

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

Trabajo en equipo P.2

Próximos y lejanos P.7

La letra pequeña de la vida P.10

La discusión sobre el aborto en Chile P.11

Caso clínico comentado P.14

Ética individual de máximos... P.18

La duda y el dudar P.27

Desde la redacción

Lo humano nos emociona. Lo humano está por todas partes. Parece que en una sociedad como la nuestra solo se percibe el horror, la corrupción, el egoísmo, la desgana, la tristeza. Pero basta con mirar alrededor para ver que hay muchas personas luchando por un mundo mejor, dejándose la piel por otros seres humanos, contribuyendo con su esfuerzo a que las cosas funcionen, haciendo cosas muy importantes, y también otras pequeñas pero necesarias.

De hecho, hay más actividades, más compromiso e incluso más reflexión, en los grupos que se organizan desinteresadamente y deciden hacer algo, que en las iniciativas institucionales, muchas veces lentas y torpes en dar respuesta a los problemas. El vigor de la sociedad civil se pone de manifiesto cada día. Hay muchas más ideas y dinamismo en ese tejido, que soporta buena parte de la sociedad y resuelve con más agilidad, allá donde no llegan otras ayudas, construyendo con responsabilidad algo realmente importante. Lo vemos con las organizaciones no gubernamentales (ONG) que igual están intentando salvar vidas en las zonas más afectadas por el ébola, o repartiendo alimentos para los que aquí al lado, en nuestras calles, no tienen recursos.

Dentro de la campaña "Somos" que, desde 2012, trata de promover la acción solidaria a través de ONGs, se ha hecho muy conocida la teoría de la solidaridad, defendida por E. Punset, Directora del Laboratorio de Aprendizaje Social y Emocional de la Universidad Camilo José Cela, quien ha mostrado en sus estudios que hay una correlación entre los comportamientos altruistas y la felicidad. Así, la solidaridad no sólo tiene un efecto positivo en aquellos que reciben ayuda, sino que también incrementa el bienestar de quien ofrece esa ayuda. Se podría decir que la solidaridad es, se mire por donde se mire, un factor de felicidad.

Hay cientos de actos heroicos cada día. Los de las personas que intentan ayudar, aliviar el sufrimiento o defender a otros de la injusticia. Los de quienes trabajan y "se manchan las manos", sin perder la sonrisa. Hay tanta humanidad entre nosotros, tanto corazón, tanta solidaridad, de la que apenas nos damos cuenta, que queda oculta bajo cosas mucho más visibles y lamentablemente frecuentes: la maldad, la corrupción, el egoísmo. Conviene destacar y visibilizar que hay mucha "gente buena" a nuestro alrededor. Que el mundo seguirá horrorizándonos con su tozuda maldad, pero contra ella estarán luchando personas que, simplemente, son seres humanos y actúan como tales.

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

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

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

Consejo Editorial

Directora: D^a. Lydia Feito Grande

Colaboradores:

D^a. Gracia Alvarez Andrés
D. Juan Pablo Beca Infante
D. Agustín Domingo Moratalla
D. Javier Estebanz
D. Diego Gracia Guillén
D^a Nuria Guerrero Puga

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:
boletinbioetica@gmail.com



La necesidad de equipos con talento

En el mundo empresarial cada vez se insiste más en que lo importante no es sólo tener una excelente formación sino, sobre todo, haber desarrollado buenas actitudes. Tener talento, apasionarse y comprometerse con la tarea profesional y la empresa, la capacidad de liderazgo, las habilidades para motivar, tener creatividad y ser capaz de adaptarse al cambio, son las claves para el éxito, y lo que, según muestran los datos, se está buscando en los procesos de contratación. El recurso fundamental es el talento, pero es un bien escaso, y por ello algunos incluso diagnostican un fenómeno, que viene produciéndose desde los años 90 del siglo XX, al que denominan “guerra por el talento” (MICHAELS, HANDFIELD-JONES, AXELROD, 2003). Se trata de un punto de inflexión en cuanto a cuál es el factor determinante para el trabajo en las empresas (en ámbitos como la gestión, la contratación, la dirección, etc.): la clave es el talento.

Encontrar personas que tengan talento y una actitud positiva de trabajo resulta esencial porque es más sencillo capacitar a una persona con buena actitud, que cambiar una mala actitud en un empleado muy capaz. (NORDSTRÖM, RIDDERSTRALE, 2000, 2008) Disponiendo de empleados motivados, y con líderes de grupo con talento, los equipos pueden trabajar, generando ideas creativas y diferenciadoras, fundamentales para la supervivencia en el competitivo mundo empresarial.

Y es que el trabajo en equipo es una magnífica estrategia, ya que genera sinergias que contribuyen al desarrollo de mejores respuestas a los problemas. Se cita con frecuencia la frase de Michael Jordan: «el talento gana partidos, pero la inteligencia y el trabajo en equipo ganan campeonatos». La suma de energías individuales es más poderosa que el trabajo unipersonal, y las aportaciones de los diferentes individuos, con sus talentos, conocimiento experto y especialidad, permiten optimizar el rendimiento.

Equipos en el ámbito sociosanitario

En el ámbito sociosanitario es impensable que cada profesional actúe aislado y de modo individual. Su labor se inscribe en el marco de grupos e instituciones, en las que tiene relaciones con

otros profesionales de muy diversos sectores. La relación intraprofesional, es decir, entre los colegas de profesión, es la más evidente y aparentemente sencilla de analizar, pues se da entre profesionales con una misma formación y objetivos, pero no está exenta de dificultades, pues las labores que desempeñan son diferentes y, por ello, los intereses que cada uno defiende son distintos. Junto a esa relación intraprofesional está la interprofesional, que engloba todo el espectro de relaciones que se establecen, por razón del trabajo que se realiza, con profesionales de otras disciplinas y también con otros trabajadores que desempeñan una labor vinculada a la tarea sanitaria. El caso paradigmático de esta relación es el que se da entre médicos y enfermería.

Por supuesto, no son sólo los enfermeros y los médicos las profesiones que deben colaborar, también se relacionan con los gestores, con personal que trabaja en diferentes ámbitos del cuidado de la salud (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, rehabilitadores, psicólogos, etc.), o en profesiones que tienen relación con la medicina (biólogos, personal de laboratorio en general, técnicos de diversos ámbitos, etc.). La red de interacciones en que tienen que desempeñar su labor los profesionales sociosanitarios en la actualidad es enorme, por la complicación de los sistemas, por la diversificación y especialización de los saberes y servicios, y por los modos de trabajo en equipo que se van imponiendo como el mejor sistema para poder prestar una atención global, con múltiples perspectivas y abordajes complementarios. De ahí la importancia de una buena gestión y desarrollo de las relaciones entre profesionales.

Medicina y enfermería

Las profesiones sanitarias en general cobran su sentido de la búsqueda, prevención y mantenimiento de la salud, entendida ésta como un elemento básico que posibilita el desarrollo de las capacidades personales. El trabajo en equipo es esencial para lograr este objetivo. No obstante, es muy destacado el desencuentro entre profesionales médicos y profesionales de enfermería –si bien forma parte también de los tópicos recurrentes no siempre expresivos de la realidad cotidiana—.

La tarea de enfermería ha sido entendida clásicamente como mero complemento de la profesión de la medicina, sin embargo, las transformaciones de la enfermería han dado lugar a una reivindicación de un rol más acorde con sus capacidades y con su situación. El papel de la mujer en la sociedad, la mayor competencia profesional, el alto nivel de formación, la ruptura de los modelos paternalistas son, entre otros, factores que hacen imposible pensar en un rol de subordinación como el que existía antiguamente.

Sin embargo, aunque su objetivo es común y aunque el cuidado es algo que compete a ambas actividades, es claro que las obligaciones profesionales de los médicos se dirigen mayormente a actividades de curación y tratamiento, mientras que las de los enfermeros están centradas en el cuidado. Deslindar ambas tareas es absurdo, puesto que no sólo tienen presupuestos comunes sino que la mejor manera de obtener buenos resultados es la colaboración y el trabajo en equipo. La exigencia de excelencia no permite ya una lucha de competencias en la que se aseguren tan sólo los mínimos. La búsqueda de la calidad en la asistencia sanitaria obliga al entendimiento de los profesionales de uno y otro campo.

