros representan una nueva generación.

La obra está concebida como libro de texto para los múltiples programas de postgrado en bioética que se ofrecen en nuestro ámbito cultural y lingüístico. A los mismos suelen acceder muchos alumnos con una importante formación científica, jurídica y clínica, pero con escaso trasfondo ético-filosófico. Una mínima introducción a las teorías éticas y su fundamentación filosófica, particularmente las que más resonancia tienen en la bioética iberoamericana, es un componente necesario e ineludible para la formación de postgrado en nuestra disciplina.

El libro se inicia con dos capítulos introductorios. El primero se titula “Del fenómeno de la moralidad a las teorías ética”s (J. J. Ferrer, R. Molins y J. C. Álvarez) y aborda temas relacionados con la genealogía de la moral y la construcción de teorías éticas, que es la labor propiamente filosófica. En el segundo, titulado “Origen y evolución de la bioética” (J. A. Lecaros y E. Valdés), se estudia el desarrollo histórico de la disciplina. Estos dos capítulos asientan los 11 siguientes, que abordan la fundamentación de la bioética desde distintas perspectivas teóricas: los principialismos (J. J. Ferrer), la casuística (E. Frontera), la bioética de Diego Gracia (J. P. Faúndez), la bioética y las éticas de la virtud (J. Cruz), la bioética y la teoría de la ley moral natural (D. Lorenzo), bioética utilitarista (E. Valdés), bioética y hermenéutica (T. Domingo), la ética del discurso en bioética (B. Román), las éticas de la responsabilidad y la bioética global (J. A. Lecaros), la bioética feminista y las éticas del cuidado (L. Feito) y bioética y religión (J. J. Ferrer). El capítulo final enumera los interrogantes que desafían a la bioética en América Latina hoy y en el futuro cercano (L. Pessini). El libro se cierra con un epílogo, escrito por una de las figuras más conocidas en la bioética latinoamericana, el Profesor J. P. Beca.



Jorge José Ferrer

Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

Se trata de una mujer gestante, que es portadora de hemofilia, madre de hijo varón diagnosticado de hemofilia y tratado en Hospital que cuenta con unidad específica. Para este segundo hijo, que se determina por ecografía que se trata de un varón, se le indica seguimiento en el hospital donde atienden a su otro hijo, pero la madre arguye proximidad a su domicilio para solicitar ser atendida en su hospital de Área. Por parte del hospital se argumenta que no se puede garantizar una adecuada asistencia debido a que carece de los medios para hacer un diagnóstico inmediato en el momento del parto de la condición de hemofílico del recién nacido. Esta situación es perentoria dado que un diagnóstico precoz puede facilitar la prevención de complicaciones neonatales tales como hemorragia encefálica, que se resolvería con la aplicación de Factor VIII. El seguimiento de estos casos exige un trabajo multidisciplinar de obstetricia, neonatología y hematología, y el protocolo guiado por la evidencia establece realizar cesárea que permitiría un mejor control de las complicaciones maternas que el parto vaginal.

La madre, en contra de la opinión del equipo médico solicita que se considere su petición, que considera razonada e informada por la experiencia anterior con su otro hijo.

Comentario

Deliberación sobre los hechos (aclaración y análisis)

Las hemofilias A y B son el trastorno hereditario de la coagulación que más frecuentemente se manifiesta en el período neonatal. La hemofilia A o clásica se debe a un déficit del factor VIII, y afecta a 1/10.000 varones nacidos vivos. La hemofilia B o enfermedad de Christmas es debida a un déficit de factor IX y tiene una incidencia mucho menor, de 1/50.000 varones nacidos vivos. Ambas alteraciones tienen una transmisión recesiva ligada al cromosoma X. Entre el 15 y el 33% de los pacientes con hemofilia sufren sangrados durante el primer mes de vida.

En el caso de varones con antecedentes familiares se debe plantear la sospecha diagnóstica. Para el diagnóstico definitivo se deben cuantificar el factor VIII en la hemofilia A y el factor IX en la B. Conviene tener en cuenta que el factor VIII en un neonato sano puede alcanzar valores más elevados que los de un adulto. Sin embargo, el factor IX en un recién nacido sano presenta unos valores muy bajos que pueden impedir el diagnóstico de una hemofilia B hasta los 3-6 meses de vida. El tratamiento se debe iniciar previa extracción de una muestra de sangre del cordón umbilical para estudio. Así se evita realizar una venopunción en un neonato con posible coagulopatía. Una vez que el diagnóstico de hemofilia está confirmado, el tratamiento de elección es la administración de factor VIII o IX. En el caso planteado se hace referencia al factor VIII por lo que se trata de una hemofilia A.

