

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

## Nuestro objetivo

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

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

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

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



## en este número

Neurofármacos: hacia dónde P.2

¿Ética política? P.8

Epidemia de Ébola P.11

Jornada Fármacos y Filosofía P.16

Caso clínico comentado P.19

Informes CEAS P.23

Responsabilidad P.28

Farmacia, reflexión y cine P.30

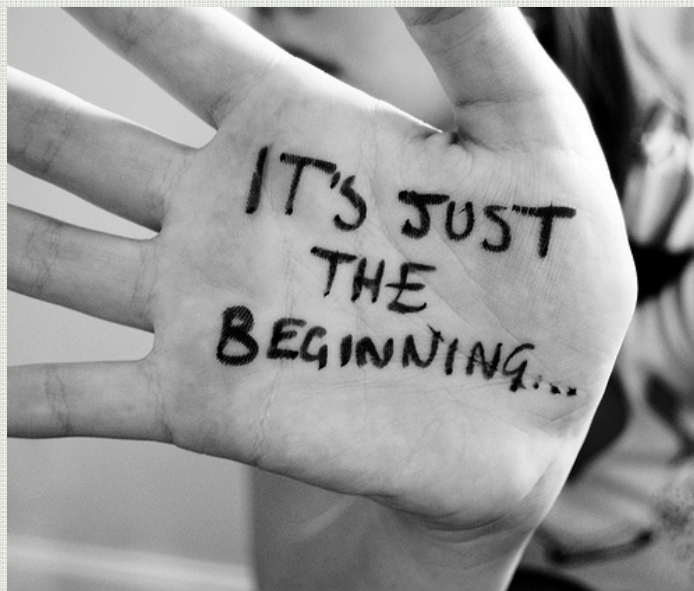
## Desde la redacción

Es momento de celebración: éste es el número 20 de *Bioética Complutense*. En otro mes de Diciembre, hace cinco años, comenzábamos esta andadura. Era un proyecto que se ponía en marcha con mucha ilusión. El objetivo era ser lugar de expresión y comunicación para las personas interesadas en la bioética, en todos sus temas y también en las cuestiones afines, para todos los que quisieran transmitir sus experiencias, sus reflexiones, para todos los que estuvieran dispuestos a dialogar con respeto y pluralidad, y también para los que pudieran aportar artículos de fondo, en el más estricto rigor científico. Es mucho lo logrado.

Por estas páginas han pasado gentes muy diversas. Gracias a todos los colaboradores desinteresados, que han apoyado este proyecto y han contribuido con sus textos, algunos de modo esporádico, otros número a número, fieles a su compromiso. Gracias a Diego Gracia, por su apoyo. Gracias también a todos los lectores que cada trimestre han leído los contenidos, y a los que han querido expresarme la utilidad y el interés que tiene esta publicación. Todo ello es estímulo para continuar, sabiendo que merece la pena.

Por supuesto, queda mucho por hacer. Por eso seguiremos caminando y construyendo, con nuevas ideas, nuevas voces y nuevas reflexiones.

También toca celebrar que el año toca a su fin y que se inaugura un nuevo período: 365 oportunidades más para crear, sentir, aprender, amar, vivir, luchar, pensar... Es momento de hacer balances, y de proyectar para el futuro inmediato que abre 2015.



¡Feliz año nuevo!

**Lydia Feito.** Directora

## Consejo Editorial

Directora: D<sup>a</sup>. Lydia Feito Grande

Colaboradores:

D. Marcos Alonso Fernández  
D<sup>a</sup>. Gracia Álvarez Andrés  
D. Juan Pablo Beca Infante  
D. Tomás Domingo Moratalla  
D<sup>a</sup>. Concha Gómez Cadenas  
D. Diego Gracia Guillén  
D. Domingo Sánchez Ruiz  
D<sup>a</sup>. Francisca Valdivieso

El boletín se publica trimestralmente.

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

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



# Neurofármacos: hacia dónde\*

## Las neurociencias pueden modificar

Durante las últimas décadas hemos asistido a un crecimiento vertiginoso de los estudios neurocientíficos que tratan de explicar fenómenos antes aparentemente misteriosos. Así, muchos procesos cuya comprensión era difícil, ahora encuentran una causa en el cerebro, y se evidencian mecanismos subyacentes de las operaciones mentales y de los comportamientos. Pero la neurociencia no sólo encuentra explicaciones biológicas sino que, cada vez más, trata de modificar el cerebro, de introducir cambios con afán terapéutico o con el objetivo de potenciar y mejorar su actividad. Esta posibilidad genera incertidumbre y miedo.

El cerebro, como órgano de la mente, es el lugar donde reside el sentido de nuestra identidad. Por ello, las intervenciones en el cerebro tienen implicaciones éticas distintas a las realizadas en otros órganos. Además, el conocimiento creciente que vamos adquiriendo sobre las relaciones entre mente y cerebro afecta a las definiciones de capacidad, salud o enfermedad mental. Igualmente, en la medida en que cambie nuestra comprensión de los mecanismos que subyacen a los comportamientos, pueden verse afectados conceptos que no sólo tienen implicaciones éticas sino también legales, como la responsabilidad.

La mayor parte de los problemas éticos en la neurociencia resultan de dos desarrollos:

(1) la capacidad de visualizar la función cerebral en los seres humanos vivos, con una resolución espacial y temporal suficiente como para captar fluctuaciones de actividad con significación. Esto está llevando a la posibilidad de explicar procesos cognitivos o comportamientos en función de las activaciones cerebrales, en ocasiones con un planteamiento excesivamente simplificador.

Y (2) la capacidad de alterar la actividad cerebral por medios físicos o químicos, de modo selectivo, para inducir cambios funcionales específicos. Este segundo aspecto conduce a las posibilidades de mejora, esto es, de modificación de rasgos y capacidades, de modo permanente o temporal, que puede suponer una alteración de nuestra identidad y, quizá, de nuestra misma naturaleza humana. En lo que sigue, nos centraremos en esta cuestión.

## Mejora farmacológica

Entre las muchas posibilidades de modificación de la actividad cerebral, se encuentran las técnicas de mejora neurocognitiva, esto es, la utilización de drogas y otras intervenciones no farmacológicas en el cerebro (psicocirugía, estimulación cerebral profunda, etc.) para mejorar a las personas en cuanto a sus capacidades mentales.

En muchos casos, estas nuevas posibilidades generan preocupación e interrogantes éticos. Se discute sobre los objetivos de las transformaciones, sobre los fines que persiguen. Pero también, obviamente, sobre los medios para lograrlos. Por ejemplo, es muy posible encontrar un acuerdo mayoritario en considerar que tener más memoria es algo mejor que conformarse con la capacidad actual y sus olvidos. Sin embargo, no hay tal acuerdo en la utilización de neurofármacos o chips integrados en el cerebro para lograrlo.

La novedad del planteamiento actual reside en la disponibilidad de una serie de tecnologías que abren espacios de mejora antes inimaginables.<sup>0</sup> En algunos casos se trata de cambios realmente espectaculares, pero en otros, los que probablemente se van incorporando con más facilidad y rapidez en la sociedad, son simplemente aplicaciones nuevas de cosas conocidas, o nuevos desarrollos que van más allá de lo inicialmente buscado.

Así, fármacos que se habían desarrollado originalmente para tratar enfermedades como la narcolepsia o el déficit de atención con hiperactividad (TDAH) —por tanto, con un objetivo claramente terapéutico—, se utilizan ahora, fuera de la indicación inicial, para incrementar la memoria, el período de atención, o la capacidad para concentrarse en tareas cognitivas.<sup>1</sup> Incluso, algunos de estos fármacos pueden mejorar las funciones ejecutivas, o la capacidad de resolver problemas,<sup>2</sup> lo cual, sin duda es algo atrayente para multitud de personas. De hecho, existen estudios que muestran cómo uno de estos medicamentos para el TDAH, el *Ritalin* (metilfenidato), es el más utilizado para rendir mejor en los exámenes, entre los estudiantes universitarios (dependiendo de los estudios, se estima entre un 10% en Europa, y casi un 20% en Estados Unidos).<sup>3</sup>



En la actualidad, esta posibilidad es ya, por tanto, una realidad. Las llamadas “drogas inteligentes” o nootrópicos son fármacos diseñados para mejorar las funciones mentales como la cognición, la memoria, la motivación, la atención y la concentración. Se atribuye al médico rumano Giurgea<sup>4</sup> el término “nootrópico”, en relación al *Piracetam*, que él sintetizó, y que se convirtió en el paradigma de las drogas inteligentes. Según Giurgea, para que una sustancia sea considerada un nootrópico debe cumplir cuatro requisitos:

1. Que mejore el aprendizaje y la memoria
2. Que facilite el flujo de información entre los hemisferios cerebrales
3. Que mejore la resistencia general del cerebro a daños físicos y químicos
4. Que esté libre de cualquier otro efecto psicológico o fisiológico no deseado.

En muchos casos se recurre también a sustancias con efectos psicoactivos, llamadas “potenciadores cognitivos”, sin efectos secundarios o toxicidad, que pueden encontrarse en herbolarios o tiendas de dietética, por lo que se hace sencillo su acceso. Hay libros que explican cuáles son estas sustancias y qué efectos tienen,<sup>5</sup> y existen páginas web donde se ofrece información sobre estas sustancias, su uso —habitualmente en forma de “cócteles” de varios productos— y cómo adquirirlas (drogasinteligentes.com; somablog.com).

De modo general, se trata de potenciar la actividad de los neurotransmisores, con medicamentos específicos, con fármacos de uso común, como complejos vitamínicos, o con medicamentos cuya indicación principal es otra (fármacos para la anorexia y la astenia, como *Tomevit*, que estimulan el apetito y sirven también para tratar trastornos del crecimiento; fármacos para la narcolepsia, como *Modafinil*, que eliminan la necesidad de dormir, o como *Adderall*, también usado en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, que forma parte de las anfetaminas y tiene un efecto euforizante; o fármacos para los trastornos de atención y memoria en patologías degenerativas con déficit cognitivo, como *Piracetam*).

Estos fármacos pueden encontrarse también en los llamados “smart bars”, bares donde los clientes —principalmente estudiantes— reciben una bebida energizante —normalmente no alcohólica— mezclada con pastillas pulverizadas de fármacos nootrópicos. Y en algunos países existen “smart shops” donde se pueden adquirir legalmente estas sustancias.

Parece evidente que el uso de estos fármacos es ya una realidad. No obstante, ese uso común y aparentemente “normalizado” de las drogas convive con una visión ficticia y exagerada de la mejora de nuestras capacidades, que se ha utilizado mucho en la literatura y en el cine.

Un ejemplo: en 2011 se estrenó la película titulada “Sin límites” (*Limitless*) dirigida por Neil Burger (*El ilusionista*, *Entrevista con un asesino*, etc.) basada en la novela de Alan Glynn publicada en 2001 con el

título de “The dark fields” y que fue un *best seller*. En esta obra se nos cuenta la historia de un escritor atascado y sin ideas que comienza a tomar una droga que potencia su mente. Esto le permite aprender a gran velocidad, manejar muchos datos, ser altamente productivo y tener una enorme clarividencia para tomar decisiones calculando probabilidades, lo que le convierte en una persona muy cualificada para el mundo de los negocios. Esto le hace rico y poderoso, aunque hay ciertos efectos secundarios, como la inestabilidad mental y, obviamente, la dependencia del fármaco.

Se plantea aquí la hipótesis de desarrollar al máximo las posibilidades mentales del individuo. En el mundo de la sociedad de la información, donde el flujo de datos y estímulos es inagotable, lejos de sentirse perdido o abrumado, un individuo con altas capacidades cognitivas hace uso de esta sobrecarga de noticias, historia, informaciones, opiniones y datos de un modo que sobrepasa el de sus coetáneos.

La idea no es nueva y ha tenido diversas versiones en el cine y en la literatura de ciencia ficción. Más allá del valor que puedan tener estas obras, lo que nos interesa aquí es la hipótesis de la que parten: ¿qué pasaría si pudiéramos desarrollar al máximo nuestras capacidades, si pudiéramos dar todo lo que nuestro potencial encierra, si pudiéramos ser el “mejor yo” que cada uno podamos ser?

De hecho, posiblemente todos intentamos alcanzar ese máximo desarrollo. Tratamos de actualizar nuestras potencialidades, de dar lo mejor de nosotros mismos. Y lo hacemos mediante el aprendizaje y el entrenamiento. Si el objetivo es aceptable, ¿son entonces los medios lo que resulta inadecuado?

### Valoración desde la ética

Muchas personas valoran este tipo de usos de los fármacos, por una parte, como algo preocupante que tiene que ver con el problema, más global, del uso de las drogas, y, por otra parte, como una forma de engaño o falsificación, pues los logros obtenidos de este modo no serían fruto del esfuerzo personal, sino de una ayuda química.<sup>6</sup>

Buena parte de los problemas éticos generados por esta posibilidad son similares a los que se han planteado ante otras posibilidades de mejoras físicas, como el dopaje en el deporte para lograr marcas o ganar competiciones, o la utilización de la hormona del crecimiento para mejorar la altura de los niños. Pero también hay algunos problemas éticos nuevos que surgen en relación a la mejora cerebral, pues estos cambios afectan al modo de pensar y sentir de la gente, lo que genera nuevas preocupaciones en relación a lo que se ha dado en llamar “libertad cognitiva”.

La libertad cognitiva es la libertad de tener el control soberano sobre la propia conciencia. Es una extensión de los conceptos de libertad de pensamiento y autoposesión. El "Centro para la libertad cognitiva y la ética" —un centro americano, sin ánimo de lucro, fundado y dirigido por el neuroeticista Wrye Sententia y el teórico legal Richard Glen Boire—, define la libertad cognitiva como "el derecho de cada individuo a pensar independiente y autónomamente, para utilizar todo el espectro de su pensamiento, e implicarse en múltiples modos de pensamiento."<sup>7</sup>

Un individuo que disfruta de libertad cognitiva es libre para alterar el estado de su conciencia utilizando cualquier método de su elección, incluyendo elementos tan variados como la medicación, el yoga, las drogas psicoactivas, la oración, etc. Tal individuo nunca sería forzado a cambiar su conciencia contra su voluntad. Así, por ejemplo, un niño que es obligado a consumir *Ritalin* como prerrequisito para ir a la escuela pública, no disfruta de libertad cognitiva, y tampoco un individuo que fuera forzado a tomar anti-psicóticos para poder ir a juicio.

El papel creciente de la psicofarmacología en la vida cotidiana suscita también problemas éticos, como la influencia del mercado farmacéutico en nuestras concepciones de la salud mental y la normalidad, y el sentido crecientemente maleable de identidad personal que resulta de lo que Peter Kramer llamó "psicofarmacología cosmética",<sup>8</sup> esto es, el uso de drogas para mejorar la cognición de los individuos normales y sanos.

La mejora de los estados de ánimo es, probablemente, uno de los aspectos que más dudas suscitan, en la medida en que parecen no sólo propiciar un cambio adaptativo, posibilitando que ciertas capacidades puedan desarrollarse mejor, sino que parecen influir y modificar aspectos que tienen que ver con la identidad de los individuos.

El ejemplo más conocido es el uso de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), como el *Prozac* (fluoxetina), una clase de compuestos típicamente usados en el tratamiento de cuadros depresivos, trastornos de ansiedad, y algunos trastornos de personalidad. Son los antidepresivos más prescritos en muchos países.

Algunos casos relacionados con el *Prozac*, indicaban que los pacientes parecían "mejor que bien", y los autores lanzaron la hipótesis de que este efecto se podría observar también en individuos sin ningún trastorno psiquiátrico. A partir de ese momento, el uso de la llamada "píldora de la felicidad" se ha extendido de un modo vertiginoso. Sin embargo, sigue siendo controvertido este uso de un fármaco en situaciones no patológicas, que refleja de modo visible cómo nuestras sociedades desarrolladas amplían progresivamente sus demandas de salud hacia la búsqueda incesante del bienestar. Por otro lado, es también objeto de debate la veracidad de las promesas y expectativas generadas por estos fármacos y, en general, la idoneidad del uso cosmético de estos antidepresivos.