Esto quiere decir que hay una labor de curación, necesaria para la eliminación de los problemas cuando éstos se presentan, y también una labor de cuidado, necesaria para el acompañamiento y ayuda a la persona en ese proceso. Dejando de lado el hecho de que una y otra definen sus funciones incorporando, necesariamente, parte de la otra, también es verdad que, en su diferencia, una no puede entenderse sin la otra. Una curación sin cuidado daría lugar a una acción meramente técnica y mecanicista, deshumanizada. Un cuidado sin curación sería compasión y ayuda sin esperanza. En algunos casos estas situaciones son inevitables. Sin embargo, lo deseable es que ambas se articulen para ofrecer una acción eficaz y solidaria, con un alto nivel de corrección técnica y moral. Por eso es imprescindible la colaboración.

La única relación posible entre médicos y enfermeras/os —como con el resto de los profesionales— es el trabajo en equipo y el respeto mutuo. Esto exige que ambos se reconozcan como profesionales competentes cuyo objetivo es común, si bien las tareas que cada uno realiza son distintas, aunque relacionadas.

El trabajo en equipo

El trabajo en equipo es una necesidad, por varias razones: (1) la organización laboral de los sistemas sanitarios, basada en la especialización, lo que obliga a que el médico recurra a otros profesionales para poder abordar los distintos aspectos relacionados con la salud de los pacientes; (2) la interdisciplinariedad, que, más que una moda, es una expresión de la complejidad de la realidad. En el ámbito sanitario, los saberes se han ido haciendo más complejos, y se ha tomado conciencia de la multitud de perspectivas y abordajes necesarios para

tener una visión completa de la situación, lo cual exige un trabajo en equipo; (3) el mismo objetivo perseguido: la salud y el bienestar de las personas, implica una relación entre especialidades médicas, otros profesionales sanitarios y también no sanitarios, pues son muchos los factores que pueden afectar a la salud; (4) el trabajo en equipo supone, además, una mejora de la atención sanitaria, e incluso es exigible por la seguridad del paciente.

Este último aspecto es de enorme relevancia. Hay datos que apuntan que el trabajo en equipo puede ser un mecanismo para evitar los errores médicos, y por tanto sirve al objetivo de la seguridad del paciente. (BAKER, D.P. ET AL. 2005) La comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención a un paciente —como en otros entornos del trabajo de los médicos, por ejemplo la gestión sanitaria— es esencial para la actualización de la información y la visión más completa de la situación, lo que supondrá un mejor abordaje de las decisiones a tomar. Y si bien la interdisciplinariedad hace complejo el funcionamiento de los equipos, aporta una enorme riqueza de perspectivas. Además, el trabajo en equipo supone la anticipación a las necesidades del otro miembro, la capacidad de adaptarse a las acciones de otros y a un entorno cambiante, y el conocimiento del modo correcto de los procedimientos, para poder determinar cuándo se está produciendo una desviación y, por tanto, un posible error, y evitarlo o corregirlo. La pericia o grado de conocimiento experto de cada uno de los miembros del equipo es un recurso precioso para lograr una cierta monitorización del trabajo que se está realizando, lo que es clave para la seguridad. (MOHR, J.J. ABELSON, H.T., BARACH, P. 2002. SALAS, E. ET AL. 2003).

El trabajo en equipo es diferente de un mero grupo de trabajo, si bien éste es parte del primero. En un equipo circula información importante, pero se establecen ciertas pautas de trabajo que hacen innecesario, al menos hasta un cierto punto, que se expliciten todos los procedimientos: los equipos más efectivos son aquellos en que sus miembros son capaces de anticiparse a las necesidades del otro, y de coordinarse sin apenas necesitar decirlo, lo que es ventajoso en situaciones de tensión o urgencia. Los individuos que pertenecen a un equipo optimizan sus recursos determinando las funciones de cada uno, reubicando dichas funciones cuando es necesario, generando mecanismos de compensación y retroalimentación, y desarrollando estrategias para resolver los problemas cuando éstos surgen, permitiendo la adaptación, el cambio y la mejora.

Todo esto no surge espontáneamente, ni es fruto de la amistad. Supone una labor previa de entrenamiento del equipo, una implicación en el mismo, y una convicción tácita de su eficacia, basada en la confianza.

Para lograr que los profesionales trabajen en equipo es necesario compartir ideas y modelos respecto a la tarea a realizar y las funciones a desempeñar dentro del equipo; enseñar habilidades de comunicación, adaptabilidad, liderazgo, etc.; entrenar al equipo en situaciones "piloto" que sirvan para elaborar mecanismos de toma de decisiones, soluciones ante los imprevistos, modos de adaptación a los cambios, sistemas de prevención de errores, etc.; establecer claramente las responsabilidades de cada uno, no sólo respecto a la tarea, sino también respecto al propio equipo; y actualizar periódicamente los conocimientos proporcionando reciclajes y sesiones de grupo para resolver los conflictos y tensiones. (SALAS, E., CANNON-BOWERS, J.A., JOHNSTON, J.H. 1997)

El trabajo en equipo exige, además, ciertos requisitos: el primero de ellos es la voluntad de formar parte de un grupo para cooperar al servicio de un objetivo, como puede ser la atención al paciente, la evitación de los errores, etc. Para ello es necesario que existan comunicaciones efectivas entre los miembros del grupo, recursos organizativos y ciertas capacidades que deben adquirirse y desarrollarse, en lo que se refiere a conocimientos, habilidades y también actitudes.

Las capacidades cognoscitivas hacen referencia a ciertos conceptos que subyacen a la tarea del equipo. Es imprescindible que exista un marco de conocimientos compartidos, para poder trabajar. En muchos casos, esos conocimientos se presuponen, sin embargo, no está de más actualizar o revisar cuáles son las cuestiones esenciales que es necesario saber para poder desarrollar la tarea. En el caso de un equipo interdisciplinar o un grupo en el que no pueda suponerse que todos comparten los mismos conocimientos, será prioritario que haya un proceso de adquisición de los datos esenciales.

Estas capacidades cognoscitivas van acompañadas de las relativas a habilidades. De modo similar, los miembros del equipo deben conocer cuáles son las herramientas, físicas o metodológicas que deben emplearse y cuáles son las acciones o conductas establecidas como idóneas para el logro de los objetivos. Pero además, el trabajo en equipo exige que se aprendan o desarrollen habilidades específicas de la colaboración en el trabajo: capacidad de interactuar con otros miembros del equipo con un nivel mínimo de eficacia, capacidad de comunicación, capacidad de resolver las disparidades de criterio o los conflictos de un modo razonado y propositivo, capacidad de controlar la tensión, capacidad de delegar, colaborar y/o liderar, etc.

Este tipo de capacidades se relaciona claramente con el tercero: las capacidades actitudinales. En este caso se hace referencia a los estados personales que influyen en el trabajo del grupo generando una predisposición positiva o produciendo distorsiones, resistencias o desconfianza. Cada persona habrá de evaluar cuál es su tarea específica, cómo interactúa con otros miembros del equipo, cuáles son sus fuerzas y sus debilidades, si puede desarrollar su tarea sin el concurso de otros o requiere asistencia,

en qué términos se establece ésta, y cuáles son las responsabilidades que cada uno asume.

Conviene tener en cuenta que el trabajo en equipo es algo que se aprende y se entrena, no surge espontáneamente ni es fácil. A ello cabe añadir que cuanto mayor es la disparidad de conocimientos y actitudes de los participantes, mayor será también la necesidad de establecer modos de trabajo compartido. El equipo requiere, por ejemplo, que se hayan clarificado las competencias de cada miembro, que se hayan habilitado los mecanismos de colaboración, ayuda o asesoramiento, que se generen estrategias para la resolución de conflictos, que exista una estructura clara y transparente de toma de decisiones, que se introduzcan vías para la mejora del trabajo (que pueden incluir la evaluación de las tareas realizadas, siempre que sean un modo de mejorar la calidad, y no un sistema para el desprestigio, la descalificación o el menosprecio del trabajo), etc.