En el caso de bebés varones afectados hay un mayor riesgo de hemorragia encefálica, especialmente si el parto y el alumbramiento son prolongados o complicados. Las portadoras pueden tener partos vaginales, pero debería evitarse un trabajo de parto prolongado y el alumbramiento debería ocurrir de la manera menos traumática posible. Por esta razón se le propone a la madre una cesárea.

En general se considera que tanto el seguimiento del embarazo como la planificación del parto deben realizarse en un centro de tratamiento de hemofilia (CTH) que disponga de suficiente experiencia en el manejo de estas situaciones. Una vez diagnosticado de hemofilia, el bebé debe ser referido lo antes posible a un CTH con el fin de que se haga un correcto seguimiento por parte de especialistas en el cuidado de este tipo de pacientes. Asimismo, se debe dar información a los padres para detectar eventuales sangrados una vez que

haya recibido el alta hospitalaria. Incluso se recomienda entregar a los padres una dosis de concentrado de factor VIII para una primera administración en su domicilio en caso de sangrado.

Deliberación sobre los valores

Listado de problemas éticos

- ¿Se debe aceptar la opinión de la madre sin tener en cuenta el criterio médico?
- ¿La madre tiene suficiente información y es consciente del riesgo que asume?
- ¿Deberíamos valorar la capacidad de la madre para tomar decisiones?
- ¿Deberíamos informar a otros familiares no presentes (padre) para la toma de decisiones?
- ¿Deberíamos indagar y tener en cuenta cómo ha sido el tratamiento y la experiencia vivida por la madre con el hermano?
- ¿Se debe poner en riesgo al bebé?
- ¿Se está haciendo un uso adecuado de los recursos sanitarios disponibles?
- ¿Se debe dejar la responsabilidad de tratar a este paciente al equipo de un hospital que no tiene una unidad especializada?
- ¿Se debe valorar la razón que aduce la madre para su solicitud? ¿Es traumático para la familia desplazarse hasta el hospital?

Problema ético principal

El principal problema es si se debe aceptar la opinión de la madre, teniendo en cuenta los riesgos para el neonato.

Identificación de los valores en conflicto

Autonomía de la madre.

Riesgo de atentado contra la integridad física por posibles complicaciones del recién nacido por riesgo de hemorragia.

Deliberación sobre los deberes

Identificación de cursos de acción extremos

- Acceder a la petición de la madre (o que tenga que ser atendida en situación de urgencia), produciéndose el parto se produzca en el hospital, con el riesgo que podría suponer, de un lado, la necesidad de acudir a un parto instrumentalizado y de otro, el que supone para el hijo nacido la espera hasta que se pueda analizar el factor de coagulación.
- Remitir a la paciente al Hospital en el que está siendo atendido su otro hijo, en contra de su voluntad.

Identificación de cursos de acción intermedios

- Establecer un diálogo profundo con la madre (reflejado pormenorizadamente en un consentimiento informado) haciendo ver que el problema no es atender su petición y por tanto limitar su capacidad de decisión, sino que en base a la *Lex artis* y con los medios disponibles, hay un riesgo que no puede ser asumido por los profesionales, habida cuenta que hay una alternativa en otro centro que tiene protocolizadas este tipo de actuaciones y experiencia suficiente para cubrir las garantías de tratamiento.

- Someter a su consideración que el parto, aunque vaginal, fuera programado, como medio para tener un mayor control de los riesgos, lo que permitiría hacer más seguro el control del proceso asistencial por ginecólogos, pediatras y hematólogos.
- Ofrecer la posibilidad de comunicarse con otros familiares que puedan ayudar a tomar la decisión y ofrecer apoyo emocional a la madre.

Curso óptimo elegido

En la jerarquización de principios, cuando hay conflicto entre el respeto por la decisión de la madre (autonomía) y no maleficencia, que exige prevenir el daño o el mal, se aconseja decantarse por preservar la no maleficencia.

En la ponderación de estos principios y a la luz de los hechos expuestos parece que existe un riesgo de complicaciones. Si bien es cierto que no es obligatorio respetar la opinión de la paciente cuando el bien a proteger es la vida y la integridad personal en función de la *Lex Artis*, es muy importante trabajar la comunicación con la gestante para exponer aquellas cuestiones que aporten elementos que facilite la toma de decisiones conjunta, en este caso el elaborar un Consentimiento Informado ad hoc y detallado parece una condición ineludible.