Los opositores a la farmacología cosmética creen que el uso de estos fármacos es la manifestación de un consumismo propiciado por el mercado y, por tanto, sometido a intereses económicos.<sup>9</sup> Sin embargo, sus defensores, como A. Caplan, consideran que los individuos tienen derecho a determinar si quieren usar esos fármacos o no, y por tanto es un ejercicio de la autonomía individual.<sup>10</sup>

La pregunta abierta es si estas técnicas de mejora son adecuadas.

Por una parte, como apunta Caplan, parece que los individuos deberían tener la posibilidad de elegir cómo quieren vivir y lograr sus objetivos. Así, al disponer de técnicas que puedan favorecer el desarrollo de las capacidades, sería una cuestión de libertad elegir su uso o no. Este es el planteamiento de Julian Savulescu quien, partiendo de la constatación de que todos buscamos mejorarnos, esto es, ser más inteligentes, estar más sanos, tener más fuerza, estar más atractivos, etc., afirma que, en el caso de que dispusiéramos de una técnica biomédica que nos permitiera hacer mejoras, no sólo no sería inmoral utilizarla, sino que sería obligatorio.<sup>11</sup>

Savulescu considera que si pudiéramos hacer que nuestros hijos tuvieran más posibilidades, desde el punto de vista biológico, sería legítimo ofrecérselas. No habría razón para aceptar las mejoras ambientales y no las biológicas, éstas también deben ser utilizadas, pues pueden ser igual de determinantes y/o posibilitadoras. En buena medida, su argumentación trata de buscar la coherencia: si aceptamos tratar enfermedades, debemos aceptar la mejora, pues hay una difícil distinción entre enfermedad o discapacidad —que justifica la terapia— y malestar —que abre paso a la mejora—, teniendo en cuenta la pluralidad en la definición de salud.

Más aún, Savulescu formula un "Principio de beneficencia procreativa"<sup>12</sup> según el cual las parejas, o personas individuales, deben seleccionar al niño, de entre los hijos posibles que podrían tener, del que se pueda esperar que va a tener la mejor vida, o al menos una vida mejor que los otros, basándose en la información relevante disponible. La "mejor vida" se define como aquella que pueda disfrutar de mayor bienestar. Y la legitimidad de su persecución radica en el hecho de que los padres siempre buscan ese objetivo, aunque por medios ambientales (por ejemplo, eligiendo el momento de tener a su hijo cuando su situación económica sea favorable). La novedad está en la aceptación de medios biológicos para lograrlo.

Por ello Savulescu considera que la selección de genes, patológicos o no, la selección de sexo, la selección de embriones, o la mejora son una obligación moral. No se puede, se debe seleccionar y buscar la mejora. No hacerlo, disponiendo de los medios, sería inmoral.

Por otro lado, las modificaciones biológicas introducen de modo muy palpable una cuestión importante: el cambio de la identidad de los individuos. Conviene tener en cuenta que esto no es exclusivo de las intervenciones farmacológicas, ni de las técnicas de mejora biológica. También los cambios educativos, culturales, ambientales, son determinantes para la vida de los individuos, los configuran y les dotan de unas capacidades y posibilidades, a costa de perder otras. Y sus cambios pueden ser tan irreversibles e impuestos como los biológicos. No obstante, permanece una convicción, quizá irracional, de que sólo —o mayormente— lo biológico es lo que puede cambiar “nuestra naturaleza” y, por tanto, puede hacernos perder nuestra misma humanidad.

A ello cabe añadir que nuestra cultura ve con buenos ojos el esfuerzo, la constancia, el empeño en ser mejor, como virtudes que muestran un afán de superación y un cultivo y desarrollo de nuestras capacidades. Pero siempre por medios ambientales y culturales. De hecho, en relación al mencionado fármaco *Prozac*, se hizo famoso hace años un libro titulado *Más Platón y menos Prozac* en el que Lou Marinoff<sup>13</sup> se planteaba la necesidad de no confiar tanto en los fármacos, y dedicar más atención al cultivo de una reflexión serena sobre uno mismo, de un análisis racional de las propias emociones y modo de afrontar los conflictos y, en definitiva, de promover y favorecer un crecimiento y maduración personal, antes de abandonarse a las bondades de un fármaco en el que depositamos todas nuestras esperanzas de recuperación y, quizá, de logro de la felicidad.

Pero, ¿por qué confiamos tanto en estos cambios culturales, y sospechamos de las modificaciones biológicas? ¿Por qué concedemos tanta importancia a nuestras capacidades intelectuales y afectivas, y sin embargo, creemos que es mejor cultivarlas con esfuerzo en lugar de mejorarlas desde su sustrato material? ¿Por qué pensamos que podríamos perder nuestra humanidad, nuestra identidad, por modificar nuestra condición biológica? ¿Por qué nos genera tanta preocupación la posibilidad de “no ser nosotros mismos” si utilizamos psicofármacos —u otras técnicas— para incrementar nuestras capacidades? ¿Por qué un “yo mejorado” es menos yo que el “natural”? ¿Existe realmente un “yo natural” no modificado, teniendo en cuenta que somos realidades dinámicas en permanente cambio, influidos por factores de muy diversa índole? ¿Un yo que pudiera desarrollar al máximo sus capacidades, actualizar sus potencialidades, no sería “más yo”?

### **Objeciones a la mejora por medio de neurofármacos**

La mayor parte de las objeciones contra el uso de los neurofármacos provienen de esa preocupación por la alteración de la naturaleza humana, pero hay otros argumentos —ya mencionados— que conviene repasar.

En 2010, Julian Savulescu confesó estar utilizando un “mejorador” (*enhancer*) desde los 16 años. Además de usar la cafeína, la nicotina, e incluso el *modafinilo* (un medicamento para evitar la somnolencia excesiva), explicaba que este mejorador era mucho más efectivo para mantener la atención, para mejorar el rendimiento, para estar relajado y para una buena salud mental. Y además este mejorador es barato y disponible.

La idoneidad de este mejorador se defiende también por ser inmune a las objeciones habituales contra la mejora cognitiva:

- a) Los mejoradores (neurofármacos) son poco seguros y tienen efectos secundarios
- b) Las mejoras y logros obtenidos no son fruto del esfuerzo y la lucha.
- c) Reducen la diversidad y la creatividad.
- d) Reducen la solidaridad, el cuidado, la responsabilidad por los otros seres humanos
- e) No podrían ser utilizados por toda la humanidad, so pena de desvirtuar y perder lo que nos define como seres humanos. Atentan por tanto contra la naturaleza.
- f) Incrementan la desigualdad, generando mayor desventaja para los menos favorecidos.

Este tipo de argumentos son los que habitualmente se esgrimen en contra de los neurofármacos y, en general, de todas las sustancias o modificaciones que puedan producir una mejora en las capacidades y rendimiento de los individuos. Uno de los más frecuentes es el que promueve una cultura del esfuerzo y una defensa de la diversidad. Este planteamiento se ha utilizado frecuentemente al analizar el uso de drogas en el deporte. Se considera que esto genera ventajas injustas, rompiendo la idea de competición en condiciones de igualdad. Sin embargo, si analizamos la situación de los deportistas, lo cierto es que genéticamente unos están naturalmente más dotados que otros, lo cual supone que no existe esa condición de presunta igualdad. Más aún, mayores recursos económicos también pueden producir una ventaja selectiva frente a otros competidores que no cuentan con entrenadores, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, gimnasios, tecnología, etc. a su disposición para lograr el máximo rendimiento. Aunque no es desdeñable el valor del esfuerzo personal por lograr los objetivos deseados, sí conviene revisar si el uso de un factor de mejora puede suponer una desigualdad injusta, o es uno más de los elementos que diferencian a los competidores.<sup>14</sup>

Esto conduce a la objeción de la desigualdad y la pérdida de diversidad. Probablemente la crítica más rotunda que se pueda plantear a estas técnicas. Introducir estas posibilidades de mejora sin duda generaría mayores desigualdades y aumentaría la brecha entre ricos y pobres, pues parece ingenuo pensar que pudieran estar disponibles igualmente para todos.

Por otro lado, si las personas se ven compelidas de algún modo a utilizar estas sustancias, se estaría limitando su libertad de un modo coactivo. No obstante, esta objeción no es específica, ni única para los neurofármacos, antes bien, es extensiva a otras muchas posibilidades que son fáciles y asequibles para unos y no para otros.

También preocupa notablemente la alteración de la "naturaleza" humana. Es lo que plantea, por ejemplo, el President's Council on Bioethics.<sup>15</sup> Pero para saber en qué consiste esa naturaleza y en qué medida podría verse amenazada, sería necesario, en primer lugar, determinar cuáles son esos aspectos nucleares, que son comunes a todos los individuos y, por tanto, equivaldrían a definir una naturaleza humana dada. El tema es largo y complejo, y no es nuestro objetivo analizarlo aquí, baste decir que hablar de una "esencia" humana resulta, cuando menos complejo. Sólo sería posible hablar de unas capacidades básicas que se modulan de modo diferente en cada individuo (por ejemplo, pensar, proyectar, comunicarse, etc.), dando como resultado un núcleo de rasgos que el propio sujeto considera básicos y definitorios de su persona y modo de ser (por ejemplo, alguien considerará que su capacidad de comunicación lo define y caracteriza, por ser éste un factor determinante en su biografía, sin el cual no podría entenderse ni ser él mismo o ella misma). Así, una modificación o mejora de esas capacidades o rasgos básicos podría concebirse como un desarrollo máximo de lo que la naturaleza humana puede "dar de sí" y no tanto como una pérdida de la misma. Sería necesario determinar en qué momento, con cuántas modificaciones (cuantitativamente) o con cuáles (cualitativamente) empezaría a destruirse o perderse dicha naturaleza.

La pregunta acerca de la bondad o corrección de una modificación que pretende mejorar estos rasgos no se puede responder de modo simplificador afirmando que ese núcleo de identidad es inviolable. De hecho, los seres humanos son dinámicos y están en permanente cambio, y las modificaciones que todos experimentamos a lo largo de nuestro tiempo vital, y que configuran nuestra biografía, son en ocasiones casuales e inesperadas (por ejemplo, un accidente que deje secuelas físicas o psíquicas en una persona), pero también, en otros casos, buscadas deliberadamente (por ejemplo, alguien que se realice algunos cambios quirúrgicos en su cuerpo, para sentirse mejor y más seguro).

El problema se sitúa en el rechazo a una modificación deliberada de rasgos, considerados nucleares, que parecerían inviolables por su posibilidad de hacer perder la identidad de las personas, de hacer perder la misma humanidad.

Resulta evidente que definir estos rasgos resulta complejo, quizá imposible, y ya se ha dicho que no es nuestro objetivo aquí, pero sí es necesario subrayar que, sean cuales sean, y aun suponiendo que pudiéramos acordar universalmente cuáles son, no son resultado exclusivo de la biología,

no están determinados de modo absoluto por lo orgánico, sino que son el resultado de una interacción entre la naturaleza y el medio, entre lo biológico y lo cultural. Y por ello, insistir en la objeción a la modificación biológica puede ser un planteamiento parcial y una visión reduccionista del problema.

El mejorador cognitivo del que hablaba Savulescu no produce todos estos efectos indeseados, y es inmune a las objeciones. Ese mejorador es la siesta.<sup>16</sup>

### **La mejora moral, biología y cultura**

Es mucho lo que queda por pensar en relación a estas posibilidades de mejora por medio de los neurofármacos. Uno de esos temas, es la posibilidad de mejorar características de los individuos que sean socialmente valiosas. Es lo que se ha dado en llamar "mejora moral", esto es, la mejora de rasgos y comportamientos considerados promotores de valores fundamentales, que tradicionalmente hemos cultivado a través de la cultura y la educación, como la justicia o la solidaridad.

Autores como Savulescu consideran que, dada la peligrosa tendencia de los seres humanos a la autodestrucción, sería justificable buscar una mejora moral que disminuyera la maldad, contribuyera al desarrollo de actitudes más benevolentes, más amables, más altruistas, etc. Si, como apuntan los resultados de las investigaciones neurocientíficas, nuestras disposiciones morales están basadas en nuestra biología, sería razonable modificar nuestros comportamientos a través de un cambio biológico, que podría ser tan sencillo como la introducción de determinadas sustancias químicas en el agua que bebemos.<sup>17</sup> Y esto, como en otras ocasiones, se plantea no sólo como una posibilidad aceptable, sino como un imperativo moral: si podemos mejorar la vida y la convivencia humana, tenemos obligación de hacerlo.<sup>18</sup>

Es incuestionable que si tenemos en nuestras manos la posibilidad de hacer que el mundo sea más humano, que la justicia se vea desarrollada y completada por la solidaridad, sin que otros intereses se antepongan ante el florecimiento de las personas, estamos obligados a hacerlo. Entonces, si estamos desarrollando fármacos que, una vez probada su seguridad, puedan ofrecernos la posibilidad de ser más comunicativos, más abiertos, tener mayor atención y memoria, pensar mejor y más rápido, eliminar recuerdos que nos disturbaban o nos duelen, estar más alegres y plenos de energía. Si todo esto nos permite ser más y desarrollar al máximo nuestras posibilidades, hacer que podamos elegir con mayor libertad, dando lo mejor de nosotros mismos. Si todo esto es posible, y el ejemplo de los neurofármacos apunta en esta dirección, ¿qué es lo que resulta tan perturbador y alarmante?



La respuesta se sitúa en la necesidad de enfatizar el aspecto cultural y, por tanto, la educación. La investigación en neurociencia cultural está aportando luz sobre esta cuestión, estudiando cómo ciertas sustancias bioquímicas o neurotransmisores podrían ser sensibles a las experiencias culturales. La neurociencia va demostrando algunas afirmaciones que hemos asumidos como válidas desde la experiencia: que todos los seres humanos están sujetos a interacciones ambientales, culturales y sociales. Y que las diferencias en esas experiencias determinan también distintos estilos cognitivos.<sup>19</sup> Esta neurociencia cultural —que se define como “un campo interdisciplinar que tiende un puente entre la psicología cultural, las neurociencias y la neurogenética para explicar cómo los procesos neurobiológicos, como la expresión genética y la función cerebral, dan lugar a valores, prácticas y creencias culturales, además de cómo la cultura moldea los procesos neurobiológicos a escala macro y micro temporal”<sup>20</sup>— trata de analizar cómo los rasgos culturales modulan y configuran la neurobiología y el comportamiento, y en sentido inverso, cómo los mecanismos neurobiológicos facilitan la emergencia y transmisión de los rasgos culturales.<sup>21</sup>

La importancia de estos estudios sobre las influencias de lo cultural y lo genético en la función cerebral descansa en la evidencia creciente de que la cultura influye en los procesos psicológicos y en el comportamiento. Se revela así la naturaleza sensible a las diferencias culturales del cerebro humano, lo que nos permite comprender que este órgano, a nivel biológico, puede ser modulado y configurado por los contextos socioculturales. Estos contextos tienen que ver con espacios de interacción social, en los que puede darse la cooperación o la lucha, y en los que el cerebro humano podrá desarrollar procesos neurocognitivos que ayuden al individuo a funcionar y adaptarse a un ambiente sociocultural específico. Las implicaciones que esto tiene desde el punto de vista educativo y sociopolítico son evidentes.

Por supuesto que no podemos desdeñar ni prescindir del arraigo biológico del que somos deudores. Y posiblemente no sea descabellado introducir algunas modificaciones, pues el afán de mejora es lícito, y si aceptamos las modificaciones ambientales, también deberíamos ser capaces de diseñar racionalmente, con prudencia y responsabilidad, cómo introducir algunas modificaciones biológicas. Pero, precisamente por esa doble interacción entre lo biológico y lo cultural, de la que somos resultado, conviene evitar la ingenuidad de pensar que las técnicas de mejora cerebral harán todo sencillo y evidente. La confianza en los neurofármacos no puede ser la clave para resolver todos los problemas. Difícilmente podremos crear un mundo más justo o podremos ser mejores personas, si no tomamos en consideración que los seres humanos somos un conjunto articulado y dinámico de elementos biológicos y elementos culturales, que construimos nuestras vidas en un espacio de interacción y

convivencia en el que vamos generando nuevas posibilidades continuamente —como ésta, de la mejora, que requiere seguir pensando a fondo—, y en el que tenemos una grave responsabilidad de pensar si es inteligente confiar en las drogas inteligentes, si nuestra identidad y nuestra existencia tienen que ver con el desarrollo de nuestras capacidades y si en su logro han de tenerse en cuenta otros factores, otros medios, que contribuyan a los fines deseados.