Diseñar procesos de entrenamiento para mejorar el trabajo en equipo es un reto al que no siempre se presta la atención adecuada. Es verdad que los equipos operan en ambientes complejos y dinámicos con componentes multifactoriales, en donde la toma de decisiones es difícil, evoluciona rápidamente, genera una cantidad ingente de información, puede incluir restricciones de tiempo o de recursos, se mueve en el ámbito de la incertidumbre, y sus consecuencias pueden ser graves. Pero precisamente por ello, el mejor modo de afrontar estas dificultades es mejorar el trabajo en equipo.

Actitudes positivas para el trabajo en equipo

Como es sabido, la formación de las actitudes es siempre la tarea más compleja en los procesos educativos. Los conocimientos y las habilidades pueden abordarse desde planteamientos más intelectuales, menos comprometidos con la identidad de los individuos. Sin embargo, las actitudes afectan a elementos no sólo de comportamiento, sino de convicciones y creencias personales, modos de reaccionar ante las situaciones, o de gestionar los conflictos, en donde es esencial un proceso de autoanálisis y autocrítica, que puede ser promovido, acompañado y entrenado, pero que exige una voluntad y un compromiso por parte de la persona. De ahí la enorme dificultad de cambiar actitudes. Muchas de ellas, además, son resultado de la propia manera de ver el mundo y enfrentarse a él, y derivan de la experiencia personal, de los valores que se han aprendido desde etapas muy tempranas de la vida o de las tradiciones culturales que han dotado de sentido la vida de las personas. Por eso están fuertemente arraigadas y operan de un modo muchas veces inconsciente.

En un interesante trabajo de investigación, A. NOVOA (2007) aborda los modelos vigentes en la actividad profesional de los médicos, a qué obedecen dichas prácticas y en qué medida son susceptibles de cambio. Los médicos tienen, de modo incluso inespecífico y sin haberlo hecho reflexivamente consciente, un cierto modo de actuar, fruto de lo aprendido, de las experiencias vividas, de los contextos en que se integra su actividad profesional, etc., que condiciona desde las decisiones clínicas, hasta los modos de relación con los pacientes, con el resto del equipo, o con la organización. Esos modelos tácitos, aun siendo muy útiles como herramientas para afrontar las situaciones a las que se enfrenta el médico, no tendrían la capacidad de adaptarse al cambio si no se hacen explícitos y se valoran en tanto que dotación de sentido para la propia actividad.

Pues bien, los resultados de este estudio apuntan que la capacidad de adaptarse al cambio, es decir, de criticar y poner a prueba los paradigmas epistemológicos vigentes, es mayor en los médicos más jóvenes. Por tanto, parece que los procesos de aprendizaje y experiencia no contribuyen a fomentar una perspectiva más reflexiva y ponderada, sino más bien a un mayor dogmatismo. Habría, así, una suerte de regresión a situaciones más inflexibles, que no son compatibles con la búsqueda de la excelencia, basada en la revisión y el cambio con miras al perfeccionamiento.

Esto es relevante en las relaciones entre profesionales sanitarios, pues la perpetuación de ciertos modelos organizativos y de interacción que propenden a este “endurecimiento”, daría como resultado una mayor dificultad de promoción del cambio. La experiencia tendría un efecto deformador que impediría revisar prácticas institucionalizadas o habituales.

Para resolver esta dificultad, Novoa propone un “currículum formativo en epistemología” que toma como punto de partida la identificación de necesidades de los propios médicos y que se basaría en: la formación en bioética, como herramienta para la detección de conflictos o contradicciones cognitivas; el aprendizaje de aspectos psicológicos importantes para la relación clínica; el conocimiento y reflexión sobre los procesos de toma de decisiones, juicio clínico y solución de problemas, etc.

Con todo ello se podría avanzar hacia la formación de “profesionales reflexivos” (D. SCHÖN, 1992, 1998), es decir, personas capaces de evaluar críticamente su propia práctica y los supuestos (epistemológicos, emocionales, etc.) que subyacen a su modo de actuar, incorporando un modelo más constructivo, en el que se asume que el conocimiento experto es algo que se construye y reconstruye dinámicamente, alcanzando mejoras a través del cambio. Sin duda, este planteamiento es más favorable a un cambio de actitudes, que tiene repercusiones no sólo en la práctica individual, sino en la labor de equipo.

Es posible afirmar que, a pesar de la dificultad para modificar los modelos arraigados, es posible formar las actitudes, ciertamente no por la vía de la imposición dogmática, sino a través de la propuesta de una reflexión, individual y compartida, sobre las actuaciones que posibilitan un mejor logro de los objetivos, y aquellas que lo impiden, entorpecen o dificultan.

Hay estudios que muestran, por ejemplo, que una actitud de confianza entre los miembros de un equipo es esencial para su buen funcionamiento. Las personas cuya actitud está orientada más favorablemente al trabajo en equipo, obtienen mejores resultados en la toma de decisiones al considerar los beneficios de compartir la tarea y valorar una aproximación grupal como superior a la individual, frente a quienes tienden a considerar como sinónimos el éxito y la competición, de un modo más individualista.

En buena medida, capacitar a los profesionales para el trabajo en equipo supone una reflexión sobre el potencial individual, sobre la propia personalidad, sobre los problemas de comunicación, de gestión del tiempo o de autocontrol, es decir, no basta con promover valores como el compromiso, es necesario antes determinar cuáles son las dimensiones personales o grupales que lo posibilitan o dificultan.

Este tipo de aproximaciones son las que han ido aportando, desde la psicología, autores como D. GOLEMAN, H. GARDNER (1996, 2002) y otros, que, abriendo y ampliando el concepto de inteligencia, han enfatizado la necesidad de analizar las competencias de los individuos no sólo cognitivas o de destrezas, sino actitudinales. Su influencia en cuestiones educativas, de gestión y de ética de las organizaciones ha sido muy grande. Así, GOLEMAN (1996, 1999) habla de una “inteligencia emocional”, ligada a conceptos como la empatía o la comunicación, que determinaría un “cociente emocional” simultáneo y complementario del “cociente intelectual” que mide los aspectos más intelectuales de la inteligencia. Ser consciente de esta otra inteligencia, desarrollarla y potenciarla es esencial para mejorar los comportamientos, los estilos de gestión, las actitudes ante los demás, la planificación de actividades, etc. En su opinión, el éxito personal y profesional depende mayormente de la inteligencia emocional que de la “convencional”, pues se refiere a aspectos de relación social e interpersonal que no están garantizados por tener muchos conocimientos.

Los dominios de la inteligencia emocional son el conocimiento y el manejo de las propias emociones, la motivación, el reconocimiento y comprensión de las emociones de los otros, y la gestión de las relaciones a partir de dichas emociones. Lo que puede ser entrenado a fin de ser mejores líderes, desarrollarse mejor en las organizaciones, o trabajar en equipo. Por eso, existen aplicaciones de la inteligencia emocional en el trabajo, que están siendo tomadas en consideración por las empresas.