En estos casos aunque se pueda recurrir a la vía judicial para facilitar la determinación, no parece aconsejable, dado que puede haber otras soluciones intermedias, puesto que como se ha propuesto, puede ofrecerse una atención programada al parto y contar con la presencia de hematólogo y técnicos para aplicar las medidas oportunas según la situación de recién nacido.

Deliberación sobre las responsabilidades finales

Pruebas de consistencia

1. Prueba de la legalidad: el curso óptimo elegido es legal, busca el equilibrio entre los deseos de la madre y el criterio clínico que trata de preservar del daño al neonato.
2. Prueba de la publicidad: el curso óptimo elegido sería defendible públicamente.
3. Prueba de la temporalidad: el curso óptimo no es una decisión precipitada.

Javier Rivas Flores
Médico. Gestión de Pacientes
Hospital Universitario de Fuenlabrada



Jornada de Bioética

El 4 de noviembre de 2016 se celebró en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid una Jornada de Bioética, abierta al público, organizada por la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, con la colaboración de dicho Colegio.

La jornada contó con la presencia de dos grandes expertos en bioética: Diego Gracia y Joseph Fins.

Diego Gracia, Catedrático Emérito de Historia de la Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Director de la Fundación de Ciencias de la Salud. Miembro de número de la Real Academia Nacional de Medicina y de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, impartió la conferencia titulada "Buscando el alma de la sociedad".

En ella invitó a adoptar una visión histórica sobre la sociedad y la política, como modo de comprender la situación actual, que, en su opinión, requiere una revitalización de la sociedad civil.

Confiar en la política como único modo de resolver los problemas es un modo inadecuado, dado que el mundo de los valores tiene su lugar y puede desarrollar su poder transformador en el ámbito de la sociedad. En ella no sólo debe manifestarse la indignación, sino que debe realizarse una tarea cotidiana de construcción y trabajo, en aras de lograr los cambios deseados. Y esto es posible porque el alma de la sociedad no es un mero agregado o suma de individuos, sino algo más: una comunidad.



Joseph Fins, Médico y miembro de la facultad en The Rockefeller University & The Rockefeller University Hospital. Profesor de ética médica (E. William Davis, Jr., Professor of Medical Ethics Chief, Division of Medical Ethics). Profesor de medicina y salud pública en Weill Medical College of Cornell University. Impartió la conferencia titulada "La neuroética y el estado de mínima conciencia".

Expuso los resultados de los estudios llevados a cabo con pacientes en estado vegetativo, y que demuestran que muchas de las personas diagnosticadas con esta patología padecían en realidad un estado de mínima conciencia (según la Escala de recuperación de comas de Giacino), lo cual hace pensar que se ha estado abandonando a estos pacientes, sin hacer ningún seguimiento, en la creencia de que eran irrecuperables. Esto ha llevado a una situación de discriminación inaceptable que Fins denomina "social neglect syndrom".

En su opinión, es una obligación moral ofrecer a estos pacientes la rehabilitación apropiada (fármacos, estimulación cerebral, etc.) de modo que puedan recuperar sus funciones. Propone así un nuevo derecho fundamental: "right to mind", que estaría en línea con la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por las Naciones Unidas en 2006.

Lydia Feito
Presidenta de la ABFyC

La **Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC)** es una asociación nacional, fundada en 1994 por los alumnos del Master de Bioética impartido en la Universidad Complutense de Madrid, bajo la dirección del Dr. Diego Gracia. Actualmente reúne a personas de perfiles, geografía y características muy diversas, todas ellas unidas por su interés en una bioética plural y abierta al diálogo. La asociación es un tejido vivo en el que se organizan encuentros, jornadas, congresos, cursos y toda clase de actividades relacionadas con la bioética. Todos los interesados pueden solicitar ser socios de la ABFyC.

Para más información: www.asociacionbioetica.com

info@asociacionbioetica.com

Reseña: EL IX SEMINARIO DE BIOMEDICINA, ÉTICA Y DERECHOS HUMANOS UNA NUEVA MIRADA AL SIGLO XXI

Más de 200 asistentes procedentes de España, Portugal y varios países latinoamericanos se dieron cita en la celebración de la novena edición del Seminario Internacional de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos, un espacio multidisciplinar que ha abordado, desde las distintas mesas redondas y lecciones magistrales, cuestiones basadas en conceptos clave como humanismo, paciente, dignidad, medicina o utopía. En este contexto se planteó cómo se perciben los avances biotecnológicos que se están produciendo muy deprisa, provocan cambios muy profundos y están modificando la historia de la humanidad.