**Lydia Feito Grande**

Profesora de Bioética y Humanidades Médicas  
Universidad Complutense de Madrid

## Referencias

- \* Este mismo tema se trata en un artículo que aparecerá en la revista *Pensamiento*.
- <sup>0</sup> Cfr. Feito, L. (2013) El debate ético sobre la mejora humana. *Diálogo Filosófico* 86, 267-90.
- <sup>1</sup> Butcher, J. Cognitive Enhancement Raises Ethical Concerns. *Lancet* 362 (2003) 132-33. Greely, Henry; Sahakian, Barbara; Harris, John; et al. 2008. Toward Responsible Use of Cognitive-Enhancing Drugs by the Healthy. *Nature* 456: 702-5.
- <sup>2</sup> Mehlmán, Maxwell J. 2004. Cognition-Enhancing Drugs. *Milbank Quarterly* 82: 483-506.
- <sup>3</sup> <http://www.ritalinabusehelp.com/current-issues-in-ritalin-use>. Acceso: 20/04/13.
- <sup>4</sup> Giurgea, C.E. (1973) The 'nootropic' approach to the pharmacology of the integrative activity of the brain. *Conditional Reflex*, Vol. 8, No. 2, pp. 108-15. Giurgea C.E., Greindl M.G., Preat, S. (1983) Nootropic drugs and aging. *Acta Psychiatr Belg* 83 (4): 349-58. Giurgea, C.E. (1982) The nootropic concept and its prospective implications. *Drug. Dev. Res.* 2:441-446.
- <sup>5</sup> Cfr. V.g. J.C. Ruiz Franco, *Drogas inteligentes. Plantas nutritivas y fármacos para potenciar el intelecto*. Paidotribo. 2007.
- <sup>6</sup> President's Council on Bioethics (2003) *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness*. [http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/beyondtherapy/beyond\\_therapy\\_final\\_webcorrected.pdf](http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/beyondtherapy/beyond_therapy_final_webcorrected.pdf) Acceso: 20 Abril 2013.
- <sup>7</sup> "FAQ - Center for Cognitive Liberty & Ethics (CCLE)". General Info. Center for Cognitive Liberty and Ethics. Actualizado: 2003-09-15. [http://www.cognitiveliberty.org/faqs/faq\\_general.htm](http://www.cognitiveliberty.org/faqs/faq_general.htm). Acceso: 3/11/14
- <sup>8</sup> Kramer, P. (1994) *Escuchando al Prozac*. Seix Barral. Barcelona.
- <sup>9</sup> Healy, D (2000) "Good Science or Good Business?". *Hastings Center Report* 30, 19-23.
- <sup>10</sup> Caplan, A. (2003). "Is Better Best? A Noted Ethicist Argues in Favor of Brain Enhancement". *Scientific American* 289 (3), 104-5.
- <sup>11</sup> Savulescu, J. (2012): *¿Decisiones peligrosas? Una bioética desafiante*, Madrid, Tecnos.
- <sup>12</sup> Savulescu, J. (2002) Procreative Beneficence: Why We Should Select the Best Children. *Bioethics* 15 (15-6), 413-426.
- <sup>13</sup> Marinoff, L. (2010) *Más Platón y menos Prozac*. Ediciones B. Barcelona.
- <sup>14</sup> Cfr. V. Cakic (2009) Smart drugs for cognitive enhancement: ethical and pragmatic considerations in the era of cosmetic neurology. *J Med Ethics* 35 (10) 611-5.
- <sup>15</sup> President's Council on Bioethics (2003). *Beyond therapy: Biotechnology and the pursuit of happiness*. Washington, DC: PCB.
- <sup>16</sup> Savulescu, J. (2010) What is my cognitive enhancer? *Dilemata* nº3. Disponible en: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/32/47>. Consultado: 9/12/14
- <sup>17</sup> Savulescu, J. (2012) *¿Decisiones peligrosas?* Op.Cit.
- <sup>18</sup> Savulescu, J., Persson, I. (2012) Moral enhancement. *Philosophy Now* 91. Disponible en: [https://philosophynow.org/issues/91/Moral\\_Enhancement](https://philosophynow.org/issues/91/Moral_Enhancement). Acceso: 3/11/14.
- <sup>19</sup> Goh, J.O.S., et al. (2010) Culture differences in neural processing of faces and houses in ventral visual cortex. *Social, Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(2-3), 227-235.
- <sup>20</sup> Chiao, J.Y. (2010) At the frontier of cultural neuroscience: introduction to the special issue. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 5, 109-10.
- <sup>21</sup> Chiao, J.Y., Bebko, G.M. (2011) "Cultural Neuroscience of Social Cognition". En: Han, S., Pöppel, E. (eds.) *Culture and Neural Frames of Cognition and Communication*. Springer-Verlag. Berlin. pp 19-39

## El comentario de Diego Gracia



### ¿Ética política? ¿Pero es tan importante la política?

Si un extraterrestre quisiera hacerse una idea de nuestro mundo viendo los telediarios o leyendo los periódicos, llegaría a la conclusión de que entre nosotros hay algo muy importante que es la política, y que en nuestra sociedad a todo lo demás no se le da mayor importancia.

La cosa no revestiría excesiva gravedad si sólo fuera ese hipotético extraterrestre quien opinara así. Lo grave, lo verdaderamente llamativo, es que así opinamos todos o casi todos los terráneos. Pues bien, quiero defender en estas líneas la tesis de que la política no es tan importante como se piensa, o como se quiere que pensemos, y que eso constituye uno de los graves problemas que vivimos y sufrimos.

La reflexión viene a cuento de los acontecimientos políticos de los últimos meses, desde la corrupción galopante de la clase política hasta su defensa de proyectos que no hay modo de casar con el objetivo al parecer primario a esa actividad, la promoción del bien común. Como sucede siempre en estos casos, lo inmediato es pensar que todo se debe a que algunos políticos son, además de inhábiles, perversos, y que se hace preciso remoralizar la vida política, promoviendo en ella conductas ejemplares, rectas, dignas, etc.

Pensar así significa tanto como decir: la política es buena, lo que sucede es que tenemos un porcentaje mayor del permisible de políticos ineptos y corruptos. Por tanto, acabemos con ellos, remoralicemos la política. Yo también he sido de estos. Pero ya me ha pasado en otras ocasiones que, cuando las cosas llegan a un cierto punto, empiezo a preguntarme si no será que el problema no es meramente coyuntural sino estructural; es decir, si el problema no está en la calidad profesional y moral de ciertos políticos, sino en la política misma, o en la idea que nos hemos hecho de ella.

Vivimos en sociedades democráticas. La soberanía la detenta el pueblo. Es difícil saber lo que es el pueblo, pero parece que es el “todos a una” de los habitantes de Fuenteovejuna. El pueblo no se identifica con cada uno de los individuos, ni tampoco con todos ellos. El pueblo tiene una dinámica muy peculiar, para designar la cual Gustav Le Bon dotó de contenido sociológico al término “masa”, en su clásica obra *La psicología de las masas* (1895). Una de sus notas, según Le Bon, es la de “heterónoma”. La masa es heterónoma. Lo vemos en los estadios de fútbol. Personas correctas y sensatas en su vida cotidiana, cambian de comportamiento cuando entran a formar parte de esa especie de espíritu colectivo que caracteriza la masa. Sujetos por lo general sosegados, gritan como energúmenos, y gentes pacíficas se vuelven violentas y agresivas.

Todo esto tiene mucho que ver con un tema que lleva de cabeza desde hace bastante tiempo a los entendidos. Se trata de cómo se toman decisiones colectivas. Clásico es en este punto el libro de James M. Buchanan y Gordon Tullock, *El cálculo del consenso: Fundamentos lógicos de una democracia constitucional*. Lo que los autores buscan es aplicar a la toma de decisiones colectivas los principios de la Teoría de la decisión racional. Y como el principio básico de ésta es que los individuos buscan siempre maximizar utilidades, resulta que en los fenómenos colectivos, *mutatis mutandis*, debe suceder lo mismo, de tal modo que lo que los electores buscarán al introducir su voto en las urnas, y lo que los políticos deberán hacer si no quieren enemistarse con ellos, es maximizar utilidades. El objetivo de la política no es el bien común, como creían los clásicos,



sino la maximización de utilidades. Esto es lo que se entiende por utilidad pública, algo que por otra parte no puede estar muy reñido con la utilidad privada, pues ésta forma parte de aquélla. Y como de maximizar utilidades quien de veras entiende es la economía, se comprende que en este juego la ciencia económica se haya convertido en la ideología fundamental de la actividad política. Todo puede medirse en unidades monetarias y someterse al cálculo de utilidades. Lo demás es puro romanticismo.

La descripción que acabo de hacer es dura, y quizá también algo injusta. No todo es así. Pero la verdad es que con demasiada frecuencia las negociaciones políticas se parecen a los mercados persas, en las que todo se compra y se vende y la regla de oro es el regateo, cuando no el chalaneo. Y precisamente porque todos tenemos esta impresión, por más que sea exagerada, o incluso falsa, en las últimas décadas han proliferado las propuestas de remoralización, no de los políticos sino de la política. Estoy pensando en las obras de teóricos tan concienzudos como Rawls, Habermas, o los partidarios de las llamadas democracias deliberativas. Para los políticos de casta y de profesión, puro idealismo de personas sin duda bienintencionadas, pero que no tienen ni idea de lo que es la acción política. Es casi un axioma que los idealistas no triunfan en política. El sistema los expulsa inmediatamente. He conocido a varias personas muy inteligentes, eminentes profesores de Universidad, que creyeron un deber en un cierto momento dar el paso adelante y enrolarse en la política activa. Todos salieron desilusionados y dolidos, cuando no profundamente escandalizados. No otra debió de ser la experiencia de Ortega y Gasset tras sus fracasos en ese campo, y tal es lo que quiso plasmar en su espléndido ensayo *Mirabeau, o el político*.

Así las cosas, cabe preguntarse si no es un error el intento de cambiar la política, o eso que se llama, con términos algo prosopopéyicos, remoralizar la política. ¿No será más lógico pensar que la política es lo que es y que se hace necesario aceptarla como tal? No digo que no haya que combatir a los ineptos y a los corruptos. Pero eso es una cosa y otra hacer una enmienda a la totalidad y querer cambiar la política. Este me parece hoy un objetivo falto de realismo, en exceso idealista, y que por ello mismo conduce irremisiblemente a la decepción y al fracaso. De este idealismo no se vio privado el propio Ortega, que en *La rebelión de las masas* pide para remoralizar la política algo tan poco realista como que los individuos dejen de actuar como masa heterónoma en sus decisiones colectivas y asuman el único papel que es de recibo en una sociedad democrática, el de individuos realmente autónomos. Entonces y ahora, una pura utopía.

¿Qué hacer, entonces? La tesis que yo quiero defender es que la política no dejará de ser un puro juego o comercio de intereses, por muchas vueltas que le demos. No cabe esperar más de ella. No se le puede pedir ni esa "ética mínima" que con tanto tesón como buena voluntad proclaman los partidarios de la comunidad ideal de comunicación. Ni es eso, ni hay razones para pensar que lo será en el futuro. La política anda siempre, pienso que necesariamente, "bajo mínimos". ¿Qué hacer, pues? A mi modo de ver, no sobrevalorarla, aceptarla como lo que es y tomar conciencia plena de que lo más importante, lo decisivo en la vida de los individuos y de las sociedades no se ventila ahí. Que la política ha de servir para buscar soluciones de compromiso a los conflictos y hacer posible la vida en comunidad, pero que la vida de los individuos, y por tanto también de las sociedades, no se juega ahí, o al menos no se debe jugar ahí. No se trata sólo de que la ética de máximos le venga grande y esté más allá de sus límites, es que no le corresponde ni la ética de mínimos, aunque sólo sea porque el Estado no puede tener ética, no es sujeto adecuado de ética. Luego analizaré por qué. Antes quiero decir que la famosa distinción entre ética de máximos y ética de mínimos induce además al error de creer que eso de los máximos es algo secundario, privado y prescindible, como los "consejos" de la vieja ascética, en tanto que los mínimos son lo importante, como sucedía en la moral clásica con lo opuesto a los consejos, los "preceptos". Yo más bien tiendo a pensar lo contrario, que sólo quien aspire a la ética de máximos, por tanto, a buscar la máxima corrección en los actos de su vida, podrá cumplir con la ética de mínimos. Y como todos estamos de acuerdo en que eso de los máximos no es cosa del Estado ni de la política, ni incluso del maximalista Estado de bienestar, sino de los

individuos y los grupos sociales, resulta que éstos son los realmente importantes, incluso para que la política funcione bien y el número de corruptos disminuya. De donde la conclusión de que lo importante es la promoción de la madurez, la autonomía y la responsabilidad de los individuos, más que buscar una reforma del Estado que a todas luces resulta imposible.

Antes decía que el Estado no es sujeto adecuado de ética. Es una afirmación dura y que por eso conviene aclarar. La confusión que cunde en este campo es debida, a mi modo de ver, al hecho de atribuir a estructuras impersonales o suprapersonales, como el Estado moderno, cualidades o predicados que son exclusivos de los individuos. Es el caso de la moral. Se habla de la ética del Estado, como también de la ética de las empresas, como si el Estado y las empresas fueran sujetos adecuados de moralidad. No lo son ni lo pueden ser. Todo procede de la confusión entre valores y deberes. Claro que las estructuras suprapersonales, la empresa, el Estado, las leyes, etc., son plasmación de valores, tienen valores. Pero una cosa son los valores y otra los deberes. Deberes no tienen más que los individuos. No es correcto hablar de ética del Estado, como tampoco lo es hablar de la ética de las empresas. Sí tiene sentido, sin embargo, hablar de valores institucionales, o empresariales, o constitucionales. Claro que las leyes tienen que ser justas. Pero la justicia es un valor. El deber es propio de los seres humanos, de quienes hacen o aprueban las leyes, etc.

Pero es que, además, el papel del Estado y de las leyes es menor de lo que sospechamos. Los países no los hacen los políticos, ni las leyes, sino quienes buscan vivir decentemente cumpliendo con su deber, y por ello se ponen todos los días a trabajar a las nueve de la mañana. Esa es la gente interesante, la que necesita promoción y ayuda. Ellos han de ser nuestro objetivo. Los políticos pueden ayudar desde su área de gestión a toda esta gente, pero sólo ayudar, y también pueden hacer lo contrario, entorpecer, destruir. Cualquiera puede encontrar ejemplos palmarios de esto último en el baúl de sus recuerdos. Por otra parte, ¿de dónde salen los políticos? Dime qué sociedad tienes y te diré qué políticos la gestionan. De donde la moraleja de todo esto: la estructura política es siempre y necesariamente impersonal y heterónoma, y más que intentar hacerla autónoma o moral, cosa incompatible con su carácter burocrático, lo que resulta necesario es dirigir la atención a promover la autonomía de los individuos, los verdaderos, los únicos sujetos morales, porque quizá de ese modo se consiga también, colateralmente, que los propios políticos lleven a cabo su labor de modo responsable y autónomo. Que es a lo que podemos aspirar. No queremos remoralizar la política sino remoralizar la sociedad, y con ella a los políticos. Como dicen los anglosajones, *first things first*.

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

# *Epidemia de ébola: una mirada desde la infectología y desde la bioética*

**Juan Pablo Beca<sup>1</sup> y Francisca Valdivieso<sup>2</sup>**

Ébola, pequeño río de la República Democrática del Congo (antiguo Zaire), dio nombre al virus que genera una enfermedad hemorrágica viral con una alta tasa de mortalidad que ha desencadenado brotes epidémicos descritos desde 1976 en África. El actual brote que se inició en Diciembre de 2013 en Guinea es incomparablemente más violento que los anteriores, produciendo miles de afectados y de muertes y ha pasado a constituir una preocupación mundial, no sólo como emergencia decretada en Agosto recién pasado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sino una preocupación de Naciones Unidas y de los gobiernos de las grandes potencias mundiales. Enfrentamos así globalmente una situación que se relaciona con aspectos sociales, políticos, sanitarios, y por lo tanto éticos. Resulta así necesario que quienes estamos interesados en Bioética tengamos una comprensión clara de los hechos y de las dimensiones éticas del brote de Enfermedad por Virus Ébola (EVE).

Para contribuir a esta comprensión presentamos este artículo como un diálogo entre un especialista en Bioética y una especialista en Infectología.