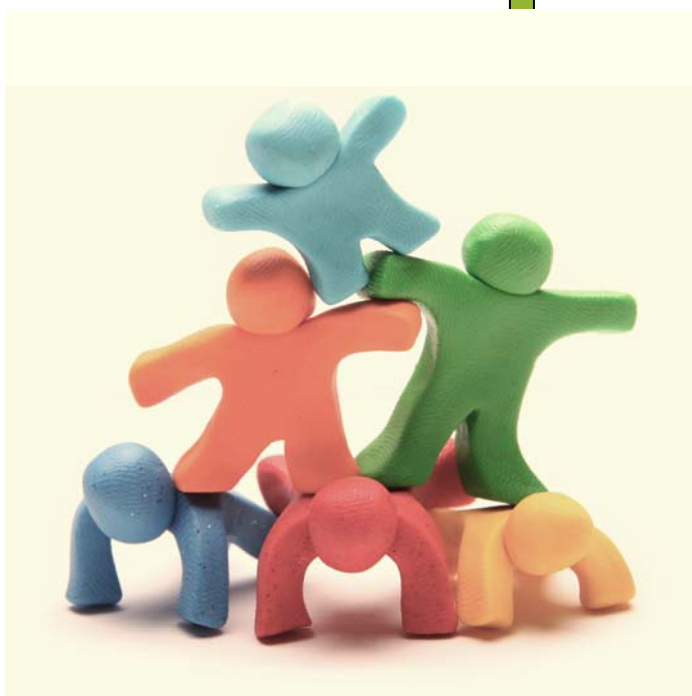
Por supuesto, sería una ingenuidad pensar que el trabajo en equipo se desarrolla al margen de factores contextuales de la organización que sin duda determinan buena parte de esos comportamientos. Es necesario que se analice cuál sería la estrategia que, a nivel de la institución u organización, podría mejorar el trabajo y, por ende, la calidad en la prestación de los servicios sanitarios. Es también evidente que hay organizaciones que promueven actitudes de confianza, transparencia, colaboración y eficiencia, mientras que otras no han alcanzado ese nivel de compromiso con la calidad. Y que es exigible que las instituciones establezcan el marco adecuado para el logro de los objetivos. Por ello es esencial tener en cuenta las aportaciones de la ética de las organizaciones. Sin embargo, también hay un compromiso profesional que asume cada individuo, al margen del contexto más o menos favorable en que tenga que desempeñar su labor, y que exige ser responsable con la realización más adecuada de su tarea, colaborar con el grupo, y promover actitudes que redunden en una mayor calidad y, en última instancia, en un beneficio para los pacientes, para los profesionales, para la organización y para la sociedad en su conjunto.

El trabajo en equipo y la formación de las actitudes de colaboración son, así, exigencias éticas para un desarrollo profesional adecuado. Apostar por la calidad, por promover la responsabilidad, la implicación y la colaboración, es deseable por los beneficios que reporta, pero exigible por la importancia de los valores que lo sustentan (confianza, veracidad, cohesión, diálogo, etc.), que se verán así mejor realizados.

Lydia Feito
Profesora de Bioética
Universidad Complutense de Madrid

Bibliografía

- M. de los Reyes et al. (2001) «Relaciones entre profesionales sanitarios» *Medicina Clínica* 117 pp.339-350.
- P. Simón, I. Barrio (2000) «Medicina y enfermería» en Cortina, A., Conill, J. (eds.) 10 palabras clave en ética de las profesiones. Verbo Divino. Estella. Pp.213-255.
- D. Goleman, C. Cherniss (2005) *Inteligencia emocional en el trabajo: cómo seleccionar y mejorar la inteligencia emocional en individuos, grupos y organizaciones.* Kairós. Barcelona.
- Schön, D. (1998) *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan.* Paidós. Barcelona
- BAKER, D.P., GUSTAFSON, S., BEAUBIEN, J., SALAS, E., BARACH, P. (2005) *Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-based Relation. Literature Review.* AHRQ Publication No. 05-0053, April 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/qual/medteam>
- GARDNER, H. et al. (2002) *Buen trabajo. Cuando ética y excelencia convergen.* Paidós. Barcelona
- GOLEMAN, D. (1996) *Inteligencia Emocional.* Kairós. Barcelona.
- GOLEMAN, D. (1999) *La Inteligencia Emocional en la Empresa.* Javier Vergara Editor, Barcelona.
- MICHAELS, E., HANDFIELD-JONES, H., AXELROD, B. (2003) *La guerra por el talento.* Ed. Universitaria Ramón Areces. Madrid.
- MOHR, J.J., ABELSON, H.T., BARACH, P. (2002) «Creating effective leadership for improving patient safety.» *Quality Management in Health Care* 11 pp.69-78.
- NORDSTRÖM, K., RIDDERSTRALE, J. (2000) *Funky business.* Pearson Educación. Madrid.
- NORDSTRÖM, K., RIDDERSTRALE, J. (2008) *Funky business forever.* Prentice Hall. Madrid.
- NOVOA, A. (2007) *Pensamiento crítico y creencias epistemológicas en los médicos de un área de salud de la región de Murcia.* Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Departamento de Ciencias Sociosanitarias.
- SALAS, E., CANNON-BOWER, J.A., JOHNSTON, J.H. (1997) «How can you turn a team of experts into an expert team?: Emerging training strategies.» En: Zsombok, C.E., Klein, G. (eds.) *Naturalistic Decision Making.* Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey. pp. 359-70.
- SALAS, E., SIMS, D., KLEIN, C., BURKE, S. (2003). *Can Teamwork Enhance Patient Safety?* Forum, Risk Management Foundation, Harvard Medical Institutions.
- SCHÖN, D. (1992) *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones.* Paidós. Barcelona.
- SCHÖN, D. (1998) *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan.* Paidós. Barcelona





Próximos y lejanos

Sometiendo a un somero análisis el tema del nepotismo, llegábamos en el anterior artículo a la conclusión de que a los familiares, amigos y allegados se les debe una cierta prioridad, *siempre y cuando con ella no se lesionen los deberes de justicia que tenemos para con todos los demás*. Este es uno de los asuntos en los que resulta de todo punto conveniente y útil la distinción entre ética de máximos y ética de mínimos. Con los más próximos a nosotros compartimos vínculos muy íntimos, que sin duda tienen relevancia moral, ya que son expresión de valores compartidos. Pero la ética de mínimos, las relaciones de justicia, y por tanto de no discriminación, no segregación o no marginación de unos respecto de otros, nos obliga a tratar por igual a todos en aquellas cuestiones básicas que se rigen por el principio de igualdad.

Esto, que en el caso del nepotismo se dice respecto de las relaciones individuales, vale también para las sociales y políticas. Es algo que hoy vivimos de modo espasmódico en nuestra sociedad. ¿Tienen los ciudadanos de Cataluña derecho a la autodeterminación? ¿Y los de España? ¿Cabe confundir una nación o una nacionalidad con un Estado? ¿Qué es un Estado? ¿Quién es el depositario de ese término tan traído y llevado, y por lo general tan poco y mal analizado, que es el de “soberanía”?

Parecerá que esto no tiene nada que ver con lo anterior. Pero basta afinar un poco el análisis para ver que se trata de lo mismo, bien que en un ámbito distinto. Aquél era el privado, relativo a las relaciones entre los individuos. Éste es el público, el de las relaciones de los individuos con el Estado y de los Estados entre sí.

La palabra “soberanía” es tan utilizada, que parecería haber existido siempre. Esto les sucede a todos esos términos que se convierten en indiscutibles, pareciendo que han tenido que ser siempre tan claros como los consideramos hoy. Las palabras, como todo, pueden solidificarse, cosificarse decían los viejos marxistas, de tal modo que adquieren la categoría de dogmas fijos e indiscutibles. ¿Quién se atrevería a decir hoy algo en contra de la democracia? ¿Y quién se atreve a poner en cuestión, o simplemente a discutir, el término soberanía?

Soberanía es un vocablo relativamente moderno. Se gesta en la Edad Media, naturalmente, en latín, con el nombre de *majestas*. Su primera definición la dio un francés del siglo XVI, Jean Bodin, en su obra *Les Six Livres de la République*, aparecida en 1576. El propio Bodin la tradujo al latín, apareciendo diez años después, en 1586, con el título *De Republica libri sex*. Lo que en esta edición denomina *majestas*, aparece en el texto francés con el nombre de *souveraineté*. No es que Bodin introdujera el término en las lenguas romances, que ya existía con anterioridad (hay testimonios en castellano, al menos, desde 1366). Pero él es el que hace el esfuerzo más importante por definirlo.