Como señala el doctor Fernando Bandrés Moya, presidente del Aula Internacional de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos, “los grandes avances biomédicos no son ajenos a las circunstancias que impone la existencia de un nuevo ecosistema, propio de la economía globalizada, de la misma forma que las nuevas respuestas sobre la salud personal y social de nuestro tiempo, no quedan restringidas a meras innovaciones tecnológicas, sino a una nueva necesidad de saber reinterpretar los posibles fracasos y limitaciones de la investigación como oportunidades, en lugar de entenderlo como pérdidas irreparables. Hay que renovar la colaboración entre los profesionales, también desde su vertiente filantrópica”.

Celebrado los días 24 y 25 de noviembre en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, el IX Seminario estuvo organizado por la Fundación Tejerina y Funderética (Fundación Europea para el Estudio y la Reflexión Ética) y contó con la participación de una veintena de profesionales de diferentes ámbitos académicos y de reconocido prestigio, así como con el patrocinio de Fundación Asisa, Laboratorios Labco y el apoyo de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y la Universidad Europea de Madrid (UEM) entre otras organizaciones colaboradoras.

La IX edición de este Seminario acogió asimismo el Acto Académico “Lecciones Magistrales James Drane” presentado por el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés y su director, el doctor Benjamín Herreros, y presidido por este Profesor Emérito de la Universidad Edinboro de Pennsylvania, considerado uno de los fundadores de la Bioética y un puente en esta disciplina entre España e Iberoamérica. El profesor Drane, una personalidad afable y cercana que, a sus 87 años, hizo un repaso a toda su trayectoria profesional en su conferencia “Medicine, Ethics and Religion” y recibió el cariño y la admiración de todos los asistentes al acto. Las más de 6000 visualizaciones de su conferencia que se produjeron en los tres días siguientes a su intervención son solo una muestra del gran interés que despertaron sus palabras.

La Presentación y Laudatio del profesor Drane estuvieron a cargo de Dña Sara Bandrés Hernández, doctora en Derecho Sanitario, y posteriormente el doctor Herreros pronunció la

conferencia “La contribución de James Drane a la Historia de la Bioética”. Como cierre a este Acto Académico se presentó el libro “La Bioética en España e Iberoamérica” coordinado por D. Benjamín Herreros y D. Fernando Bandrés y que tiene como objetivo indagar en las posibles especificidades de lo que podría llamarse “bioética iberoamericana”.



Reflexionando acerca de la humanización de la sociedad y la economía social

El IX Seminario se pudo seguir on line y contó con una gran participación en las redes sociales hasta ser considerados por Twitter *Populares en la red* durante el horario de celebración del evento. Pudieron por ello participar un nutrido grupo de estudiantes de la Universidad del Norte y la Fundación Universitaria San Alfonso de Colombia y el Instituto de Salud Pública Andrés Bello de Chile. Todas las universidades patrocinadoras han concedido créditos a los alumnos asistentes además de la acreditación de la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud.

Con el título “El Humanismo ante los desafíos de la Medicina en el siglo XXI” el profesor D. Antonio López Vega pronunció la lección magistral inaugural. A continuación se celebraron las mesas redondas sobre el perfil del médico en el siglo XXI, que se centró en el análisis de la enseñanza de la medicina y la responsabilidad del profesional sanitario, la mesa sobre la actitud del paciente ante la nueva medicina de laboratorio y la que versó sobre el cáncer de mama, planteado como una enfermedad crónica y curable.

Participaron en estas mesas redondas profesionales de todos los ámbitos como la doctora María Tormo, directora de Planificación y Desarrollo de Asisa, el doctor Antonio Fuertes Ortiz de

Urbina, especialista en microbiología y consultor de Labco, D. Juan Antonio Vargas, decano de la Facultad de Medicina UAM, o el doctor Antonio Tejerina, del Centro de Patología de la Mama de la Fundación Tejerina, entre otros.

En este contexto multidisciplinar, D. Carlos Dávila, periodista y médico, pronunció la lección magistral “Prensa y Medicina. Mundos Antitéticos” y D. Javier Gomá, doctor en Filosofía y director de la Fundación Juan March, clausuró el Seminario con su lección magistral “Meditación sobre la Dignidad”.

Enmarcado en los actos del IX Seminario se celebró asimismo el II Encuentro de Ética y Sociedad bajo el título “Economía y Utopía. Economía al servicio de las personas”. Moderado por D. Rafael Junquera de Estéfani, presidente de Funderética y Director académico del Aula Internacional de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos, el II Encuentro reunió a un grupo de destacados economistas que debatieron sobre el futuro de la economía social de mercado, la sostenibilidad del estado del bienestar, la prioridad de primar el crecimiento económico y la estabilidad del sistema financiero.