• *Pedimos primero a la infectóloga, que nos resuma la historia de esta enfermedad, y nos explique porqué el brote de este año es tanto más virulento que los anteriores y cómo se explica que esté concentrado en tres países de África Occidental: Liberia, Sierra Leona y Guinea.*

**Francisca Valdivieso (F.V.):** El virus Ébola se identificó por primera vez en 1976 en un brote de pacientes con fiebre hemorrágica en una zona rural del norte de Zaire (actual República Democrática del Congo) afectando a un total de 318 personas con 280 muertes.[1] Se logró determinar que los enfermos eran personas que habían recibido inyecciones con jeringas reutilizadas en un hospital de Yambuku, sus contactos cercanos y el personal de salud que los atendió durante su enfermedad. Ese mismo año también ocurrió un brote en Sudán. Posteriormente han ocurrido una veintena de otros brotes que han involucrado a algunos cientos de casos, en general con alta letalidad, en zonas rurales muy apartadas de África y que lograron ser contenidos con el aislamiento de los enfermos y seguimiento de los contactos.

A la fecha se han identificado cuatro especies de virus Ébola causantes de enfermedad en humanos y otros primates: Zaire, Sudan, Bundibugyo, y Tai forest. El reservorio del virus en la naturaleza serían los murciélagos de la fruta (familia Pteropodidae) y éste se transmite al hombre por contacto directo o indirecto (secreciones) con estos murciélagos u otros mamíferos infectados, como monos y antílopes que son cazados para comer. Una vez que se transmite al humano se inicia un ciclo de transmisión interhumana en que las personas enfermas contagian el virus a sus contactos cercanos a través de su sangre y otros fluidos corporales. Los pacientes graves y los fallecidos tienen una alta carga viral y el cuidado de los enfermos y los ritos funerarios que incluyen tocar, besar y lavar los cadáveres constituyen un importante factor de transmisión en la comunidad. El virus Ébola Zaire del brote actual no presenta diferencias importantes con el de brotes anteriores. Sin embargo se diseminó en forma mucho más extensa debido a las características actuales de los países afectados: sistemas de salud muy precarios, alta movilidad de la población, pobreza, hacinamiento y características culturales de los funerales. Además la infección llegó a las ciudades donde la transmisión se multiplica en forma descontrolada.[2]

---

<sup>1</sup> Centro de Bioética, Facultad de Medicina. Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago – Chile

<sup>2</sup> Programa Hantavirus, Facultad de Medicina. Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago - Chile



- *Y ahora que miramos el tema con mayor comprensión, preguntamos al bioeticista ¿qué problemas éticos se plantean ante esta situación tan grave y dramática?*

**Juan Pablo Beca (J.P.B.):** Como toda situación que afecta a seres humanos y a su entorno social y biológico, y en particular si como en este caso se enfrenta alta mortalidad, morbilidad, temor y gran falta de recursos de todo tipo para enfrentarlos, los temas éticos son muchísimos. La respuesta a la pregunta podría ser muy extensa, pero trataremos de mencionar y comentar muy brevemente sólo los problemas éticos más relevantes.

Lo primero que salta a la vista es la pobreza extrema de estos tres países africanos, ante lo cual cabe preguntarse cómo sería la situación si la EVE fuese un problema de países desarrollados y económicamente ricos. Lo más probable es que en los casi 40 años desde su descubrimiento habría habido investigación con el probable descubrimiento de medidas terapéuticas y preventivas seguras y eficaces. La poca investigación existente se relaciona con los riesgos de guerra biológica y no se ha centrado en las necesidades de salud de la población de los países afectados. Estamos pues ante un gravísimo problema de justicia y de desigualdad internacional que de alguna manera interpela al mundo desarrollado. Podría decirse que Ébola es como la punta del iceberg de la desigualdad extrema entre continentes, con países que reaccionan de manera tardía y más bien frente al riesgo de que pueda llegar a afectar a sus propios ciudadanos.

La falta de investigación y generación de conocimiento sobre enfermedades del tercer mundo es un problema ético mayor. Es sabido que los recursos destinados a investigación de enfermedades que afectan a países desarrollados es infinitamente mayor que los destinados a investigar, no sólo virus Ébola, sino también malaria, tuberculosis, paludismo y otras. Y ahora, frente al drama de este brote tan severo, queda en claro que la alta mortalidad, que ha llegado hasta 90% en algunas comunidades, se debe a la ausencia de recursos para ofrecer medidas de soporte vital tales como hidratación, transfusiones sanguíneas, apoyo metabólico, respiratorio o renal que son recursos habituales en países con mayores ingresos económicos. Nuevamente se plantea el tema de justicia distributiva internacional, pero junto a ello está la necesidad de respuestas urgentes y solidarias. Se ha hablado así de solidaridad no sólo como una virtud individual o comunitaria, sino de la necesidad de una solidaridad internacional y cosmopolita [3].

Otro tema que se presenta es la necesidad de generar conocimiento para enfrentar este brote y los que probablemente vendrán a futuro. No se trata de un desafío científico de investigación, sino de combinar equilibradamente la respuesta social y sanitaria a la urgencia con la organización de investigación que genere conocimiento sólido sobre seguridad y eficacia de las intervenciones. Se ha definido así un concepto de "deber moral de investigar", combinando las respuestas sociales, científicas y éticas [4].

Hay muchos otros problemas morales relacionados con los más generales ya mencionados, pero entre ellos cabe destacar el problema de la pérdida de confianza pública que enfrentan las personas de estos países, explicable por el temor, la comprensión muy limitada de las causas, factores agravantes y formas de prevención de la enfermedad. Esta desconfianza afecta a sus propios sistemas sanitarios, autoridades, y agentes u organismos extranjeros que concurren a ayudarlos.

- *¿Cuáles son las alternativas de tratamiento de la EVE, suponiendo que ya se cuente con los recursos necesarios para el cuidado básico, aislamiento y soporte vital de los enfermos?*

**F.V.:** Un tratamiento efectivo sería una gran ayuda para enfrentar esta enfermedad de alta letalidad y altamente transmisible, con gran impacto en morbimortalidad del personal sanitario y que además causa gran disrupción de la sociedad. Desde el primer brote en 1976 se ha usado en forma anecdótica plasma o sangre de convalecientes como tratamiento, que contendría anticuerpos neutralizantes contra el virus. A inicios de este brote algunas alternativas terapéuticas habían demostrado efectividad en primates, pero carecían de estudios clínicos [5]. Un tratamiento con anticuerpos monoclonales aparece como uno de los tratamientos más promisorios en primates no humanos [6]. Actualmente hay un estudio de tratamiento de fase 1 en humanos en desarrollo por investigadores de la Universidad de Oxford y *Wellcome Trust*. También hay otros antivirales como el *Favipiravir* que tiene estudios en humanos para virus influenza y que también podría ser efectivo. Otra alternativa novedosa es el uso de RNA de interferencia. Sin embargo todos estos tratamientos requieren completar estudios de seguridad y eficacia en humanos para su uso como tratamiento. Los estudios en posibles vacunas están más avanzados y se esperan los primeros resultados de seguridad e inmunogenicidad en humanos para este año y que se puedan iniciar estudios en los países afectados a comienzos del 2015. [7]

• *Dado que no hay antivirales de eficacia demostrada para EVE, ¿se justifica en este brote epidémico usar o ensayar fármacos u otras intervenciones de eficacia no demostradas, lo cual sería también su primer uso en humanos?. Y si la respuesta fuese afirmativa, ¿cómo se debería seleccionar o priorizar a los pacientes? Finalmente, ¿se justificaría priorizar al personal sanitario en consideración a su mayor riesgo y a la necesidad de protegerlos?*

**J.P.B.:** Este es un tema controversial que ha sido ampliamente analizado en la OMS así como en muchos grupos académicos. Hasta ahora hay una amplia mayoría que considera que dada la emergencia de la epidemia actual con tan alta letalidad, por razones humanitarias y compasivas se justifica usar tratamientos con antivirales que están aún en fases muy preliminares de investigación pre-clínica. Sin embargo no se trata de una justificación emocional, de un "todo vale" ante la gravedad, sino de intervenciones que ya se están investigando, que tienen una base científica razonable y resultados preliminares favorables en animales. Por esta razón se ha planteado que se deberían indicar, como tratamientos experimentales, estableciendo previamente protocolos para su indicación, registros estrictos de efectos adversos, resultados y seguimiento, y reportes transparentes de todos los resultados. Asimismo su uso debe respetar la voluntariedad, las decisiones autónomas y la confidencialidad de los enfermos, debidamente informados de la incertidumbre de los resultados [8]. Lo anterior se refiere a fármacos antivirales, a anticuerpos monoclonales como ZMapp o al uso de plasma o transfusiones de donantes convalecientes de EVE.

Una compleja condición para el uso experimental de estas medidas es que no pueden reemplazar las condiciones para el cuidado básico y medidas de soporte vital. Más aún, estos recursos deben ser una condición necesaria para poder evaluar la efectividad de cualquier intervención terapéutica. Dado que en muchas ciudades y comunidades locales estas condiciones son actualmente inexistentes, se generará una aparente discriminación que perjudicaría aún más a los más desvalidos en estos países ya tan desprotegidos. Sin embargo, por duro que parezca, el uso experimental de medidas terapéuticas debe hacerse con el mejor fundamento científico, ético y pragmático [9]. Sólo de esta manera será posible llegar a obtener información confiable, aunque no sea definitiva, para fundamentar el uso amplio de estas intervenciones. Por lo tanto, más que presionar para que estas comunidades reciban tratamientos experimentales, la presión debe ser para que cuenten con recursos para el cuidado general y básico de los enfermos, así como para su debido aislamiento para contener la epidemia.

Resulta oportuno aclarar el fundamento del uso compasivo, término amplio y muchas veces confundente. No se trata aquí del concepto que se utiliza para usar fuera de protocolo fármacos que ya están en un ensayo clínico, sino de utilizar, en consideración a una grave emergencia, medidas experimentales antes de que cumplan condiciones para realizar ensayos clínicos convencionales.

La posible prioridad para aplicar estas intervenciones potencialmente beneficiosas, priorizando al personal sanitario que cuida enfermos o pacientes sospechosos de EVE, merece ser comentada. Algunos rechazan esta posible prioridad, dada la incertidumbre de sus beneficios, aunque cada individuo acepte libremente su uso. Sin embargo la mayoría considera justo que se priorice esta indicación en base a un principio de reciprocidad por el riesgo que este personal asume por el bien de los pacientes. Otros fundamentan esta prioridad, no como una merecida retribución ni un privilegio, sino en base a la necesidad social de contar con profesionales y cuidadores.

Otro aspecto ético muy relevante es que todo protocolo de uso de medidas experimentales, con indicaciones que combinan expectativas de beneficio con necesidad de establecer conocimiento, deben planificarse con la participación de todos los involucrados en el tema. En otras palabras, la participación de la comunidad local de los países afectados es esencial por razones de justicia y además como forma de fortalecer la necesaria confianza de autoridades sanitarias, personal de salud, pacientes y comunidad en general. Cabe recordar que estos países han sido históricamente víctimas de injusticias de numerosos ensayos clínicos que han usado a su población como meros medios para demostrar eficacia de fármacos que después han sido inalcanzables para los pacientes locales. Por eso, en el caso de esta epidemia, es una condición ética de justicia que, si se emplean fármacos u otras medidas terapéuticas combinando el uso compasivo y la investigación, que estos mismos fármacos estén después al alcance de estos países.

Un último problema ético que está actualmente en discusión por el posible uso de plasma de convalecientes es la posibilidad de abuso con estas personas mediante la coerción. La respuesta que se ha planteado en el foro on-line de OMS, es la donación gratuita y anónima de sangre para ser usada a través de bancos de plasma, sin restringir por otra parte los debidos controles para evitar la transmisión de otras enfermedades. Y otra condición para evitar el abuso o presión sería que los niños convalecientes queden excluidos de la donación de sangre con estos propósitos.

- *En ausencia de vacunas debidamente demostradas, cómo se puede prevenir una epidemia y la enfermedad por virus Ébola en cuidadores y contactos de enfermos o portadores?*

**F.V.:** Está claramente demostrado por la experiencia en brotes anteriores que se requiere el aislamiento de los enfermos para evitar la transmisión de la enfermedad, la que ocurre por contacto con fluidos del enfermo o recién fallecido y por gota gruesa (gotas de más de cinco micrones que pueden alcanzar una distancia de 1 metro, a diferencia de la transmisión aérea en que gotitas de menor tamaño pueden alcanzar mayores distancias). Los pacientes graves y los que fallecen tienen una muy alta carga viral y se ha demostrado que se requieren procedimientos muy estrictos y equipos de protección que impidan todo contacto de los cuidadores con sangre y fluidos de los afectados. En África el personal sanitario carecía de las condiciones necesarias para atender a estos pacientes y eso causó gran número de contagios entre ellos empeorando aún más la precaria atención de salud, tanto para pacientes de Ébola como para otras patologías que han quedado gravemente desatendidas. [10, 11]

- *Qué aspectos éticos comentaría acerca de las medidas preventivas para el control de la epidemia de EVE?*

**J.P.B.:** Al igual que con las medidas terapéuticas, las distintas vacunas que están en fase de investigación y próximas a ser usadas en ensayos clínicos, deberán cumplir con todas las exigencias de participación voluntaria, después de haber comprendido la debida información. No obstante lo anterior la prevención, aún antes de la inmunización, exige medidas ambientales inespecíficas para evitar la transmisión de persona a persona por fluidos corporales, el uso de máximas medidas de protección por parte del personal sanitario, la protección de contactos familiares, el manejo del cuerpo de los fallecidos, y otras. Y finalmente la cuarentena de los contactos constituye un complejo problema que confronta la libre decisión de las personas con el deber de protección de terceros. La máxima expresión de lo anterior está en la cuarentena forzada por la fuerza pública o en los toques de queda para buscar fallecidos, enfermos o contactos. El problema está en el conflicto de valores entre la necesidad de prevención y el respeto a la libertad de las personas, asumiendo sí que tengan la información necesaria y la debida comprensión del problema.

- *Si se decide iniciar proyectos de investigación para demostrar seguridad y eficacia de antivirales para el tratamiento etiológico de la enfermedad, ¿qué metodología debería aplicarse y cuánto tiempo considera Ud. que tomará llegar a resultados aplicables para implementar su producción y distribución en los países más afectados?*

**F.V.:** En el contexto actual desarrollar un estudio de tratamiento evidentemente es muy complejo. Sin embargo, contar con un tratamiento efectivo también es muy necesario para disminuir la letalidad del brote. La epidemia ha producido gran temor y desconfianza en la población. Por este motivo es necesario actuar con la máxima transparencia, tomando en cuenta los factores culturales y las necesidades de la población local. Es necesario que ésta se sienta involucrada en el desarrollo de la investigación, y se debe favorecer la formación y participación de investigadores locales.

El diseño de los protocolos, el desarrollo de la investigación y la recolección de datos representan un gran desafío en la situación de emergencia producida por la epidemia. Es necesaria flexibilidad para enfrentarlos pero sin afectar la rigurosidad científica requerida. La asignación de la nueva intervención mediante randomización cumple con el objetivo de obtener evidencia sólida respecto de su utilidad, y al mismo tiempo puede ser la manera más justa de distribuir un tratamiento inicialmente escaso. Es muy posible que no se logre disponer de un tratamiento probadamente efectivo para el control del presente brote en África occidental, salvo que las otras medidas para el control de brote sigan demorándose. Con esto me refiero a que si se logra disponer de camas para aislar a 70-100% de los casos, laboratorios para diagnóstico rápido y suficientes equipos para sepultación segura, el brote debería poder controlarse posiblemente antes de que los estudios de tratamiento se hayan completado.