En efecto, en el capítulo octavo del libro primero, Bodin intenta precisar el concepto de soberanía. Lo define como “el poder absoluto y perpetuo de una república”, o, como dice el texto latino, *majestas est summa in cives ac subditos legibusque soluta potestas*, el poder o la potestad absoluta respecto de los ciudadanos y súbditos, exenta del cumplimiento de las leyes. El soberano es quien dota de legitimidad a las leyes, por tanto fuente de ley, y como tal superior a ellas, de tal modo que no está vinculado por ellas, si bien, añade Bodin, el buen

sabr  actuar juiciosa y prudentemente y, por tanto, se atenderá a ellas. Lo que desde luego no se podrá es sancionarle o penarle por su incumplimiento.

Sólo él tendría potestad para hacer eso. La  nica sanción posible sería la autosanci n.

La soberanía es la prerrogativa propia y la nota definitoria del Estado civil. En el que dieron en llamar "estado de naturaleza" no hay soberanía, salvo aquella que tiene cada uno sobre sí mismo. Y no la hay precisamente porque aún no se ha constituido el Estado civil. Este Estado es un poder, un gran poder, y quien detenta ese poder es aquel a quien compete el nombre o título de "soberano". Bodin, que era un acérrimo defensor del absolutismo político, consideraba que la soberanía era prerrogativa del "monarca" (que etimológicamente significa: poder en una persona). A partir de Rousseau, se diría que el sujeto de la soberanía es el "pueblo". El sujeto de la soberanía pasa de ser individual a convertirse en colectivo. Pero, como buen romántico, Rousseau tenía una idea un poco utópica del pueblo. Eso es lo que le hace escribir en el *Contrato social* frases como esta: "El soberano, por la sola razón de serlo, es siempre lo que debe ser". En cualquier caso, a la altura del siglo XVIII todo el mundo entendía que el pueblo era la nación, esa estructura política con tanta vigencia en Europa a partir, sobre todo, de la paz de Westfalia.

Pero volvamos a Bodin. El soberano tiene poder absoluto, hasta el punto de que est  por encima de las leyes civiles. Pero Bodin tiene claro que hay otras leyes de las que no est  exento. Lo dice repetidamente. "En cuanto a las leyes divinas y naturales, todos los príncipes de la tierra están sujetos a ellas y no tienen poder para contravenirlas"; "el poder absoluto de los príncipes y señores soberanos no se extiende, en modo alguno, a las leyes de Dios y de la naturaleza"; etc.

Esto de las leyes de Dios y de la naturaleza nos suena, probablemente, un poco lejano. Pero es claro que con ello Bodin nos está diciendo que la potestad absoluta del soberano se circunscribe al ámbito de las leyes civiles, no a esas otras leyes que son previas a ellas. Hoy no las llamaríamos leyes de Dios y de la naturaleza, pero sí leyes, principios o categorías éticas. Una cosa es la política y otra la  tica, y la política gozará de soberanía en su campo, pero tiene por necesidad que estar sometida a las leyes de la  tica. Lo demás sería inhumano, es decir, inhumano. No, en el soberano no se identifican el ser y el deber ser.

 Y cuáles son estas leyes de la  tica? Al menos hay una, como quedó claro en nuestro análisis del tema del nepotismo. Se trata de la justicia. Ante ella todos hemos de ser iguales, porque si algo prohíbe es la discriminación, la marginación o la segregación de unos respecto de otros. También resulta obvio, en estos tiempos de globalización, que ese criterio no hay que confinarlo a los límites de los Estados westfalianos, sino al mundo entero, al globo terráqueo, a la humanidad toda, presente y futura. Si retomamos la idea de Rousseau de que el depositario de la soberanía es el pueblo, habría que decir que hoy, a estas alturas de la vida y de la historia, ese pueblo no puede ser otro que la Humanidad como un todo, como sujeto colectivo.

Los politólogos dirán que todo eso está muy bien, pero que la soberanía política necesita tener límites más concretos y precisos. Soberanos son los Estados. Y probablemente tengan razón. Pero entonces será necesario introducir lo que Khrushchev llam  "soberanía compartida". Hay diferentes niveles de soberanía, uno que afecta a toda la humanidad y otro menor, restringido a los límites de los Estados.  Por qué la necesidad de esta última? Por razones históricas, por la existencia de vínculos entre sus miembros, por valores compartidos, por lengua, etc., etc. Estamos otra vez en el tema de las relaciones entre  tica de máximos y de mínimos, o de los deberes para con los próximos y los extraños. Nadie dice que no haya deberes para con los primeros, pero a condición de afirmar seguidamente que ellos nunca podrán ir

en contra de los deberes para con los segundos, que son deberes prioritarios, deberes de justicia. Por un amigo no puede cometerse una injusticia, decíamos en la entrega pasada. Pues bien, lo mismo hay que afirmar ahora, aplicado al terreno político. Las leyes de un parlamento soberano pueden buscar el máximo beneficio de los próximos, pero sin lesionar las relaciones de justicia para con todos los demás. Su soberanía no llega a tanto, como con insistencia llamativa puso de relieve Bodin.

¿Qué se deduce de todo esto? La falta de legitimidad de todos los Estados actuales. Si bien se mira, seguimos viviendo en el “estado de naturaleza”. No hemos llegado al “Estado civil”, aunque nos lo creamos. Los Estados actuales buscan su propio interés o beneficio, las más de las veces promulgando leyes o dictando normas que van en claro perjuicio de otros Estados u otros grupos, es decir, que desde el punto de vista de la humanidad en general son clara y flagrantemente injustas. Habría que decir que el juego de la política es un ejercicio de puro y refinado nepotismo. Se beneficia al próximo en perjuicio sistemático del lejano.

Todo esto parece y es muy teórico. Pero de ello pueden extraerse algunas importantes consecuencias prácticas. En nuestro país estamos en una lucha permanente a propósito de la soberanía de los pueblos. Lo primero que se confunde es un pueblo, una nación, con un Estado. Y de ahí se quiere sacar la conclusión de que las llamadas nacionalidades, cosa que nadie sabe muy bien qué es, tienen derecho a convertirse en Estados, es decir, a ser soberanos. A ellos se les oponen quienes, muy westfalianamente, argumentan que el Estado no se confunde con la nación, y que además Estados son los que son en la historia europea. Ellos son los depositarios de la soberanía. Es un debate del que no saldrá nada positivo. ¿Por qué no pensamos un poco más en la soberanía como condición propia de la Humanidad como un todo, y nos paramos por unos momentos a pensar en que los Estados nacionales que no respeten esa soberanía global son por definición ilegítimos? ¿Por qué, en vez de convertir la política en algo así como un mercado persa, no buscamos remoralizar de verdad la vida política? Hay próximos y hay lejanos, pero la vida política no será digna mientras no parta del convencimiento de que todos somos seres humanos. Nadie es soberano para atentar contra el respeto debido a la humanidad. Todo lo demás es mala retórica, que también la hay buena.

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid

La letra pequeña de la vida

Esta semana he conocido a Joan Massagué, premio príncipe de Asturias, pude conversar con él unos minutos después de que impartiera la lección con la que inauguramos el curso en la UIMP. Aunque contamos con la presencia del Ministro Wert y todo su equipo, el interés informativo no estuvo en las palabras de la autoridad política sino en las palabras de la autoridad científica de este profesor cuando dictó la conferencia que llevaba por título *Ciencia y cáncer: conquistar la metástasis*.

A su juicio, antes del año 2050 el cáncer estará tan controlado como lo están ahora las infecciones con las que comenzábamos el siglo XX. Con una claridad no exenta de rigor y un lenguaje comprensible nos explicó la historia de esta reciente alianza entre la investigación científica y el cáncer. El plan para atajar el elevado número de muertes no está sólo en la temprana detección del tumor, sino en la necesidad de conocerse bien a uno mismo y evitar que decaigan las defensas con las que resistir. Para ello debemos prestar más atención a las metástasis, que provocan el 90% de las muertes.

Gracias a la ingeniería genética y las posibilidades que nos ofrece para descifrar y leer la estructura genética, podemos conocer cómo organizar la resistencia de nuestras células a la misteriosa y capilar diseminación el cáncer. No lo planteó como una lucha fácil pero sí como una carrera compleja, realista e interdisciplinar en la que no hay que desanimarse, en la que hay que seguir probando un fármaco y otro sin tirar la toalla. Pidió insistir con perseverancia desde todos los frentes, incluso el cultural y moral porque el tipo de vida que se lleva condiciona la organización de nuestras resistencias.