Participaron en el Encuentro D. Miguel Sebastián, profesor de Fundamentos de Análisis Económico de la UCM y ex ministro de Industria; D. Enrique Lluch Frechina, profesor de Economía de CEU; D. Jerónimo Peñalosa, rector de la Universidad San Alfonso de Colombia; y D. Pablo García, doctorando de la Toulouse School of Economist de Francia.

El IX Seminario, espacio de encuentro cultural

La exposición del cuadro “El Rostro, el Otro, El Lugar”, un trabajo colectivo de 117 alumnos de Bellas Artes de Valencia a instancias de la Fundación Mediterránea de Derechos Humanos, ha puesto el punto final a los actos de esta edición. La obra, que ha permanecido expuesta en la Biblioteca de Humanidades de Uned durante la última semana de noviembre, está basada en el cuadro “La balsa de la Medusa” de Gericault y quiere hacer reflexionar al espectador sobre el drama de la inmigración y los refugiados.

En su vocación de espacio de encuentro cultural el IX Seminario fue también escenario para la presentación de diferentes libros. Además de la “Historia de la Bioética en España e Iberoamérica”, mencionado anteriormente, se presentó el estudio “Código Básico de Derecho Sanitario” obra de Sara Bandrés Hernández; “La función social de la empresa”, de Enrique Lluch Frechina y “Bioética. Un Nuevo Paradigma. De ética aplicada a Ética de la vida digna” de Graciano González Arnáiz.

El IX Seminario acogió asimismo la IV Entrega de los Premios Fundación Tejerina que en esta ocasión galardonaron la labor de D: José Antonio Clavero Núñez, Dña Irene Navarro Álvarez y la Fundación María José Jove. El Acto se clausuró con un concierto homenaje a los premiados a cargo de la Sociedad Handel y Haydn, que interpretó piezas conmemorativas del IV centenario de la muerte de Cervantes.

Fernando Bandrés Moya

Presidente del Aula Internacional de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos

Reseña: INTERNATIONAL CONFERENCE ON NARRATIVES OF HEALTH AND ILLNESS.

Noviembre 2016

www.healthnarratives.org

Erase una vez en una remota isla mágica... un grupo de personas de diferentes lugares del mundo decidieron unirse para averiguar la mejor manera para contar y escuchar historias e invitaron a otras personas que estaban inspiradas por las mismas ideas.

Así comenzaba la narración del folleto informativo de la “Conferencia internacional sobre narrativas de salud y enfermedad” celebrada en Tenerife los días 10 y 11 de noviembre de 2016. La reunión se celebró alrededor de la reunión científica de la colaboración DIPEX (www.dipexinternational.org; www.dipex.es), un proyecto colaborativo internacional que intenta poner las experiencias de los pacientes en el centro de la comprensión de la enfermedad. Por eso los objetivos de la Conferencia se centraban en facilitar un lugar de comunicación para el encuentro y la discusión con las personas interesadas en Narrativas de Salud y Enfermedad, incluyendo tanto el mundo anglosajón, como el de habla española y portuguesa. Al final participaron más de 120 personas de 19 países diferentes.

Entre los conferenciantes invitados se pudo contar con la participación de personas muy relevantes de este campo, como

- Prof. Brian Hurwitz (Professor of Medicine & the Arts. Director of the Centre for Humanities and Health. King's College London, UK)
- Prof. Nicky Britten. Professor of Applied Health Care Research. Institute of Health Research at University of Exeter Medical School
- Prof. Rachel Grob. The Center for Patient Partnerships and Department of Family Medicine and Community Health, University of Wisconsin-Madison
- Prof. Arthur Frank. Professor emeritus of sociology at the University of Calgary, professor at VID Specialized University, Bergen, Norway, and core faculty at the Center for Narrative Practice in Boston
- Prof. Isabel Fernández. Professor of English at the School of Arts and Humanities of the University of Lisbon and Scientific Coordinator of the Narrative & Medicine interdisciplinary Project

Las comunicaciones orales se distribuyeron en Mesas Redondas que cubrían todo el ámbito de las narrativas de salud y enfermedad:

- Health concepts and services
- Health narratives and Subjectivity
- What can research into patient experiences teach us about good communication in health care?
- Narrativas de Salud y Subjetividad (A)
- Social Media and the use of Internet
- Change and obstruction in the web of on-line health information (The Navigating Knowledge Landscapes network)
- Narrativas en la educación de ciencias de la salud

- Arte y Literatura
- "La narrativa como elemento clave en el proceso de salud-enfermedad-atención: experiencias etnográficas aplicadas a los cuidados enfermeros"
- Health narratives and Subjectivity / Patient relationship
- Psicoterapia y Enfermedad crónica
- Narrativas de salud y subjetividad (B)
- Chronic Illnesses

Además se desarrollaron dos mesas sobre Bio-ética narrativa, una en Inglés y otra en español.