- *Cual sería el comentario, desde el punto de vista bioético, a la respuesta anterior y en qué aspectos éticos insistiría como aprendizaje de esta situación epidemiológica y humana tan dramática*

**J.P.B.:** En relación a la metodología a aplicarse, me parece que siempre existe la necesidad de equilibrar de manera prudente las exigencias metodológicas con la realidad personal o social de los sujetos de investigación. En este caso se trata de poblaciones particularmente vulnerables por su pobreza e historia de conflictos sociales o guerras civiles. Por lo tanto tienen graves problemas de confianza pública en sus autoridades y en las intervenciones de expertos extranjeros. Excepción a lo anterior es el alto prestigio que tienen en esos países los Médicos Sin Fronteras (MSF). Por lo tanto resulta esencial la participación de la comunidad local, sus autoridades políticas y sanitarias, sus líderes de opinión y las organizaciones prestigiadas como la ya mencionada. A modo de ejemplo, se discute la posibilidad de uso de placebo para la investigación en vacunas o en antivirales con efectividad por demostrarse. Si se analizara sólo desde lo metodológico podría ser la mejor alternativa, pero sería probablemente inadecuado si se considera la realidad local y la alta mortalidad de esta epidemia. De hecho recientemente se ha anunciado el inicio de ensayos clínicos acelerados, sin usar placebo, para estudiar la eficacia de plasma inmune, *Favipiravir* (de Japón) y *Brincidofovir* (de EE.UU.) en Guinea, a cargo de MSF con tres institutos de investigación europeos.

Como comentario final, considero que el brote epidémico de EVE constituye un drama humano que requiere ser analizado por todos los profesionales sanitarios y por los bioeticistas, aunque crean estar lejos del problema. En un mundo global se puede estar geográficamente lejos, o se puede tener un riesgo mínimo de ser afectado, pero la comunidad humana es una y en ella todos tenemos responsabilidad como ciudadanos del mundo. Como ya se ha comentado, esta situación deja al descubierto graves problemas de justicia y un llamado urgente a la solidaridad cosmopolita que debería comprometer a gobiernos y a autoridades mundiales, pero no sólo a ellos sino a todos, cada uno en su medida, también a todos en cuanto a toma de conciencia de la necesidad de ser capaces de responder desde la compasión y la solidaridad frente al sufrimiento, enfermedad y riesgos de vida de nuestros semejantes.[12]

El otro aspecto en el que me permito insistir es que los requerimientos epidemiológicos y científicos exigen respuestas eficaces con el mejor fundamento científico pero a la vez con el mejor fundamento ético. Ambas son dimensiones inseparables como en esta oportunidad lo ha considerado la Organización Mundial de la Salud al convocar a un análisis conjunto entre expertos en epidemiología y enfermedades infecciosas con expertos en Bioética.

## Referencias

1. Ébola haemorrhagic fever in Zaire, 1976. *Bull World Health Organ* **1978**; 56(2): 271-93.
2. Kanapathipillai R. Ébola virus disease--current knowledge. *N Engl J Med* **2014**; 371(13): e18.
3. Prainsack B, Buyx A. Solidarity in contemporary bioethics--towards a new approach. *Bioethics* **2012**; 26(7): 343-50.
4. WHO Advisory Panel for Ébola Outbreak. Ethical considerations for use of unregistered interventions for Ébola viral disease. August 17, 2014.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130997/1/WHO\\_HIS\\_KER\\_GHE\\_14.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130997/1/WHO_HIS_KER_GHE_14.1_eng.pdf?ua=1)
5. Choi JH, Croyle MA. Emerging targets and novel approaches to Ébola virus prophylaxis and treatment. *BioDrugs* **2013**; 27(6): 565-83.
6. Qiu X, Wong G, Audet J, et al. Reversion of advanced Ébola virus disease in nonhuman primates with ZMapp. *Nature* **2014**; 514(7520): 47-53.
7. Glimmers of hope on the Ébola front. *Bull World Health Organ* **2014**; 92(10): 704-5.
8. Kapiriri L, Lavery JV, Singer PA, Mshinda H, Babiuk L, Daar AS. The case for conducting first-in-human (phase 0 and phase 1) clinical trials in low and middle income countries. *BMC Public Health* **2011**; 11: 811.
9. Rid A, Emanuel EJ. Ethical considerations of experimental interventions in the Ébola outbreak. *Lancet* **2014**.
10. Chowell G, Nishiura H. Transmission dynamics and control of Ébola virus disease (EVD): a review. *BMC Med* **2014**; 12(1): 196.
11. Check Hayden E. Ébola obstructs malaria control. *Nature* **2014**; 514(7520): 15-6.
12. Rid A, Emanuel EJ. Why should high-income countries help combat Ébola? *JAMA* **2014**; 312(13): 1297-8.

# Reseña: ENCUENTRO FILOSOFÍA-FARMACIA

## “Pensando el presente: la farmacia moderna”

### ENCUENTRO FILOSOFÍA-FARMACIA

#### “Pensando el presente: la farmacia moderna”

10 Diciembre 2014

El pasado 10 de diciembre se celebró en la Facultad de Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid el Encuentro “Pensando el presente: la farmacia moderna”. La organización corrió a cuenta de la Asociación TALES de estudiantes de filosofía, con la colaboración del vicedecanato de estudiantes de filosofía.

El ciclo “Pensando el presente”, dentro del cual se inscribió este encuentro, busca abordar problemas de actualidad desde un enfoque filosófico, partiendo de la premisa de que la misión fundamental de la filosofía es la de comprender y dar cuenta del mundo circunstante, la cual no es más que una misión de responsabilidad. La filosofía debe estar volcada hacia el mundo, y los encuentros de “Pensando el presente” plasman esto invitando a expertos de distintos ámbitos, no sólo a filósofos, convirtiéndose así en un verdadero ejercicio de interdisciplinaridad. La filosofía siempre tuvo esta vocación de apertura, y su ensimismamiento reciente la perjudica gravemente y la aleja de su verdadero significado. Asimismo, “Pensando el presente”, responde al carácter estudiantil de la Asociación TALES, incluyendo intervenciones de alumnos cuyo interés y valía hayan destacado en sus años de estudio.

El encuentro del pasado 10 de diciembre estuvo centrado en el importante tema de la farmacia moderna. Su relevancia y presencia actual justifican sobradamente su elección, y el transcurso de la jornada sólo corroboró esta idea.

El profesor Tomás Domingo Moratalla, especialista en hermenéutica y bioética y profesor de Filosofía en la UCM, inauguró el acto con unas palabras centradas en el lugar de la filosofía en el mundo de hoy, reivindicando su carácter ético y hermenéutico, y reforzando lo que el propio título del ciclo “Pensando el presente” postula. El profesor Domingo también hizo hincapié en la importancia de corrientes como la bioética, donde se potencia un verdadero diálogo interdisciplinar (un diálogo asentado en la experiencia de la traducción, que no caiga en la mera yuxtaposición de discursos). Su intervención terminó con un mensaje de incitación a seguir trabajando y reflexionando sobre estos temas.

A renglón seguido tuvo lugar la intervención de Marcos Alonso Fernández, presidente de la Asociación TALES y director del encuentro. Su comunicación supuso una aproximación filosófica al hoy evidente fenómeno de la farmacologización de la vida. El término farmacologización, preferido al más común de medicalización, fue escogido para reforzar la idea de que lo que predomina hoy entre los individuos es la pura y descarnada intervención química-material, y no un ideal de salud integral; y para remarcar las sugerentes implicaciones etimológicas de la palabra griega *pharmakón* como “remedió que cura” y “veneno que mata”. Una vez expuestos los motivos y razones para

hablar de dicha farmacologización, Marcos Alonso expuso la necesidad de una reflexión más profunda y concienzuda sobre el ideal humano que anima -o debería animar- todos los avances científico-técnicos (incluidos los de la farmacia), llegando a la conclusión de que algunas de las contradicciones de nuestra vida moderna provienen de una gran carencia en este lugar de la fundamentación.

El siguiente turno de intervenciones tuvo como protagonista a la profesora de la UCM Lydia Feito Grande, quien además de una reputada docente e investigadora en bioética, es miembro de numerosos comités y dirige un importante seminario de bioética. La profesora Feito realizó una muy sugerente presentación del candente tema bioético del mejoramiento humano, centrándose en las posibilidades de la neurofarmacia. La profesora Feito llevó a cabo una introducción al llamado “human enhancement”, exponiendo las ideas de autores tan importantes como Julian Savulescu. La tesis de fondo consistió en que debemos afrontar estas nuevas posibilidades bio-tecnológicas de manera racional y responsable, dejando de lado los prejuicios y miedos atávicos e irracionales. Un ejemplo de este miedo ilógico es el que nos lleva a aceptar acriticamente las influencias ambientales, mientras rechazamos por principio intervenciones externas de tipo tecnológico. En concreto, las posibilidades que la farmacia moderna nos brinda, en particular la neurofarmacia, no deberían ser desaprovechadas, pues podrían dar lugar a una vida más justa, plena y humana. Esto, como la profesora se encargó de recalcar, es una posibilidad; como también lo es que estas tecnologías nos perjudiquen. Pero tanto una posibilidad como la otra deben ser racionalmente consideradas y evaluadas, teniendo siempre en cuenta que el inmovilismo tiene también sus graves peligros.

Después de dos intervenciones de carácter eminentemente filosófico, llegó el turno de fijar mientes en los problemas farmacológicos del tercer mundo, donde los problemas relacionados con fármacos y medicamentos tienen un carácter mucho más urgente y crítico. Estos problemas del mundo en vías de desarrollo, de países mayoritariamente pertenecientes al hemisferio sur, son problemas principalmente políticos y económicos, por lo que los problemas de la farmacia no dejan de ser consecuencias de aquellos otros problemas. No obstante, dos comprometidos alumnos de Farmacia, nos expusieron dos facetas de esta gran crisis médica que sufren los países del tercer mundo.

En primer lugar, Fabián Pérez Pérez realizó una introducción general al problema de las farmacéuticas en relación con los países más desfavorecidos y con menos recursos económicos. Las empresas farmacéuticas, al no tener un mercado relevante en estos países ni posibilidades de recuperar sus inversiones en investigación y desarrollo de fármacos, los dejan de lado abandonándolos así a su suerte. Esta situación, claramente inmoral según nos expuso Fabián Pérez, es, no obstante, muy difícil de resolver, pues se enfrenta por un lado el justo derecho a la propiedad intelectual –reflejado en el actual sistema de patentes– y el justo derecho también a una salud por parte de los afectados. El caso de la India, primera fabricante mundial de genéricos, es paradigmático, y su desenlace será crucial e importantísimo para un sinnúmero de países del tercer mundo.

Tras un documental que siguió la línea marcada por Fabián Pérez de denuncia de los defectos y malas prácticas de la industria farmacéutica y de la complicada situación de los afectados en países desfavorecidos, llegó el turno para la profesora María Dolores Veiga, profesora de tecnología farmacéutica de la UCM y gran conocedora del mundo de la industria farmacéutica. Tras un magnífico recorrido a la historia de la farmacia, dando cuenta de sus distintas etapas, del distinto modo en que se entendía la labor farmacéutica, sus diferentes recursos y su progresivo perfeccionamiento; la profesora Veiga nos mostró con todo lujo de detalles el laborioso y extenso proceso que la producción de medicamentos conlleva. La intervención de la profesora de farmacia, además de proporcionarnos claves para comprender el mundo de la farmacia desde dentro, nos



hizo reflexionar, por su carácter polémico y beligerante, sobre la, en ocasiones fácil y ciega, crítica a las farmacéuticas.

Tras la profesora Veiga llegó el turno de la también alumna de farmacia Ana Eulalia Alba Rodríguez, quien se centró en otro gravísimo y muchas veces olvidado problema de la farmacia en el tercer mundo: el pirateo y falsificación de fármacos. Aunque éste es un problema que se da también en el primer mundo, por ejemplo con las innumerables falsificaciones de la *Viagra* que se venden en internet, su lado más preocupante acontece en los países del tercer mundo. Con cifras escalofriantes, Ana Eulalia Alba nos concienció del daño que estas falsificaciones han llegado a hacer y siguen haciendo. Si las muertes se cuentan por millones, su consecuencia más nefasta es probablemente el obstáculo que suponen para lograr una cura total o al menos un avance significativo en enfermedades como el SIDA o la Malaria, en particular con la resistencia que estos fármacos piratas crean en los virus, haciendo inútiles décadas de investigación.

Por último tuvimos la fortuna de contar en "Pensando el presente: la farmacia moderna" con el Dr. Abel Novoa, médico de familia y presidente de la plataforma "No Gracias", entre otras instituciones. Su ponencia dejó a todo el público impactado, al exponer de forma brillante y con un sinfín de datos y ejemplos, cómo la salud y el bienestar se habían erigido en fines últimos e incuestionados de la vida humana, reduciendo ésta a un culto a la forma física y a un ideal de salud siempre y por principio inalcanzable. El Dr. Novoa denunció la falta de sentido y de reflexión sobre los fines de la vida humana, retomando los temas tratados por Marcos Alonso durante la mañana. En opinión del Dr. Novoa -quien justificó su postura con múltiples estudios, artículos y grandes obras filosóficas- la sociedad contemporánea habría entrado en una vorágine consumista respecto de la salud, que se manifestaría en un apetito insaciable por la tecnología sanitaria, sea ésta beneficiosa o no. El Dr. Novoa acabó su ponencia defendiendo la necesidad de dar un rodeo hermenéutico en lo referente a nuestra salud y no confiar y creer acríticamente en las bondades de la tecnología.

El encuentro finalizó con un interesante debate, en el cual los ponentes respondieron a las preguntas de los asistentes. Este diálogo entre público y ponentes fue, en cualquier caso, una constante a lo largo de la jornada, lo que enriqueció sustancialmente el acto y demostró la implicación de los participantes. El intenso encuentro se cerró, pues, de manera exitosa al haber aumentado nuestro conocimiento y concienciación sobre unas cuestiones bioéticas cuya importancia es innegable y para las cuáles se ha de implicar a toda la ciudadanía –si bien contando especialmente tanto con los expertos en la materia (los médicos y farmacéuticos, en este caso); como con los expertos en la reflexión (los filósofos y demás profesionales humanistas)—. Desde la Asociación TALES continuaremos llevando a cabo actividades de este tipo, e invitamos a todos los interesados a acompañarnos en esta tarea de "Pensar el presente".

**Marcos Alonso**



**Pensando el presente:**

**LA FARMACIA MODERNA**

Encuentro filosofía - farmacia  
(Con médicos, farmacéuticos y filósofos expertos en bioética)

¿Vivimos excesivamente farmacologizados?  
¿Existe una comercialización de la salud por parte de las farmacéuticas?  
¿Sabemos realmente cómo nos afectan los medicamentos?

**Miércoles 10 de diciembre**  
De 10:00 a 19:00 en el Salón de Grados de Filosofía

\*Actividad reconocida con 1 crédito optativo / libre elección  
\*pendiente de aprobación

**TALES**  
Asociación de estudiantes de filosofía  
www.asociaciontales.wordpress.com talesfilosofia@gmail.com

# Caso Clínico Comentado

## Historia Clínica

Se trata de un varón septuagenario, sacerdote de profesión, hipertenso, medicado adecuadamente y sin afectación cognitiva ni psiquiátrica previas conocidas, que, previa activación de código ictus, se traslada a un centro hospitalario de 3º nivel, con sospecha de ictus de arteria cerebral media derecha (ACMd) por la clínica que presenta: déficit sensitivo-motor izquierdo, con posibles hemianopsia, anosognosia y asomatognosia)

El resultado del TC craneal urgente (hiperdensidad en TAC craneal de ACM derecha y borramiento precoz de surcos en hemisferio derecho) confirma el diagnóstico.

El paciente ha arribado al hospital en ventana temporal para realizar fibrinólisis endovenosa (fl.iv.), el único tratamiento con aceptable efectividad en su caso para revertir el cuadro médico y disminuir las secuelas. En todo momento es acompañado por otro sacerdote con el que convive en una residencia de religiosos, quien ha tomado la decisión de llamar al 112, alertando sobre el estado de su correligionario tan pronto descubrió la presencia de dichos síntomas.

En la entrevista está completamente vigil, aunque se le nota “molesto o incómodo con las preguntas” y se descarta que coexistan fallos cognitivos de memoria, lenguaje (salvo una leve disartria) cálculo, razonamiento abstracto..., tampoco se evidencia psicopatología clara, incluyendo alteraciones del estado de ánimo. El estudio analítico completo (hemograma, coagulación, bioquímica y gasometría venosa) resulta negativo. Está en ritmo sinusal.

El paciente recibe con indiferencia el diagnóstico, visiblemente molesto al verse en el ámbito hospitalario, y no acepta el tratamiento recomendado. Parece comprender los riesgos de la fibrinólisis, pues la rechaza radicalmente cuando sutilmente se le explican estos, lo cual podría apoyar la idea de que podía razonar de un modo general y ponderar riesgos.