Nos presentó la estructura genética como una cartografía de letras, como un código complejo cuya estructura se está descifrando aceleradamente. Resulta sorprendente comprobar la proximidad que hay entre este tipo de investigación científica y la creación artística o ficción literaria. Lo puso de manifiesto la novelista que este año ganó el Planeta, Clara Sánchez, cuando unas horas más tarde y en la misma sala, analizó su obra y las secuelas de la crisis. Nos invitó a romper con la pereza y recordar que las crisis nos deben servir para cambiar y, sobre todo, para prestar mucha atención a la letra pequeña de la vida.

Agustín DOMINGO MORATALLA

Publicado el viernes 4 de julio de 2014, en LAS PROVINCIAS. GRUPO VOCENTO

La discusión sobre el aborto en Chile

Juan Pablo Beca I.

Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo
jpbeca@mi.cl

Artículo publicado en *Rev Chil Pediatr* 2014; 85 (4): 418-420

El problema del aborto ya no es el que existió en Chile hasta mediados de los años sesenta en que se hablaba de “epidemia” de abortos provocados que causaban más de 300 muertes maternas al año (1). También han cambiado la visión y las legislaciones sobre derechos sexuales y reproductivos de la mujer en el mundo. Recientemente se ha abierto en el país una nueva discusión social, la que pronto será parlamentaria, sobre las condiciones y los alcances de una posible modificación de actual legislación para despenalizar o legalizar el aborto en algunas situaciones. Este tema, como en muchos países, genera mucha polémica y ella se realiza no sólo con sesgos por las diferencias de valores, creencias y experiencias, sino de manera muy polarizada por posiciones ideológicas, lo cual genera gran dificultad para aceptar las legítimas diferencias de opinión y para conseguir consensos mínimos. Los pediatras, si bien no nos enfrentamos a decisiones profesionales en el tema, somos consultados por nuestra condición de médicos y porque de alguna manera actuamos como consejeros genéticos, perinatales, familiares o de adolescentes embarazadas. Este breve análisis se presenta para contribuir a que cada pediatra adopte una posición personal debidamente fundamentada y razonada sobre el tema del aborto, junto a una actitud de respeto por las opiniones y decisiones de otros profesionales o de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno, lo cual equivale actualmente a un peso de nacimiento de menos de 500 g o a menos de 22 semanas de gestación. Sin embargo, en la actual discusión se ha hecho evidente que persiste confusión en las definiciones, razón por la cual se ha propuesto un glosario que unifique conceptos y favorezca un diálogo fructífero (2). En lo fundamental, y en particular para la propuesta legislativa, se considera terapéutico al aborto inducido con la intención de proteger la salud o la vida de la embarazada cuando éstas se encuentran en grave riesgo.

Las otras dos condiciones en que la mayoría de las legislaciones lo autoriza son el aborto eugenésico, que es el inducido con la intención de evitar el nacimiento de un niño severamente malformado o portador de una anomalía fetal incompatible con la vida post-natal, y el aborto por abuso sexual que se refiere al aborto inducido de un embarazo como consecuencia de un hecho denunciado y constitutivo del delito de violación o de incesto.

Mundialmente se estima que ocurren 42.000.000 de abortos provocados al año, 48% de los cuales son inseguros, la gran mayoría de los cuales ocurre en países del tercer mundo, con alta mortalidad (3). El número de abortos no se conoce de manera confiable y las cifras de egresos hospitalarios por aborto incluyen tanto abortos espontáneos como complicaciones de abortos inducidos. En Chile, los egresos por esta causa son del orden de 30.000 al año por lo que se estima que habría 90.000 abortos anuales. Sin embargo, la mortalidad materna por aborto no pasa de 4 casos al año. Existe una relación inversa entre el acceso a control de natalidad y el número de abortos en un país, hecho que quedó claramente demostrado en Chile a partir de 1965 en que se introdujo la anticoncepción en la atención primaria de salud, seguida de una significativa disminución de la mortalidad materna. Los métodos abortivos son variados y en años recientes ha aumentado el acceso al aborto inducido por fármacos con lo cual disminuyen las complicaciones para la mujer.

El aborto constituye una realidad en todos los países y, por lo tanto, su discusión es una necesidad, especialmente en las sociedades contemporáneas que son plurales y no reconocen códigos morales únicos o impuestos por autoridades. De esa discusión social debería surgir una legislación que refleje la opinión ciudadana mayoritaria. Las leyes respectivas son por lo tanto diferentes en cada país y la gran mayoría de ellas respeta la vida antenatal rechazando el aborto como forma de regulación de la natalidad, permitiéndolo sólo ante situaciones calificadas y con plazos definidos, condiciones que varían de un país a otro. Muy pocos países, entre ellos Noruega, Suecia, algunos Estados en EE.UU. y recientemente Uruguay, aceptan el aborto libre o a demanda, y sólo 6 países

prohíben el aborto inducido por cualquier causa: Chile, El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Malta y El Vaticano. En nuestro país, desde 1989 el aborto está legalmente prohibido y penalizado por la modificación del artículo 119 del Código Sanitario que actualmente dice “No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto” (4). Con esta modificación, se eliminó la autorización para interrumpir el embarazo con fines terapéuticos que antes contemplaba esa norma, por lo que esta práctica puede quedar sujeta a las sanciones que fija el Código Penal en esta materia.

Recientemente en Chile el Gobierno ha anunciado que propondrá legislar sobre el aborto, sea a través de un nuevo proyecto de ley o patrocinando alguno de los cuatro proyectos de iniciativa parlamentaria previamente presentados. Estas propuestas coinciden en despenalizar el aborto, es decir hacerlo no punible, en situación de grave riesgo de vida o de salud de la embarazada, feto no viable, y ante embarazos por violación. Resulta evidente que cada una de estas tres situaciones requiere ser precisada, lo cual será motivo de discusión parlamentaria en su oportunidad, debiendo contar con la mejor asesoría posible de los especialistas que correspondan.

La realidad actual es que en Chile, de acuerdo con la *lex artis* de la práctica médica, se interrumpe el embarazo en los casos extremos de riesgo de vida de la madre pero se evita llamar aborto a estas interrupciones. Las decisiones se toman con dudas y temor, tardíamente y consultando innecesariamente a comités de ética o a los abogados institucionales. La razón es que la interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas de gestación está tipificada como delito en nuestro Código Penal y, aunque en la práctica no se penaliza, podría ser causa de denuncia judicial. Falta pues un marco de seguridad legal y judicial que permita decisiones médicas adecuadas, oportunas y no penalizadas (5,6). Otros escenarios, probablemente menos categóricos que el anterior son el de la mujer que está gestando a un hijo severamente malformado o no viable después de su nacimiento, o el de la portadora de un embarazo producto de una violación confirmada o de incesto. Estos casos dramáticos no tienen respuesta en la actual legislación, aunque la opinión mayoritaria de los chilenos justifica el aborto en esas situaciones (7). El principal argumento que se aduce para el rechazo del aborto bajo cualquier circunstancia es que ante el conflicto de valores entre la protección de la vida fetal y el derecho a decidir de una mujer se debería optar por la defensa de la vida del que está por nacer. En el otro extremo, quienes defienden

el aborto libre lo hacen basados en el derecho de la mujer a disponer de su propio cuerpo. Aunque nadie está abiertamente en contra de la protección de la vida humana ni de la libertad de la mujer, el problema está en que los juicios morales, para ser razonables, deben admitir excepciones y requieren hacerse cargo de situaciones concretas y frecuentes como las señaladas. Esto es lo que se busca al aceptar que la legislación elimine la penalización del aborto ante situaciones debidamente precisadas. En otras palabras equivale a aceptar un mal menor ante situaciones en las cuales no existe una solución óptima que sea aceptada por todos.