(Bio-)Ethics. Moderador: Feito Grande, Lydia

1. Narratives of children participating in clinical trials: reasons to change informed consent procedures?
Luchtenberg, Malou; Maeckelberghe, Els; Locock, Louise; Powell, Lesley; Verhagen, Eduard
2. Women's experiences with regular breast cancer screening in Norway
Gjøstein, Dagrun Kyte
3. Narrative Ethics in Medical Catastrophes: A Case Study from Hurricane Katrina
Hudson Jones, Anne
4. All's well that ends well? Stories of Death and Dying within Narrative
Streeck, Nina

(Bio-) Ética. Moderador: Domingo Moratalla, Tomás

1. El potencial de la bioética narrativa: de la peripecia a la sabiduría
Domingo Moratalla, Tomás; Feito Grande, Lydia
2. Narrativas de médicos colombianos en contexto de guerra: Principios y acciones que orientan la toma de decisión en situaciones dilemáticas.
Urrego Mendoza, Diana Zulima
3. Teatro-Foro: una metodología innovadora para aprender ética
Altisent, Rogelio; Galbe, José; Giménez, Rocio; Berdié, Beatriz; Seves, Berta; García- Machín, Jesús; Lozano, Teresa; Pérez de Vallejo, Chusa
4. Estudio cualitativo sobre la percepción y preferencias de los pacientes que acuden a un centro de salud mediante una herramienta teatral
Blasco Casorran, Marta; Clares Puncel, María Teresa; Ferrer Sorolla, Daniel; Pueyo Gascon, Diego; Altisent Trota, Rogelio

Finalmente cabe reseñar la realización de una sesión de teatro participado, por tres actores de la Universidad de "Southern Denmark"

- Exploring chronic pain narratives by using participatory theatre methods (Theatre performance)

Las comunicaciones que no pudieron presentarse en forma oral fueron recibidas en formato video, con un foro específico de discusión para cada una. Este nuevo formato permitió una mejor comunicación y discusión de los resultados de investigación. Las presentaciones en video se organizaron en torno a varios campos temáticos:

- "Arts-Based Research" and Literature
- (Bio-)Ethics
- Chronic Illnesses
- Clinical Practice and Medical Records
- Health narratives and Subjectivity
- Rare Diseases

- Social media and use of the internet
- Use of narrative in teaching health sciences

El final de esta historia no es la de “vivieron felices y comieron perdices”, sino un “continuará...” quien sabe dónde o cuándo... De momento la colaboración Internacional DIPEX engloba grupos de 12 países que ponen a disposición de las personas, ciudadanos, pacientes..., un análisis profundo sistemático y objetivo de las experiencias personales de otros muchos pacientes. El futuro y la expansión de esta iniciativa promete ser brillante y, sobre todo, útil.

El libro de comunicaciones estará disponible en las próximas semanas, junto con la grabación de las cinco ponencias principales. Para acceder al libro y a las conferencias, o para recibir más información y participar en la colaboración DIPEX se puede contactar con info@healthnarratives.org

Emilio Sanz



Carta a los Reyes Magos

Es tradición por estas latitudes que los niños escriban una carta a los Reyes Magos pidiéndoles sus deseos para el día 6 de enero. En los días previos a la Navidad, los pequeños redactan sus cartas que echan al buzón de correos o que entregan a algún paje, de los muchos que hay por las ciudades y poblaciones, que llevará su carta a los Reyes Magos. Por supuesto, el requisito para poder recibir los regalos es haber sido buenos durante el año, pues, de otro modo, los Reyes Magos dejarán carbón en lugar de un regalo. Esta es nuestra carta a los Reyes Magos:

Queridos Reyes Magos:

Este año no hemos sido demasiado buenos. La verdad es que no hemos dialogado todo lo que era necesario, nos hemos enfadado con otras personas y hemos sido egoístas. Aunque sabemos que deberíamos compartir y ser solidarios, hemos buscado nuestro propio interés, nos hemos dejado llevar por la desgana o la apatía, y nos hemos dedicado más a protestar que a luchar por un mundo mejor. A veces no nos hemos esforzado todo lo posible por hacer las cosas bien. Pero el año que viene nos vamos a portar mejor.