Su acompañante aclara que al paciente no le gustan los médicos ni los hospitales y consecuentemente no suele ir a controles periódicos de salud y en su opinión esa es la “razón biográfica” por la que no está dispuesto a someterse a dicho tratamiento agresivo. Sin embargo, a los facultativos les parece que al margen de su legítima postura hacia el sistema asistencial, su decisión podría estar sesgada o por una incapacidad para reconocer la enfermedad (anosognosia) como consecuencia del ictus mismo, o más improbablemente, por una negación mental transitoria, (negación patológica) sometido como está a unos agentes estresantes mayores (trasladado con todo “el ceremonial” de una urgencia vital y expuesto a un diagnóstico impactante) La decisión de tratar con fibrinólisis endovenosa ha de ser tomada en unos pocos minutos porque la ventana de tratamiento en la que éste es eficaz está a punto de concluir y en fases posteriores la administración de ese tratamiento podría ser contraproducente.

## Comentario

### Deliberación sobre los hechos

El médico tiene la obligación ética y legal de informar adecuada y verazmente al paciente sobre la naturaleza, gravedad y pronóstico de la enfermedad que padece y sobre sus posibles tratamientos con sus beneficios y riesgos potenciales, adaptando siempre la información al contexto clínico y cultural del paciente.

i) El diagnóstico en el caso clínico expuesto no revistió mayor dificultad pues la anamnesis, y la exploración física y complementaria (signos radiológicos de isquemia incipiente) eran coherentes con un ictus isquémico agudo de un gran vaso, la arteria cerebral media derecha (ACMd). Esto hace que el juicio clínico sea apodíctico o demostrable, pues tenemos una certeza absoluta del diagnóstico.

ii) El tratamiento de dichas enfermedades cerebrovasculares de tipo isquémico en fase aguda, con déficit clínicos importantes, según el estado del conocimiento actual (*lex artis*), indica que el balance riesgo-beneficio de la fibrinólisis endovenosa, como regla general, sólo es positivo en las primeras horas, variando el número de horas en función de la edad, el tipo de arteria afectada y la situación funcional previa del paciente. Entre los riesgos inherentes al tratamiento destaca la posibilidad de que la terapia misma induzca el sangrado en distintos órganos y que si ocurrieren, especialmente en el seno de un cerebro anóxico, puedan empeorar severamente su pronóstico vital.

El profesional no tiene otra terapia etiológica o contra la causa que sea eficaz en las circunstancias de este paciente y en caso de que éste lo rechazara o de que hubiera llegado en una fase clínica posterior (fuera de ventana terapéutica de fl. iv.) el tratamiento se reduciría a ser sólo sintomático y de soporte, ingresando en una unidad especializada (unidad de ictus).

iii) El pronóstico debe expresarse con cautela porque aunque la probabilidad de mejoría es alta, está lejana al 100% de los casos –muchos pacientes no experimentan mejoría- y aunque el riesgo de sangrado es bajo, no es insignificante y sus consecuencias graves. Los porcentajes de riesgo y beneficio exactos de este paciente son difíciles de estimar porque varían en función del tiempo de evolución del déficit (mayor riesgo y escaso beneficio al final del periodo ventana y máximo beneficio con menor riesgo en la hora posterior a la aparición del síntoma). El riesgo de sangrado de este tratamiento recogido en la literatura es muy variable, y oscila entre el 2% y el 19%, y esta disparidad podría explicarse porque los pacientes de dichos estudios han sido valorados en distintos momentos evolutivos y presentaban de base distintos factores de riesgo de sangrado, que los predisponían más o menos al temible efecto adverso del fármaco.

En todo caso estos datos justifican la exigencia de que el paciente o en última instancia si delegara, el “decisor” esté mínimamente capacitado para evaluar el significado del concepto de riesgo estadístico y sus matices. Esta ponderación es tan compleja que si las circunstancias así lo permiten o requieren se suele explicar también a los allegados para que en caso necesario, puedan asesorar al paciente.

El paciente llega al hospital en un periodo en el que el balance para tratar todavía es positivo. El médico informa claramente del tipo de enfermedad y su gravedad, de que existe un tratamiento potencialmente eficaz, y con sutileza también de los riesgos del mismo. El paciente responde con indiferencia y monosílabos y no autoriza por lo que se involucra al único acompañante, otro sacerdote, quien intenta convencerlo, sin éxito.

El juicio clínico de ictus es de certeza o apodíctico pero la opinión del facultativo de que el paciente no está capacitado para rechazar el tratamiento debido a una anosognosia es puramente prudencial, pues se basa en una dialéctica de argumentos de normalidad (prácticamente todos los pacientes en su situación aceptarían el tratamiento) y técnico (la presencia de hemianopsia, asomatognosia y hemianestesia se asocia a menudo con anosognosia y el tipo de respuestas displicentes que aporta también)

## **Deliberación sobre los valores**

### Lista de problemas éticos

1. ¿Está justificado tomar una decisión a favor del tratamiento para aprovechar la ventana de tiempo?
2. ¿Cuándo y hasta qué punto pueden los facultativos decidir por el paciente?
3. ¿Se debe informar al paciente con todo rigor del mal que aqueja? ¿es conveniente enmascarar temporalmente la crudeza del diagnóstico para evitarle el impacto emocional?
4. En el caso de los pacientes miembros del clero (monjes, sacerdotes,...), en caso de necesitar tomar una decisión delegada o en una deliberación ¿a quién se considera su familia más allegada: sus compañeros de congregación o diócesis o a su familia carnal?
5. ¿Está capacitado el paciente en este momento para tomar esta decisión?
6. ¿Es prioritario aceptar la voluntad del paciente a toda costa o proteger su salud a cualquier precio?
7. ¿No sería una irresponsabilidad profesional dejar pasar la oportunidad temporal del tratamiento, con las consecuencias irreversibles que ello puede conllevar?

### Elección del problema a analizar

- ¿Es prioritario aceptar la voluntad del paciente a toda costa o proteger su salud a cualquier precio?

### Identificación de los valores en conflicto

#### i) Beneficencia versus autonomía

Se trata de un paciente vigil, sin historia conocida de deterioro cognitivo ni enfermedad mental, que aparentemente razona adecuadamente en múltiples áreas y rechaza el mejor tratamiento (al menos parece comprender el riesgo del tratamiento). La limitación en este caso es que también parece ignorar o no reconocer el déficit neurológico que está padeciendo y por tanto no está claro que pueda computar el beneficio del tratamiento.

El paciente nunca será dejado desprotegido, pues se le ingresará en la Unidad de Ictus y se le aportará el tratamiento estándar para los pacientes que llegan fuera de ventana de fibrinólisis: sintomático y de soporte. La fibrinólisis es el tratamiento más benéfico o efectivo en este caso pero las tasas de recanalización o de éxito distan mucho de estar cercanas al 100% y los efectos adversos no son desdeñables.

En este dilema se da la paradoja de que garantizar más salud en el momento actual, negando su autonomía, puede permitir que el paciente disfrute de más libertad en el futuro en tanto en cuanto no esté limitado físicamente por las secuelas del ictus.

ii) Aplicar protocolos médicos (medicina basada en la evidencia) que está en el ámbito de la no-maleficencia versus preservar la confianza de la relación médico-paciente, que está en el ámbito de respetar la autonomía

### **Deliberación sobre los deberes**

#### Identificación de cursos extremos de acción

- 1) Actuar: aplicar fibrinólisis intravenosa al paciente en los siguientes minutos aunque no haya consentimiento del paciente ni del sustituto
- 2) Inhibirse: sólo ingresar al paciente y aplicar medidas sintomáticas y de soporte

#### Identificación de cursos intermedios de acción

1. Hablar con el paciente y esto con dos fines: valorar si está capacitado, en primera instancia y si así fuera, tratar de convencerlo/persuadirlo amistosamente. Investigar sobre los valores y expectativas del paciente, su forma de razonar en otros ámbitos, a fin de determinar si ésta es una decisión voluntaria y coherente con su visión de la vida, o si es una respuesta irracional, fruto del miedo, la incapacidad o la negación.
2. Buscar a sus allegados para que éstos, habiendo comprendido la gravedad del caso, pueden consensuar con él una actuación razonable.
3. Preguntar (interconsultar) con carácter urgente a un experto en bioética o en psiquiatría legal por sus conocimientos específicos y si no son fácil y rápidamente accesibles, preguntar a otro neurólogo con mayor experiencia clínica (siempre es más probable que se haya enfrentado en el pasado a una situación similar y pueda aconsejar en base a su grado de *expertise*)
4. Valorar de un modo reglado si el paciente está o no capacitado para negarse al tratamiento.

### Elección del curso óptimo

Se aconseja primero valorar si el paciente tiene autonomía o no, esto es valorar hasta qué punto está capacitado o no:



- 1) Descartar causas mayores de incapacitación: bajo nivel de conciencia, deterioro cognitivo o/y trastorno psiquiátrico graves...
- 2) Exploración refinada para anosognosia: Nos permitirá discernir mejor si el paciente presenta o no anosognosia primaria y en qué grado esta afecta su autonomía. Cuanto más alta sea la sospecha, menor será la confianza en la capacidad decisora del paciente. Hay tests psicométricos que cuantifican el grado de anosognosia.
- 3) Exploración psicológica para discernir capacidad del paciente en el aquí y ahora: nos permitirá conocer si está o no dotado de autonomía plena para valorar esta situación médica en particular (diagnóstico, pronóstico, tratamientos posibles y balance riesgo beneficio,...) y si no es así, en qué grado o sobre qué temas se puede esperar una respuesta adecuada del enfermo. Con este fin se puede pasar la batería de MacArthur de evaluación de capacidad para el tratamiento (MacCAT-T)
- 4) Valorar la evolución en todo momento: a veces clarifica en tanto que acentúa la necesidad y urgencia del tratamiento (vg. si el paciente se deteriora) o todo lo contrario, aconseja ser prudente. (vg. si hay mejoría espontánea de los déficit)
- 5) Deliberación con el paciente: si se decide que el paciente está capacitado total o parcialmente, se ha de conversar buscando persuadir, aportar argumentos, reformularlos, intercambiar puntos de vista, mostrar empatía,... Si esta deliberación no está siendo productiva, se aconseja a menudo invitar a familiares para que participen de ella.

De estos cinco pasos se concluye que hay que ingresar y:

- A) Tratar etiológicamente (fibrinólisis endovenosa):
  - a. Si el paciente lo autoriza expresamente.
  - b. Incluso si el paciente no lo autoriza, pero está incapacitado para decidir porque su anosognosia o cualquier otra causa orgánica o mental lo incapacita (decisión delegada) y siempre y cuando los déficit sean importantes y por ende el beneficio o bien las secuelas esperables sean considerables y tras haber intentado deliberación.
- B) Tratar sintomáticamente y aportar soporte de constantes vitales en el resto de casos.

### **Deliberación sobre las responsabilidades finales**

#### Pruebas de consistencia

TEMPORALIDAD: no se ha actuado de modo precipitado: si se hubiera contado con más tiempo, se habría actuado de la misma manera.

LEGALIDAD: el enfoque elegido no vulnera la legalidad vigente.

PUBLICIDAD: estaría dispuesto a defenderlo públicamente con los argumentos expuestos anteriormente

**Domingo Sánchez Ruiz**  
Neurólogo

## ¿Son los informes la mejor manera de responder a las consultas hechas a los Comités de Ética Asistencial? ¿Cómo hacerlo bien?

Concha Gómez Cadenas<sup>(1)</sup>, Jesús Herrero Vicente, Rubén Benedicto Rodríguez, Concha Thomson Llisterri, Etel Carod Benedico, Merche Forcano García, Carmen Pérez Martínez.

(1) S.A.L.U.D. Servicio Aragonés de Salud. Centro de Salud Monreal del Campo. Teruel. Enfermera. Secretaria del CEAS del sector de Teruel.

Artículo previamente publicado en: F. J. López Frías, P. Morales Aguilera, et al. (eds). Bioética, neuroética, libertad y justicia. Editorial Comares. Granada. pp-133-216. ISBN: 978-84-9045-073-4

**Resumen:** La consulta de casos genera una enorme responsabilidad en los miembros de nuestro CEAS. Se resuelven aplicando el método deliberativo del profesor Diego Gracia. Los informes en los que se comunica la respuesta se realizan con todo el rigor posible, pero aparecen dudas de índole práctica, organizativa: ¿Quién, cómo, en cuánto tiempo debe hacerse? Es ésta una reflexión sobre cómo realizar bien esos informes para transmitir no sólo una respuesta concreta y precisa, fiel a una racionalidad estratégica, sino y ante todo, mostrar la riqueza de la deliberación, que precisa una racionalidad más narrativa y probablemente una redacción menos técnica.

**Palabras clave:** CEAS, Informes, Deliberación, Narración.

### 1. Introducción y objetivos

La consulta de casos, genera una enorme responsabilidad en los miembros del Comité de Ética Asistencial (en adelante CEAS) del sector de Teruel, por ello la resolución del caso, que se lleva a cabo siguiendo el Método Deliberativo del profesor Diego Gracia (en adelante MDDG) se realiza con toda la formalidad y dedicación posible y se pone gran empeño en la elaboración de los informes, dado que éstos son de alguna manera la *respuesta* que hemos elaborado y que facilitamos a la persona que nos ha consultado.

Desde el principio hemos tenido dudas respecto a la elaboración de dichos informes: ¿Quién? ¿Cómo? ¿En cuánto tiempo debe hacerse? La respuesta a estas preguntas es de índole práctica, organizativa, pero el trasfondo, objeto de esta comunicación, pretende ir más allá, y entrar en la reflexión sobre cómo realizar ese informe para transmitir no sólo una respuesta concreta y precisa, sino y ante todo reflejar la riqueza de la deliberación, y ser realmente útil. Evitando traducir en un mero dilema lo que entendemos como un problema ético.

### 2. Material y métodos

- 1.- Revisión del método deliberativo del profesor Diego Gracia. (Gracia Guillén, 2004a, Gracia Guillén, 2004b; Gracia Guillén, 2007; Gracia Guillén, 2008)
- 2.- Revisión de la propuesta del profesor Tomas Domingo Moratalla, elaborada en su libro Bioética y cine de combinar narratividad y deliberación. (Domingo, 2011)
- 3.- Revisión de las diferentes racionalidades que se entremezclan en la elaboración del informe. (Gracia Guillén y Júdez, 2004; Ricoeur, Domingo y Domingo, 2008; Álvarez Álvarez, Teira y Zarora, 2005)

### 3. Resultados

Si la raíz etimológica del término *responsabilidad* es, según nos cuenta el profesor Diego Gracia, la misma que del término *responder* (Gracia Guillén, 2004a) parece bastante procedente la preocupación de los miembros del CEAS por la elaboración del informe que en principio equivale a esa respuesta.

Si entendemos que esta respuesta busca sinceramente ser útil, se trata de servir a la persona que consulta a tomar la mejor decisión. Y, con ello, servir en primera instancia, a los pacientes, para que reciban la asistencia que en esas circunstancias concretas aparece como más prudente. En definitiva lo que estamos intentando es llevar *la deliberación* a la realidad, hacer que la bioética toque suelo, desde el máximo respeto por todos los actores del caso<sup>1</sup>.

Para ayudar en la resolución de problemas éticos:

Primero aplicamos el MDDG. Esto ha supuesto la formación de los miembros del CEAS, tanto desde la teoría, como desde la práctica, realizando periódicamente ejercicios en los que se delibera sobre un caso/ejemplo para familiarizarnos con el MDDG y conseguir esa actitud necesaria para realizar bien esta labor.

En cuanto al método deliberativo, de los tres pasos sobre los que se debe deliberar el primero es el que más fácil resulta de abordar, pues como dice el profesor Diego Gracia, los clínicos nos tomamos muy en serio los hechos, estamos bien acostumbrados a desmenuzar todos los datos y aunque resulte trabajoso, se acomete bien. Pero cuando se llega a los valores nos encontramos con problemas para tratar con ellos, nos cuesta verlos, nombrarlos, formularlos a modo de pregunta, etc. No obstante con disciplina y aplicando el método, se consigue deliberar sobre ellos y llegar al tercer paso, al propio de la ética, los deberes, y de esta forma finalizar el MDDG proponiendo unos cursos óptimos de acción.