Ante una posible modificación de nuestra legislación sobre el aborto, en la discusión actual tan enormemente polarizada, se ha hecho evidente el temor de algunos a que una despenalización del aborto ante casos excepcionales pueda abrir la puerta a futuras disposiciones excesivamente liberales. La respuesta frente a este temor es que la legislación debe reflejar la opinión mayoritaria de una sociedad, que permitir excepciones a la penalización no obliga a nadie a actuar de esa manera, y que futuras posibles modificaciones deberán ser discutidas en su oportunidad. También se ha argüido acerca del derecho a la objeción de conciencia y se le ha confundido con el derecho de las instituciones a tener su propia regulación. Ante este argumento es importante precisar que la objeción de conciencia es un derecho personal a rechazar el cumplimiento de determinadas normas jurídicas por considerarse éstas contrarias a las creencias éticas o religiosas. No puede entenderse como un derecho colectivo, pero las instituciones pueden definir sus normas por acuerdos internos conforme a su misión, respetando las objeciones de conciencia de sus profesionales y el marco jurídico vigente.

La literatura médica chilena ha publicado relativamente poco sobre el tema del aborto. La Revista Chilena de Pediatría publicó un documento del Comité de Ética de la Sociedad Chilena de Pediatría en 1998. En los últimos 15 años se han publicado en Chile 91 artículos que se refieren al aborto, de los cuales 22 son en revistas médicas, la mayoría de los cuales se refiere a abortos espontáneos, a causas médicas específicas o a opiniones personales. El aporte de estas publicaciones a la actual discusión social y legislativa resulta por lo tanto insuficiente.

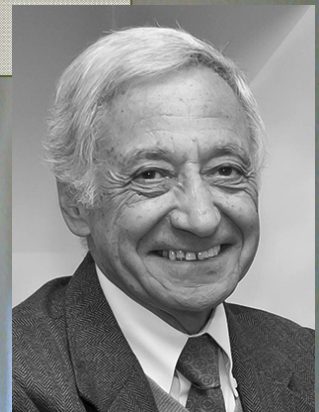
Los pediatras necesitan desarrollar más sensibilidad y alerta ética ante el drama humano del aborto, reconocer los inevitables sesgos personales y respetar las diferentes opiniones profesionales o ideológicas. En base a esta actitud cada pediatra necesita asumir una posición personal fundamentada y no ampararse sólo en la letra de la ley, lo que es tan frecuente en nuestro afán legalista que reduce el tema a lo que está permitido o no permitido en una ley o en su reglamento. Cabe recordar que los profesionales, en

este caso los pediatras, tenemos un deber de apoyar y de educar a nuestros pacientes y sus familias, sin juzgar sus criterios o decisiones.

Referencias

- 1.- Castro R: Iniciativa FIGO de prevención del aborto inseguro: visión desde el Ministerio de Salud. Rev Chil Obstet Ginecol 2009; 74: 73-6.
- 2.- Centro de Bioética, Fac. Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Glosario para la discusión sobre el aborto, 2014. Disponible en <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2014/05/ABORTO-GLOSARIO.pdf>
- 3.- Singh S, Wulf D, Hussain R, et al: Abortion worldwide: a decade of uneven progress,. Guttmacher Institute, 2009. Disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>
- 4.- L ey num. 18.826, 1989. Sustituye artículo 119 del Código Sanitario.
- 5.- Besio M: Aspectos bioético del aborto en Chile (1). Rev Chil Obstet Ginecol 2013; 78: 256-8.
- 6.- Molina R: Aspectos bioéticos del aborto en Chile (2). Rev Chil Obstet Ginecol 2013; 78: 259-61.
- 7.- Dides C, Benavente MC, Sáez I: Estado del arte sobre aborto en Brasil, Chile, México y Nicaragua. Editorial Flacso-Chile 2011. Disponible en http://issuu.com/flacso.chile/docs/estado_del_arte_parte1.
- 8.- Comité de Ética Sociedad Chilena de Pediatría: El aborto terapéutico. Rev Chil Pediatr 1999; 70: 86-7.

En estos momentos en Chile existe una profunda y amplia discusión sobre la legislación sobre el aborto. Juan Pablo Beca, médico pediatra, impulsor y director hasta hace un año del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina (Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo), y persona de gran actividad, recorrido profesional y prestigio en el mundo de la bioética, nos ofrece aquí algunas de sus reflexiones al respecto. En el contexto de este debate el Centro de Bioética ha propuesto un "Glosario" para la clarificación de términos, tan fundamental en este tipo de discusiones.



Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

Cristina tiene 17 años y llega al servicio de urgencias de un hospital presentando deshidratación grave y dolor abdominal. Su madre la acompaña y su padre se reúne con ellas muy pronto.

Cristina tiene una historia de varios ingresos en el hospital por pérdidas de peso graves y deshidratación. Es diagnosticada de inflamación aguda del páncreas y la vesícula biliar, secundaria al diagnóstico de anorexia nerviosa. Cristina mide 168 cm y pesa 36 kg. Al preguntarle a la madre por el historial de Cristina, niega que su hija haya tenido un desorden alimentario. El padre explica que Cristina es una gimnasta muy entusiasta y que entrena mucho.

La siguiente semana un equipo especializado en tratar a adolescentes con este tipo de problemas intenta hablar con Cristina directamente sobre su salud y el plan de tratamiento. Ella, a pesar de ser inteligente y estar atenta, se agita y se enfada como respuesta a la mención de un desorden alimentario o de la anorexia. La madre la defiende y le pide al equipo que no molesten a su hija.

Cristina ha permitido inicialmente que le coloquen una sonda de alimentación nasoyeyunal y una vía intravenosa para fluidos. Sin embargo, más tarde le pregunta suspicaz a la enfermera que trae una nueva bolsa: "¿Cuántas calorías tiene eso?" También pide que le quiten la vía. La enfermera intenta convencer a Cristina de que el único modo de recuperarse es con rehidratación y nutrición. La paciente lo acepta y no intenta quitarse la vía.

Mientras tanto, el estudio de su caso por parte del servicio de cirugía concluye que es necesario extirpar la vesícula biliar. El cirujano va a hablar con Cristina en su habitación, para explicarle el procedimiento y pedir consentimiento, estando la madre presente. Ambas están de acuerdo y se realiza la cirugía.

Tras la operación, cuando Cristina recupera la capacidad de comer por boca, tacha sistemáticamente todos los alimentos del menú diario, dejando exclusivamente sopa o caldo. Empieza a preguntar cuándo puede marcharse del hospital.

Cristina se ha recuperado del proceso agudo, pero el equipo médico está cada vez más preocupado por su salud a largo plazo, pensando que es peligroso darle el alta sin un tratamiento para su desorden de alimentación. Sin embargo, Cristina no quiere hablar de ello, y se niega a aceptar ningún programa o tratamiento. Dice que se encuentra bien, y sólo desea marcharse del hospital.

El equipo solicita ayuda al comité de ética preguntando si sería apropiado colocar un tubo de alimentación a la fuerza, en contra de los deseos de la paciente.

Comentario

Deliberación sobre los hechos

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición. La anorexia se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y por una percepción distorsionada del propio cuerpo que hace que el paciente se vea gordo aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado. Por ello inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos.

Normalmente comienza con la eliminación de los hidratos de carbono, a continuación rechaza las grasas, las proteínas e incluso los líquidos, llegando a casos de deshidratación extrema (anorexia restrictiva). A estas medidas drásticas se le pueden sumar otras conductas asociadas como la utilización de diuréticos, laxantes, purgas, vómitos provocados o exceso de ejercicio físico (anorexia compulsiva o purgativa). Las personas afectadas pueden perder desde un 15% a un 50% de su peso corporal.

Se produce un cambio de conducta. Estos pacientes tienden al aislamiento. También son habituales la rigidez, la obsesión y la dependencia de la familia. Suelen tener sentimientos de desamparo, ansiedad y depresión, baja autoestima, miedo a perder el control y desconfianza. Suelen darse trastornos obsesivos-compulsivos.

Desde el punto de vista físico, se producen alteraciones del sistema hipotalámico y endocrino, apareciendo amenorrea. También puede haber hipotensión, hipotermia, bradicardia, sequedad de la piel. Pueden aparecer edemas periféricos, lanugo, anemia, leucopenia, etc. También puede darse una pancreatitis.