Os pedimos que nos traigais sabiduría para poder comprender mejor nuestra realidad y su complejidad. También paciencia y serenidad para darnos el tiempo necesario para el entendimiento, el conocimiento y la escucha. Nos gustaría mucho que nos trajerais optimismo y motivación para hacer las cosas con más entusiasmo, creer en nosotros mismos y transmitir a otros la posibilidad de mejorar. Claro que vamos a necesitar una buena dosis de ideas y creatividad para no anclarnos en el pasado, en los tópicos o en las soluciones probadamente insuficientes o inútiles, y buscar modos alternativos que posibiliten el crecimiento.

Si es posible, traednos capacidad de comunicación, herramientas para el diálogo y antídotos contra la violencia. Tenemos demasiada agresividad y enfrentamientos. De eso no necesitamos. Pero sí nos hace falta paz, concordia, compasión y un poco de alegría.

A lo mejor es mucho pedir, pero nos gustaría que trajerais confianza, para que creamos que somos capaces y para que luchemos por ser mejores, colaborando con otras personas. De verdad que, en el fondo, somos buenos.



Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [UNESCO Chair in Bioethics. 12th World Conference. Bioethics, Medical Ethics & Health Law](#). St. Raphael Hotel Resort & Congress Center. Limassol, Chipre. 21-23 marzo 2017
- [I Congreso Internacional de Bioética: Vulnerabilidad, Justicia y Salud Global](#). 30-31 marzo 2017. Aula Magna de la Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España.
- [2017 PCS 2nd Annual Health Care Congress-2017 \(HCC-2017\)](#). "The Roadmap for Future". 7-8 Abril 2017. Lisboa, Portugal
- [5º Congreso Mundial sobre Integridad en Investigación](#), organizado por World Conference on Research Integrity. 28-31 mayo 2017. Ámsterdam, Países Bajos.
- [Oxford Global Health and Bioethics International Conference](#). 17- 18 Julio 2017. Ethox Centre. University of Oxford.
- [31st European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care](#). "Emerging Technologies in Healthcare". 16-19 Agosto 2017. European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare (ESPMH) y Center for the Study of Bioethics, University of Belgrade (Serbia).
- [EACME 2017 Annual Conference "Justice in Healthcare - Values in Conflict"](#). 7-9 Septiembre 2017. Barcelona, España.
- [XIII Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica](#). "Eudaimonía. Valores y plenitud de vida". 19-21 octubre 2017. Burgos, España.

Bibliografía y fuentes de Bioética



- Buchbinder, M., Rivkin-Fish, T., Walker, R.L. (eds.) *Understanding Health Inequalities and Justice: New Conversations across the Disciplines (Studies in Social Medicine)*. The University of North Carolina Press, 2016
- Camosy, C.C., *Beyond the abortion wars. A way forward for a new generation*. Eerdmans, 2016.
- Evans, N.G., Smith, T.C., Majumder, M.S. (eds.) *Ebola's Message: Public Health and Medicine in the Twenty-First Century*. The MIT Press, 2016.
- Kamm, F.M. *Bioethical prescriptions*. Oxford University Press, 2016.
- Knoepffler, N., Schipanski, D., Sorgner, S.L. (eds.) *Humanbiotechnology as Social Challenge: An Interdisciplinary Introduction to Bioethics*. Routledge, 2016.
- Liao, S.M., O'Neil, C. (eds.), *Current controversies in bioethics*. Routledge, 2016.
- Marijuán, M., *Bioética y ética médica para estudiantes de medicina*. Universidad del País Vasco, 2016.
- Prainsack, B., Buyx, A., *Solidarity in biomedicine and beyond*. Cambridge University Press, 2016.
- Romañach, J., *Bioética al otro lado del espejo*. Amazon Kindle, 2016.
- Sass, H.-M., *Cultures in bioethics*. LIT Verlag, 2016.
- Veatch, R.M., Ross, L.F. *Defining Death: The Case for Choice*. Georgetown University Press, 2016.
- Zurriarán, R.G., *Cuidar cuando no es posible curar. Los cuidados paliativos: morir dignamente en un contexto humanizado*. Universidad de La Rioja, 2016.

Información para autores/as

1. El objetivo de la Revista *Bioética Complutense* es contribuir a la difusión y el desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa. Se incluyen todas las opiniones, siempre que estén justificadas, y se valoran las aportaciones de las diversas aproximaciones y enfoques a las cuestiones.