En segundo lugar, damos la respuesta elaborando un informe que contiene las recomendaciones acordadas en la reunión en la que se ha aplicado el MDDG.<sup>2</sup> Nuestro CEAS se plantea tres preguntas referentes a la elaboración del informe con las recomendaciones: ¿Quién? ¿Cómo? ¿Cuándo?

Decidimos que el informe no lo elaboraría necesariamente el secretario o el presidente del CEAS, sino que en cada caso, sería aquella persona más capacitada por estar más próxima al contexto clínico o por otro motivo razonado. Decidimos que se realizaría preferentemente entre varios miembros y que se convocaría una nueva reunión para leerlo a todos los miembros antes de entregarlo. Y decidimos que esto se debía hacer con la mayor celeridad posible, dado que en nuestra experiencia cuando alguien presenta un caso al CEAS suele ser en una situación bastante crítica.

Cuando hemos consultado a otros CEAS sobre la elaboración de informes y los posibles problemas que han tenido con ellos, nos han respondido que es muy habitual que la persona a la que se le entrega manifieste cierta sensación de “descontento”.

En uno de los casos analizados en nuestro CEAS se dio precisamente esta situación, cuando se entregó el informe, la persona que lo recibió manifestó su descontento verbalizando que el *tono del informe era frío*, que la *manera de decir*, o proponer cursos de acción le resultaba *molesta* y que aunque no ponía objeciones a éstos, *sí le parecía que no aportaban mucho*. Manifestaba que la sensación era *como si no hubiéramos prestado atención a su problema...*

La sorpresa de los miembros del CEAS fue grande no solo por el gran empeño puesto en la elaboración del informe, sino porque además éste fue mostrado a personas de cierta relevancia en el entorno académico, quienes lo consideraron un buen trabajo.

Cuando se presenta este trabajo, al releer dicho informe se aprecia que se escribe siguiendo los patrones de la elaboración de los informes clínicos, (de los buenos informes clínicos), con un lenguaje directo, y con buen apoyo en evidencias científicas que sostengan la validez de las recomendaciones. Manejando un lenguaje ciertamente frío, y probablemente demasiado imperativo. Se es muy fiel a lo que se había dicho en la reunión del CEAS en la que se deliberó el caso, pero no se trasmite la riqueza de las reflexiones ni la atención que se presta a los valores, es como si se pasara de los hechos a los deberes saltándose este escalón.

Nuestra pregunta es: ¿Por qué no se dejan ver los valores en el informe?

#### 4. Discusión/ Conclusiones

Siguiendo a los profesores Diego Gracia y Tomás Domingo Moratalla parece que estamos trabajando con diferentes racionalidades:

Por una parte tenemos una *racionalidad instrumental*, científica: Es la propia del entorno del entorno clínico, y nos movemos en este entorno, y ésta es la que busca la respuesta válida y certera, la que se nutre de la ciencia natural, la que acostumbramos a usar cuando se elaboran informes médicos. Pero hay que tener cuidado ya que muy próxima a ella estaría la *racionalidad estratégica*, que se considera a sí misma éticamente neutra, y que llevaría a relegar la ética al ámbito de lo privado y de lo íntimo. (Gracia Guillén, 2008: 560-564).

Y precisamente por eso aparece también la *racionalidad práctica* ya que ésta es el tipo de racionalidad propia de la ética: “La racionalidad práctica, el razonamiento práctico, ha de contar con lo concreto, no vale quedarse en lo abstracto (...) lo concreto, las circunstancias, en su conexión –en su relato, en su estructura propia–, es el asunto de la ética narrativa y hermenéutica (también de la bioética narrativa y hermenéutica:” (Domingo, 2011: 77-78) “Yo aquí definiendo que nos encontramos ante un saber práctico, y no un saber teórico, y no ante una racionalidad teórica-pura sino ante una racionalidad impura, situada, hermenéutica, narrativa” (Domingo, 2011: 82)

Por ello, el profesor Domingo Moratalla, aproxima la bioética y la deliberación a la narración, para hablarnos de una *racionalidad narrativa* y si nos estamos planteando cómo elaborar el informe con las recomendaciones del caso, podría ser esta *inteligencia narrativa* (Domingo, 2011: 87)<sup>3</sup> la que necesitamos, ya que es la que busca comprender la situación más que analizarla de una forma “científica”, y para ello necesita conocer más, y entiende la actitud deliberativa que es fundamental para hablar de valores (en este caso de los valores que aparecen en la situación o el caso sobre el que nos han consultado).

Pero antes de avanzar parece necesaria una aclaración que tomo de la propuesta del profesor Domingo Moratalla: Deliberación narrativa, no quiere decir que la deliberación se convierta en narración, o que la narración delibere. “La deliberación es un proceso argumentativo. Y no es lo mismo narrar que interpretar, y narrar e interpretar no es lo mismo que argumentar. La argumentación es la forma de discurso de la ética, y no la narración o la interpretación (...) que la narración (o lo simbólico en general) dé que pensar, no significa que la narración, por sí misma, piense...” (Domingo, 2011: 87)

No se trata por tanto de escribir un relato, pero queda bastante claro que el papel de la narración sirve para aportar empatía, para *mediar y acompañar*<sup>4</sup> (Domingo, 2011: 96) en el proceso de deliberación. Por tanto parece que la ayuda que queremos y debemos prestar pueda ser más importante entendida como acompañamiento o mediación, que entendida como la de dar una respuesta clara y contundente redactada a modo de informe. Puede que si el profesional que consulta siente que se le está acompañando, y comprendiendo en esa difícil situación, parte de la angustia desaparezca y le facilitamos con ello la toma de decisión.

De este modo ya podemos concluir que:

1. El modelo de informe normalmente utilizado para comunicar la respuesta del CEAS es ineficaz ya que no responde a la racionalidad que impregna el fundamento de deliberación.

Y aún más:

2. La imagen del CEAS transmitida con informes “excesivamente técnicos” puede no favorecer los objetivos generales del CEAS.

Veamos por qué: Si, según admitimos en nuestro reglamento del CEAS del sector de Teruel: El fin último de los CEAS es contribuir a la humanización de la asistencia sanitaria y por tanto, mejorar la calidad asistencial. Ayuda a que las decisiones que se toman en relación con las cuestiones de valor de la asistencia sanitaria sean las mejores decisiones posibles. (...). El camino a seguir para la toma de decisiones prudentes es la deliberación. (Reglamento de Régimen Interno Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria del Sector de Teruel. Preámbulo p.1).

Y por otra parte si “La ganancia fundamental de la deliberación para aquellos que la practican, más allá de la ayuda en la toma de decisiones es la formación de ciertos hábitos mentales, como la capacidad de escucha del otro, la capacidad de ponerse en su lugar, asumir el conflicto de interpretaciones y también la incertidumbre. ¿No son éstos también los hábitos mentales cultivados por la narración?” (Domingo, 2011: 113)

Necesitamos para tomar decisiones prudentes fomentar estos hábitos mentales y éstos se ven favorecidos con la narración (no con la redacción de informes técnicos).

Pero hay más, volviendo a reunir narración y deliberación: “La narración es un proceso que, si está bien hecho, nos transforma, es decir, que acabamos pensando de otra forma a como empezamos (...) Deliberar y narrar son procedimientos catárticos” (Domingo, 2011: 112). Esta afirmación la realiza también el profesor Diego Gracia quien habla de “cierta catarsis emocional en la deliberación” (Domingo, 2011: 112).

Esto nos lleva a otra conclusión:

3. En lo que respecta a nuestro CEAS, y a los informes, podría afirmar que cierta catarsis sucede durante la reunión, al aplicar el MDDG. Pero parece imposible que propiciemos ésta en la persona que consulta, si respondemos siguiendo el modelo de informe clínico, y si no logramos lo que Ricoeur llama *refiguración*<sup>5</sup> (Domingo, 2011: 53), perdemos algo muy importante que ayudaría verdaderamente a tomar la mejor decisión.

Una última conclusión sería:

4. Cuando elaboramos los informes siguiendo el modelo *informe clínico* se nos escapa el carácter problemático (que presentan los conflictos éticos) y volvemos al modo dilemático que es precisamente lo que con la aplicación del MDDG pretendíamos evitar.

El modo problemático de abordar la resolución de casos se fija más en el procedimiento mismo que en la conclusión. “*lo importante no es tanto la decisión a la que se llega, sino lo que se muestra, lo que se pone de relieve en el proceso mismo*”. (Domingo Moratalla, 2011: 84)

Abordarlo de este modo (modo problemático), no garantiza una respuesta válida para todos, sino la “*búsqueda de algo adecuado, donde no hay certidumbre sino probabilidad, porque no es cuestión (sólo) de ciencia (episteme) sino de opinión (doxa)*” (Domingo 2011: 84).

Dejo, para terminar, una pregunta abierta: ¿Cómo reflejar en los informes este carácter problemático, esta razón que no es decisionista<sup>6</sup> pero que sí debe dar *respuesta*?

Entiendo que la respuesta va en la línea de cuidar en extremo la redacción y quizá *narrar*<sup>7</sup> (Domingo, 2011: 52) más, en vez de ser tan técnicos, o acompañar en la lectura del informe si la persona nos lo permite para aclarar, matizar, precisar, aportar ese contexto y ese momento de la deliberación que nos facilite al fin ser capaces de redescubrir el problema.<sup>8</sup> (Domingo, 2011: 54).



## Bibliografía

- Álvarez Álvarez J.F.; Teira Serrano D. y Zamora Bonilla J. (2005). *Filosofía de las Ciencias Sociales* (Addenda). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Domingo Moratalla, T. (2011). *Bioética y cine: De la narración a la deliberación*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas: San Pablo.
- (2007) Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética, *Veritas*, 17 (II), 281-312.
- Gracia Guillén, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117, 18-23.
- (2004a). Balance moral del siglo XX: La ética de la responsabilidad. Responsabilidad, término moderno *Ciclo de conferencias sobre responsabilidad*, Fundación Juan March, (Madrid) disponible en: <http://www.march.es/conferencias/anteriores/voz.aspx?p0=149>. (consultado el 7 de enero de 2013)
- (2004b). *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela.
- (2007). *Procedimientos de decisión en ética clínica* (2ª ed.). Madrid: Triacastela.
- (2008). *Fundamentos de bioética* (3ª ed.). Madrid: Triacastela.
- Guillén, D. y Júdez Gutiérrez, J. (Eds.). (2004). *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela.
- Montero Delgado, F. y Morlans Molina, M. (2009). *Para Deliberar en los comités de ética*, Barcelona: CEAS del Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Ricoeur, P. (2008). *Lo justo 2: Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta.

## Notas

<sup>1</sup> En este punto es preciso hacer un inciso, dando más que por supuesto que al paciente o al sujeto sobre el que se actúa clínicamente, se le debe el mayor respeto y teniendo aún más claro cuáles son los principios éticos y deontológicos que mueven la práctica sanitaria, en esta reflexión voy a dejar al paciente momentáneamente a un lado para centrarnos en el profesional que consulta que por una parte “se ha desnudado” ante los demás, y por otra está “angustiado” ante la incertidumbre.

<sup>2</sup> Sobre cómo elaborar el informe con las recomendaciones solo he encontrado información en la obra de Montero Delgado, F. y Morlans Molina, M. (2009). *Para Deliberar en los comités de ética*, Barcelona: CEAS del Hospital Universitari Vall d'Hebron, 189.

“Redacción de la recomendación: la recomendación final debe redactarse con precisión, precedida de manera sucinta de la descripción de los pasos anteriores. \*(1) Si la recomendación no ha sido consensuada por todos, es conveniente hacer constar la opción o opciones minoritarias. En cuestión de opiniones todas valen, y el conocimiento de las discrepancias no supone una merma de la autoridad moral del comité si no que puede ayudar a la decisión final de quien ha consultado, que, en definitiva, es de lo que se trata”

En este CEAS utilizan la deliberación pero no utilizan el MDDG. Los pasos concretos del método deliberativo que usan en este CEAS son: 1. la descripción de los hechos, 2- identificar la voluntad del paciente, 3- identificar los deberes del profesional, 4- identificar el conflicto, 5- identificar la clase de conflicto, 6- valoración legal y consulta de la casuística, 7- argumentación sobre la jerarquización de los principios y los valores en conflicto, 8- previsión de las consecuencias y excepción de los principios, 9- la deliberación, 10- redacción de la recomendación.

<sup>3</sup> Domingo Moratalla, T. (2011): 87: Inteligencia narrativa e inteligencia deliberativa... “una narración supone un proceso estructurante de acontecimientos, discordancias y sucesos. Al seguir una narración somos capaces de lograr una síntesis de lo heterogéneo. Comprender el proceso de estructuración de una narración implica, por tanto, un tipo de inteligibilidad, de racionalidad: inteligencia narrativa o racionalidad narrativa” “La narración desarrolla un tipo de racionalidad más cercana a la de la ética, a la sabiduría práctica, que a la razón teórica, la propia de la ciencia.

<sup>4</sup> Domingo Moratalla, T. (2011): 96 “Al hablar de deliberación narrativa quiero indicar el papel de mediación y acompañamiento que puede llevar a cabo la narración en el proceso de deliberación. La deliberación se ejerce sobre lo particular, lo concreto y empírico, aunque tenga en cuenta lo universal (principios y normas) para lo cual es una muy buena ayuda lo narrativo. Además, deliberar supone empatía y reconocimiento”

<sup>5</sup> Domingo Moratalla, T. (2011): 53, El autor explica como para Ricoeur: “la narración tiene el poder de refigurar, de dar forma, a la experiencia humana del tiempo”

<sup>6</sup> Domingo Moratalla, T. (2011): 84, de nuevo el autor aclara que la razón práctica se entiende de dos modos diferentes uno decisionista y otro deliberativo, en los conflictos éticos no nos encontramos ante razonamientos técnicos, de “cálculo racional” (maximizar preferencias, optimizar resultados) que responden a la mentalidad decisionista, aunque estos no están del todo excluidos y eso hace que confundamos el conflicto ético, como problema (nota al margen: del griego pro-bállo, “arrojar hacia delante”

<sup>7</sup> Domingo Moratalla, T. (2011): 52, Narrar ya que:

para analizar una vida la narración es crucial “una vida narrada es una vida examinada” Nota mía: necesaria la narración no sólo para narrar los hechos sino para poder entrar a deliberar sobre los valores concretos del caso.

“las narraciones ayudan a hacer de la vida biológica una vida biográfica. Nos ayudan a aclararnos, pues contando historias nos contamos a nosotros mismos, damos sentido...” Aquí se apoya tanto en Sócrates como en Landero o en Ortega (razón vital)

<sup>8</sup> Domingo Moratalla, T. (2011): 54

“la metáfora y el relato no son meras formas de adornar el lenguaje y crear un mundo distinto,... sino que son maneras de decir lo que es el mundo, lo que es la realidad, pero lo dice de una manera, de otra forma; de ahí lo de redescipción o refiguración”



# Reseña de Libros

## El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias

Rosana Triviño

Ed. Plaza y Valdés. Madrid, 2014

368 pp. ISBN: 978-84-16032-54-9

Este libro aborda con profundidad un tema controvertido y complejo: la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Su autora, Rosana Triviño, ha investigado a fondo en esta cuestión, y nos ofrece los resultados de la que ha sido su tesis doctoral en filosofía moral, en un libro interesante, bien estructurado y fácil de leer. El interés de Triviño es analizar la cuestión de la conciencia, entendiendo que buena parte de los conflictos planteados están vinculados a cuestiones más graves y amplias, que atañen, en última instancia, a cómo ofrecer cuidados a las personas vulnerables. Para su análisis elige un enfoque feminista y relacional, que aporta nueva luz a este difícil problema.

El libro está dividido en cinco capítulos. En el primero se muestra el contexto en el que suelen producirse los conflictos en relación a la objeción de conciencia. Es evidente que los cambios que se han ido produciendo en la asistencia sanitaria, en concreto el modelo de relación defensor de la autonomía, han influido en el modo de entender la relación entre derechos, deberes, o relaciones de poder, generando más problemas y mayor complejidad.