2. La Revista *Bioética Complutense* se publica trimestralmente (cuatro números al año), en formato electrónico, bajo una licencia Creative Commons © de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

3. **Artículos:** La Revista *Bioética Complutense* publica artículos en castellano, pero acepta originales en inglés (consultar otras lenguas). Los artículos no deberán exceder las 3.500 palabras (incluidas tablas y cuadros, si los hubiere); irán precedidos de título, resumen (máximo 80 palabras) y palabras clave, tanto en el idioma en el que hayan sido redactados como en inglés.

Al final del artículo se puede incluir un apartado de Referencias bibliográficas. En este apartado se consignarán las obras por orden alfabético, siguiendo el sistema de citación de la APA. Ejemplos:

- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Fins, J.J. (2010). The humanities and the future of bioethics education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19, 518-21.
- Hare, R.M. (1994). Utilitarianism and deontological principles. En R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics*. (pp.149-157). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Marzo 2015). *Grey Matters. Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics and Society*. Recuperado de http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf

En caso de que el artículo contenga notas, éstas irán situadas a pie de página, numeradas correlativamente conforme a las llamadas en superíndice incluidas en el texto. Las referencias bibliográficas incluidas en las notas seguirán el sistema de citación APA.

4. **Reseñas:** Las reseñas de libros, eventos y otras informaciones no excederán las 1.500 palabras. Incluirán el título y datos bibliográficos del libro, o los datos del evento.

5. Se admite la inclusión de tablas, cuadros, dibujos e imágenes.

6. Los originales deben ser enviados en formato Word (con el texto lo más limpio posible, sin introducir códigos) a la siguiente dirección de correo electrónico: bioeticacomplutense@gmail.com

El autor habrá de indicar su dirección de correo electrónico. Así mismo, adjuntará un breve curriculum (3 líneas máximo) y el dato de afiliación que desea hacer constar bajo su nombre.

7. Se acusará recibo de los manuscritos. El Consejo de Redacción decidirá, en base a los informes de los evaluadores, sobre la conveniencia de su publicación.

8. Los manuscritos presentados no deben haber sido publicados anteriormente ni estar en vías de publicación.

9. Deben expresarse los posibles conflictos de intereses que tengan los autores (relaciones financieras o personales que puedan influir en su trabajo de modo inadecuado).

10. Para cualquier modificación de estas normas, artículos con formatos excepcionales, o preguntas en general, dirigirse a la dirección de email de envío de originales.

Information for authors

1. The objective of *Bioethics Complutense* Magazine is to contribute to the dissemination and development of bioethics from a plural, open and deliberative perspective. All opinions are included, provided they are justified, and the contributions of the various approaches to issues are valued.

2. *Bioethics Complutense* Magazine is published quarterly (four issues per year), in electronic form, under a Creative Commons© license Attribution- NonCommercial-NoDerivs (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

3. **Articles:** *Bioethics Complutense* Magazine publishes articles in Spanish, but accepts originals in English (see other languages). Articles should not exceed 3,500 words (including tables and charts, if any); shall be preceded by title, abstract (maximum 80 words) and keywords, both in the language in which they were written and in English.

At the end of the article may be included a References section. In this section works should be entered in alphabetical order, following the APA system of citation. Examples:

- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Fins, J.J. (2010). The humanities and the future of bioethics education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19, 518-21.
- Hare, R.M. (1994). Utilitarianism and deontological principles. En R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics*. (pp.149-157). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Marzo 2015). Grey Matters. Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics and Society. Recuperado de http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf

If the article contains notes, they will be located as footnotes, numbered consecutively as superscript calls included in the text. The bibliographical references in the notes should follow the APA citation system.

4. **Reviews:** Book reviews, events reviews and other informations will not exceed 1,500 words. They include the title and bibliographic data of the book or the event data.

5. The inclusion of tables, charts, drawings and pictures is accepted.

6. The originals must be sent in Word format (with text as clean as possible without introducing codes) to the following email address: bioeticacomplutense@gmail.com

The author must specify his/her e-mail address. Also, it must be attached a brief curriculum (maximum 3 lines) and affiliation data he/she wants to include with his/her name.

7. Receipt of manuscripts will be acknowledged. The Editorial Board will decide, based on the reports of the evaluators, on the desirability of publication.

8. Manuscripts submitted must not have been published previously or be in process of publication.

9. There must be expressed the potential conflicts of interest that authors may have (financial or personal relationships that may influence their work inappropriately).

10. For any modification of these rules, items with exceptional formats, or general questions, please contact the email address for sending originals.

Bioética Complutense

ISSN: 2445-0812



Bioética *Complutense*

ISSN: 2445-0812



Nº28
Diciembre 2016
Segunda época