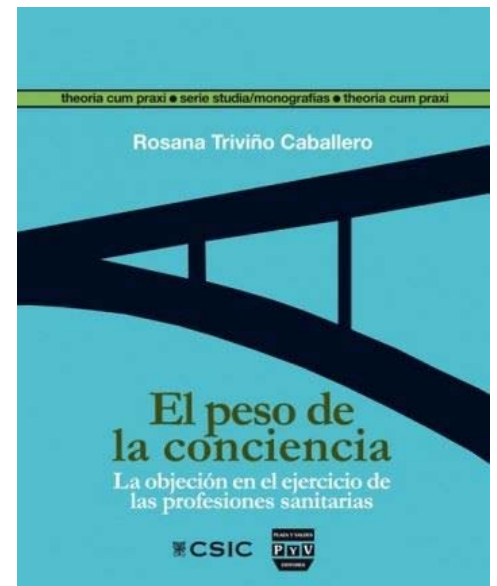
En el capítulo segundo se indican la definición y las características de la objeción de conciencia, cómo ha sido entendida en el pasado, cómo ha evolucionado esta noción y cuáles son las diferentes interpretaciones que de ella se hacen. También se abordan los aspectos legales de la cuestión. Esto se completa con el análisis de los argumentos y posturas empleados en este tema desde la perspectiva bioética. Dichas posiciones oscilan entre un modelo de atención centrado en el paciente, donde se concede prioridad a sus derechos, minimizando la defensa de las convicciones del profesional, y el extremo contrario del modelo centrado en el profesional, que antepone la conciencia de los sanitarios a las demandas de los usuarios. Es el contenido del tercer capítulo.

El capítulo cuatro profundiza en la cuestión de la objeción, planteando cuáles son las posibilidades de su ejercicio y cuáles sus límites. Por supuesto se tratan también las dificultades y el mejor modo de solventarlas: un enfoque deliberativo, cuyo objetivo sería determinar los usos legítimos de la objeción. Desde esta perspectiva, el capítulo quinto, más propositivo y más original, plantea cómo la noción de conciencia tiene que entenderse desde la idea de integridad moral. El profesional sanitario debe desarrollar una serie de cualidades como la empatía, la proximidad, la toma de decisiones compartida, etc. Todos esos rasgos contribuyen a afrontar adecuadamente la complejidad de los problemas que surgen en la asistencia sanitaria. Por eso, el análisis de la conciencia no puede plantearse como una mera reivindicación de un derecho, sino como un ejercicio de la moral, en el que se pone de manifiesto el compromiso profesional. Así, Triviño subraya que las personas que acuden a un profesional sanitario no esperan sólo la provisión de determinados servicios, desde una perspectiva técnica, sino que esperan ser cuidadas, y esto es lo que despierta la conciencia de la responsabilidad moral hacia los usuarios.

Así, los problemas y desajustes entre deberes profesionales y deberes morales son fruto de una mala concepción de la conciencia, como algo desvinculado del compromiso moral con valores propios de la profesión. La conciencia se construye a partir de la interacción de la persona con su entorno, y por eso, las convicciones tienen una dimensión relacional, de la que no pueden prescindir. La conciencia ha de servir para la reflexión moral, donde la responsabilidad hacia el otro ser humano se destaca como un aspecto esencial a considerar.

Como puede verse, se trata de una apuesta por un enfoque nuevo y sólido, que merece la pena leer y pensar. Un magnífico libro que no debemos perdernos.

Lydia Feito



# Me da que pensar: "la responsabilidad"

Pensar sobre el término responsabilidad no resulta sencillo, sin embargo me ha parecido importante dedicar a este término una pequeña reflexión, creo que ésta es necesaria porque el término aparece en el lenguaje actual con mucha frecuencia. Hablamos de responsabilidad colectiva, de responsabilidad individual, de **responsabilidad en las organizaciones** o de **responsabilidad de las organizaciones**, de la responsabilidad de los políticos, de la de los profesionales, y así un largo etc.

En todos los ejemplos mencionados y probablemente en el largo etc. se podría añadir en el lenguaje común "**la falta de responsabilidad**". Una primera cuestión es que cuando empleamos esta palabra en la mayoría de las ocasiones **aludimos a su ausencia**. De esto podemos deducir que en el momento actual se echa en falta la responsabilidad.

Tanto por **lo común del término**, como por **su asociación a la ausencia del contenido del mismo** la reflexión resulta de interés.

Aunque en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española viene en primer lugar la referencia a la responsabilidad legal, la intención es abordar la cuestión desde el sentido moral de la responsabilidad

Acepciones 3 y 4:

*"Cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado."*

*"Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente"*

La primera acepción proporciona una respuesta a por qué se emplea tan a menudo la expresión "**falta de responsabilidad**", y es que la responsabilidad se relaciona con los errores, y cuando no se asume la responsabilidad correspondiente se habla de falta de responsabilidad. El juicio moral acerca de un acto lo hace cada cual, pero no solo, sino que los demás también realizan una valoración del acto y lo califican como bueno o malo "pidiendo responsabilidades", cuando el agente no las asume hablan de falta de responsabilidad.

Otra cuestión que añade complejidad al asunto es la responsabilidad desde el punto de vista de una organización. ¿A quién se le exige el cargo u obligación moral en las organizaciones?, quizá a sus máximos representantes, o quizá solo se le pueda exigir a la organización una respuesta en términos de responsabilidad objetiva, pero este tipo de responsabilidad corresponde al ámbito jurídico y no es objeto de análisis en este texto.

Desde mi punto de vista **es importante la responsabilidad dentro de las organizaciones**, y para ceñirnos a algo cercano, **dentro de las organizaciones sanitarias**.

En cuanto a la responsabilidad de quienes trabajan en una organización sanitaria o de cualquier otro tipo, es **una responsabilidad en cuotas**. No sé si cuota es la palabra más adecuada, pero puede servir para entender la cuestión. Pongamos un ejemplo: una organización sanitaria tiene un fin último relacionado con mejorar la salud de las personas, o disminuir la enfermedad, o curarla si fuera posible, o paliar los daños causados por la misma, hasta aquí todos de acuerdo. La cuestión es que el conocimiento en las disciplinas relacionadas con la salud, es tan amplio que no ha habido más remedio que dividirlo para poder manejarlo adecuadamente en beneficio de la salud de las personas. Si queremos lograr los fines señalados anteriormente es necesario que cada una de las personas que trabaja en el organización lo haga de forma responsable, especialmente los profesionales sanitarios. Y a esto hace referencia el DRAE en el punto 4 de la definición de responsabilidad, cuando señala que es "*la capacidad en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente*".

Dentro de las organizaciones se diluye la responsabilidad de cada uno de los profesionales que intervienen en un proceso. **La distancia entre lo que cada profesional hace y las consecuencias en forma de resultado para la salud de las personas es grande**. Un ejemplo para ilustrar esta cuestión: no es suficiente para curar una enfermedad que se prescriba el tratamiento adecuado, sino que habrá que aplicarlo correctamente y las pruebas diagnósticas deberán haber sido bien realizadas. Además tanto en la realización de las pruebas diagnósticas como en la aplicación del tratamiento intervienen varias personas. **¿Cuál es la consecuencia de la intervención de varias personas para curar una**



**enfermedad?, que los resultados esperados no son atribuibles a la responsabilidad de una sola persona.** Provocando un aumento de la distancia entre nuestros actos y las consecuencias/resultado, digamos que **disminuye la fuerza de la relación entre actos y consecuencias/resultados.** Esto hace que **no nos sintamos tan responsables de los resultados finales.**

Sin embargo me gustaría poner de relieve que la división en cuotas de la responsabilidad frente a un resultado final, no es la manera más adecuada de enfrentarnos a la responsabilidad individual, porque **cuotas muy pequeñas del efecto que producen los actos en los resultados finales pueden alterar considerablemente esos resultados.** Un ejemplo: la defectuosa limpieza de un quirófano puede arruinar el resultado final de la intervención, aunque los profesionales hayan realizado su trabajo de forma absolutamente correcta. A esto es a lo que me refiero con las cuotas de responsabilidad, el servicio de limpieza del hospital no parece que sea quien tiene la mayor responsabilidad en el resultado de la intervenciones quirúrgicas, pero puede arruinar un buen trabajo.

Siempre que planteo la reflexión sobre un problema intento aportar alguna idea para afrontarlo, y para esta cuestión de la responsabilidad creo que una buena opción **es el reconocimiento del trabajo que realizan los demás y su valoración. La exigencia de responsabilidad relacionada con el desempeño de un trabajo es una forma de reconocer el valor de una persona en el seno de una organización.**

Uno de los problemas de las grandes organizaciones sanitarias es precisamente la dilución de responsabilidades relacionada con la división del trabajo. Todos somos responsables al mismo tiempo, pero pocas veces se piden o se exigen responsabilidades de forma concreta. **Bajo el paraguas de la responsabilidad colectiva se diluye la individual,** lo que atenúa el sentimiento de responsabilidad personal disminuyendo el interés por ser unos profesionales excelentes, pero **los profesionales sanitarios no nos podemos permitir la mediocridad porque la salud es un valor muypreciado y somos los encargados de velar por ella en la sociedad.**

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

Correo electrónico: graciaal@gmail.com



*Las gotas de rocío nos permiten apreciar la tela de araña en la que se posan*  
Foto: Gracia Álvarez



## Farmacia, reflexión... y cine

A propósito del encuentro que se celebró en la Facultad de Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid el 10 de diciembre de 2014 para debatir sobre la farmacia y la filosofía (organizado por la Asociación de Estudiantes de Filosofía-Tales-, y, en concreto, por Marcos Alonso), me parece que puede ser muy pertinente abordar el tema con la ayuda del cine.

No se trata de buscar en las películas un ejemplo de lo que la reflexión enuncia. Presento sólo tres películas, sin ánimo de exhaustividad. Son sólo un motivo para ayudar a la reflexión, para lanzar el pensamiento, y utilizarlas como auténtico laboratorio de nuestro juicio moral.

Son muchas las películas que han tratado el tema de la farmacia, de las industrias farmacéuticas o del consumo de ciertos fármacos. Me permito recomendar al lector que vea, si es que no las ha visto, estas tres películas –de calidad dispar–. Las tres suponen una auténtica invitación a la reflexión: *El jardinero fiel*, *Sin límites* y *Efectos secundarios*.



*El jardinero fiel* (Fernando Meirelles, 2005, Reino Unido) nos cuenta la historia de Justin Quayle (R. Fiennes), un diplomático británico destinado en Kenya cuya mujer es asesinada junto a un hombre sospechoso de ser su amante, un activista defensor de los derechos humanos de la región. Quayle decide a partir de este suceso investigar los asesinatos, y comienza a descubrir la poderosa presencia de las empresas farmacéuticas en un mundo globalizado.



*Efectos secundarios* (Steven Soderbergh, 2013, Estados Unidos) es una historia altamente complicada que se desarrolla en el mundo de la psicofarmacología, e intenta mostrar la diversidad de intereses que lo mueven. La protagonista es Emily (Rooney Mara), una joven que se vuelve adicta a un nuevo medicamento que le receta su psiquiatra (Jude Law) para que pueda controlar su ansiedad ante la inminente salida de la cárcel de su marido (Channing Tatum), pero los efectos secundarios aparecerán en escena... La alambicada trama, llena de giros sorprendidos, intenta mostrar la perversión de las empresas farmacéuticas.

*Sin límites* (Neil Burger, 2011, Estados Unidos) cuenta la historia de Eddie Morra (Bradley Cooper), un escritor que lentamente va perdiendo sus capacidades, y al mismo tiempo cierto éxito en la vida. La película comienza con el abandono de su novia, con su editor que amenaza con despedirlo —si no entrega el manuscrito prometido—, y su casera que amenaza con el desalojo. Y en esta situación, un viejo amigo le pasa una pastilla de la misteriosa droga NZT; el consumo de esta droga lo transforma en un torrente de ideas y habilidades, las cuales le llevan a obtener el éxito con el que siempre había soñado.



Los temas son diferentes y las pretensiones de las películas también son distintas. Sin embargo podemos ver una trama común, un hilo argumental que las enlaza, el cual nos permitiría con buen criterio utilizarlas en un curso (debate, o sesión) sobre farmacia y ética. En la primera película (“El jardinero fiel”) nos situamos en el nivel global, las grandes empresas farmacéuticas controlando la vida de personas y países enteros. Las cuestiones que suscita la película se refieren al ámbito de una sociedad globalizada que requiere una ética de la responsabilidad a gran escala. La segunda que mencionamos (“Efectos secundarios”) se mueve en el entramado de las relaciones sociales afectadas por

los psicofármacos; estamos en un nivel medio, referido a relaciones humanas próximas. La tercera (“Sin límites”) cuestiona el uso, y abuso quizás, de una droga “inteligente”; esta película se centra en un nivel personal e individual.

Son tres aproximaciones, tres perspectivas que van de lo más global (y general) a lo más individual (y personal) pasando por lo social. No obstante cada una de estas tres películas muestra también las implicaciones en los otros ámbitos, lo que nos lleva a pensar, la necesidad de considerar la interdependencia de las diferentes perspectivas. La reflexión global sobre las empresas farmacéuticas no puede dejar de tener implicaciones también para las dimensiones más próximas y cercanas. Por otra parte, plantear el problema personal del uso de fármacos también implica necesariamente cuestiones de justicia, de distribución de recursos y de políticas globales.

Las tres películas nos sumergen en una gran cantidad de interrogaciones y preguntas. Vistas las tres conjuntamente no hacen más que multiplicar exponencialmente el nivel interrogativo. Merece la pena, también por honestidad intelectual y vital, sumergirnos, narrativamente al menos, en este enjambre de problemas.

El cine, el cine que gira en torno a la farmacia, sigue dando que pensar.

**Tomás Domingo Moratalla**  
 Profesor de Filosofía Moral y Política  
 Universidad Complutense de Madrid



# Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [10<sup>th</sup> World Conference. Bioethics, Medical Ethics & Health Law.](#) Zefat Bioethics Forum. Jerusalén, Israel. 6-8 Enero 2015.
- [Four day intensive course in bioethics mediation.](#) 5, 6, 12, 13 Enero 2015. Montefiore-Einstein Center for Bioethics instructors.
- [Advanced european bioethics course 'suffering, death and palliative care.](#) Nijmegen. Holanda. 10-13 Febrero 2015.
- [IX Seminario Internacional sobre la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO "ADN y desapariciones forzosas".](#) 16 de febrero de 2015, Aula Magna de la Facultad de Derecho, Universitat de Barcelona.
- ["Ethics and Professionalism In Health Care. Backgrounds, Frameworks, Challenges" International Conference for Young Scholars.](#) 9-13 Febrero 2015. Institute for Medical Ethics and History of Medicine, Ruhr University Bochum.
- [Genomics and ethics in research and medical decision-making.](#) 12-13 Marzo 2015 Cincinnati, Ohio.

## Bibliografía y fuentes de Bioética



- Tomás, J.F.: *Javier Gafo: Bioética, teología moral y diálogo.* Colección Cátedra de Bioética. Universidad Pontificia Comillas. Madrid, 2014.
- N. Levy: *Neuroética. Retos para el siglo XXI.* Avarigani. Madrid, 2014.
- Rubinfeld, S. - Benedict, S.: *Human Subjects Research after the Holocaust.* Springer. 2014.
- Ammar, A. - Bernstein, M.: *Neurosurgical Ethics in practice: value based medicine.* Springer, 2014.
- Akabayashi, A.: *The future of Bioethics. International Dialogues.* Oxford University Press, 2014.
- Marcos, A.: *Voluntades anticipadas.* Dykinson, 2014.
- Clausen, J., Levy, N. (eds.): *Handbook of Neuroethics.* Springer, 2014.
- Dickens, B.M., Erdmann, Johann, E., Cook, R.J.: *Abortion Law in transnational perspective.* University of Pennsylvania Press, 2014.
- Cabezas, M.: *Ética y emoción.* Plaza y Valdés, 2014.
- Agar, N.: *Truly human enhancement: a philosophical defense of limits.* MIT Press. Cambridge, MA, 2014.
- Somerville, M.A.: *Death talk: the case against euthanasia and physician-assisted suicide.* Oxford University Press, 2014.
- Casado, A. (ed.): *Autonomía con otros. Ensayos sobre bioética.* Plaza y Valdés, 2014.
- Alvarez, J.A. & López, S. (coords.) *Ensayos sobre ética de la salud.* (5 vols.) Casa Abierta al Tiempo. México, 2014.
- Boonin, D.: *The non-identity problema and the Ethics of future people.* Oxford University Press, 2014.
- Loughlin, M.: *Debates in values-based practice. Arguments for and against.* Cambridge University Press, 2014.