El pronóstico de la anorexia nerviosa depende del peso del paciente: si tras un tratamiento con ingreso hospitalario el peso es de, al menos, el 90% del índice de masa corporal (IMC) considerado normal, los afectados cuentan con mayores probabilidades de éxito en el curso de la enfermedad que aquellos que tienen un peso inferior en el momento de ser dados de alta. Aproximadamente, el 10% de los pacientes con anorexia nerviosa fallecen a causa de la enfermedad.

Deliberación sobre los valores

Lista de problemas éticos

- ¿Es Cristina capaz de tomar decisiones sobre su salud?
- ¿Deben los médicos colocar un tubo de alimentación, en contra de la voluntad de Cristina?
- ¿Están los médicos abordando correctamente el tratamiento de Cristina tras la cirugía?
- ¿Se debería hacer un seguimiento y apoyo psicológico?
- ¿Se podría tratar de involucrar a los padres para que convengan a su hija?
- ¿Deberían obligarla a comer algo más que caldo y sopa?
- ¿Se debería explorar cuáles son los hábitos de alimentación en la familia por si fuera necesaria la reeducación?
- ¿Se puede dar el alta a Cristina en su situación actual o es un acto maleficente?

Elección del problema a analizar

El problema que se consulta al comité de ética es éste: ¿Deben los médicos colocar un tubo de alimentación, en contra de la voluntad de Cristina?

Identificación de los valores en conflicto

- Valor vida y salud de Cristina
- Valor respeto a la autonomía de la paciente

Deliberación sobre los deberes

Identificación de cursos extremos de acción

- Dar el alta a Cristina, atendiendo a su petición. Se respetaría su autonomía, pero se pondría en peligro su vida.
- Colocar una sonda de modo forzado, sin tener en cuenta su voluntad (falta de respeto a su autonomía), justificándolo para salvar su vida y mejorar su salud.

Identificación de cursos intermedios de acción

1. Evaluar la capacidad de la paciente.
2. Garantizar a Cristina que la alimentación es una medida terapéutica que se retirará lo antes posible.
3. Negociar con Cristina un plan de tratamiento, revisable periódicamente.
4. Informar a los padres de la importancia de su implicación para colaborar en la mejora de su hija
5. Ofrecer información a Cristina sobre nutrición y alimentación, dándole consejos sobre cuidado de su salud
6. Iniciar un apoyo / tratamiento psicológico que contribuya a cambiar la percepción distorsionada de su cuerpo, y a resolver su depresión y otros síntomas
7. Ofrecer la posibilidad de participar en grupos de apoyo, asociaciones, o grupos de pacientes en situación similar, que puedan ayudarla
8. Explorar con ella los factores que pueden estar generando o manteniendo el problema
9. Establecer un seguimiento con el médico de familia

Elección del curso óptimo

En términos generales, es preciso siempre involucrar al paciente en la toma de decisiones. Esto forma parte del respeto debido a su autonomía. En el caso de que sea una persona incapaz, también es necesario que el paciente tome parte de la decisión, en la medida de sus posibilidades de comprensión, evaluación y resolución. Esto es beneficioso para el paciente, y el modo más adecuado de gestionar el respeto a su libertad y valores. Por ello es deseable negociar cualquier decisión, establecer compromisos y reevaluar la situación, de modo que Cristina participe y se implique en su propio proceso de recuperación.

El papel de los padres es determinante. Dada la buena relación, sería deseable hablar con ellos para informarles y asesorarles respecto a la enfermedad de su hija y el mejor modo de ayudarla.

En general, los padres deben permitir el progresivo ejercicio de la autonomía y, por tanto, la posibilidad de cometer errores. El rol de los padres en el caso de los adolescentes debe ser animarles a tomar sus propias decisiones. Cristina es mayor de edad en lo que se refiere a decisiones sanitarias, sin embargo, su enfermedad es un trastorno mental que puede generar incapacidad. Por ello es esencial que se haga una evaluación de capacidad, para determinar en qué medida puede ejercer su autonomía. En caso de incapacidad, serían los padres quienes tendrían que tomar las decisiones como sustitutos.

La capacidad de Cristina de participar en las decisiones sobre su salud está limitada por la patología que sufre. Psicológicamente hay una serie de características típicas de la anorexia: la depresión, una imagen corporal distorsionada, y la necesidad de control. La obsesión por estar delgada puede eliminar cualquier otro valor, incluida la supervivencia. Estos rasgos limitan la capacidad, los pacientes con anorexia pueden expresar preferencias dañinas y, por tanto, el respeto a su autonomía puede ser un error, justificándose una intervención más paternalista que busque su beneficio.

En este caso, la decisión de Cristina es dañina para su salud y amenaza su vida. Entrar en un programa de rehabilitación y reaprendizaje de hábitos alimenticios, admitir consejo y seguimiento sería lo más adecuado. También es importante no generar una brecha de confianza, de modo que Cristina rechace la ayuda médica. El cuidado de un adulto joven con anorexia es una de las ilustraciones más claras del delicado equilibrio a desarrollar entre mantener la confianza y evitar el daño. Los éxitos a largo plazo en los desórdenes alimenticios (como en las adicciones) sólo se logran cuando el paciente acepta voluntariamente el tratamiento.

Como se ha indicado, el apoyo de la familia es esencial, así como una relación abierta con los equipos sanitarios. Sin embargo, en casos como el de Cristina, en que parece que ni el equipo ni los padres pueden conseguir su compromiso, se plantea si sería aceptable un tratamiento forzoso, amparándose en el deber de proteger su salud y su vida. Si el médico puede "salvarla de sí misma", teniendo en cuenta que el control y la negación son rasgos característicos de la anorexia. La pregunta es si se puede obligar a Cristina a recibir alimentación contra su voluntad, esto es, optar por un curso de acción extremo.

La estrategia de apoyo compasivo pero honesto, persistencia para convencerla del tratamiento, negociación creativa pero firme desde el equipo asistencial, pero también con la familia, es lo más adecuado. Se trata de no chocar frontalmente con la negativa de la paciente, antes bien ofrecer el apoyo psicológico, social y la escucha necesaria para que acepte el tratamiento. En la medida en que esto se logre habrá más posibilidades de que pueda recuperarse y hacerse cargo de su propia salud.

Deliberación sobre las responsabilidades finales

Pruebas de consistencia

El curso de acción óptimo es legal, puede defenderse y justificarse públicamente, y se ha valorado sin precipitación, de modo que es prudente.

Evolución del caso

El médico solicitó una evaluación psiquiátrica para un posible tratamiento involuntario (programa de realimentación forzada). Se llevó a cabo dicha evaluación en un momento en que Cristina estaba sola, sin que estuviera presente su madre. Cristina cooperó completamente en la entrevista. El psiquiatra determinó que el estado mental, comprensión y capacidad de Cristina no cumplían los criterios para un tratamiento involuntario. Por ello, dado que Cristina había alcanzado los 47kg y sus otros síntomas habían desaparecido, y seguía solicitando irse a su casa, el equipo no vio otra opción que darle el alta.

Lydia Feito
Profesora de Bioética
Universidad Complutense de Madrid



Una ética individual de máximos para garantizar una ética universal de mínimos

Primera parte

Recientemente he concluido un primer recorrido por la historia de la filosofía moral cuya finalidad era la de hacer una breve pero mínimamente abarcante revisión histórica de las aportaciones más importantes a la fundamentación de la moral. Casi todos los autores que he leído y releído, aproximadamente una veintena, me han cautivado. De todos ellos he obtenido ideas para reflexionar. En todos encontré aportaciones singulares y muy valiosas, algunas de ellas como el procedimiento deliberativo y prudencial de Aristóteles, el procedimiento puro y formal de racionalidad moral de Kant, el humanismo responsable de Sartre y sobre todo el original procedimiento de construcción de los principios de la Justicia de Rawls, sencillamente me han parecido magistrales. Sin embargo y a medida que iba culminando esta primera revisión he ido perfilando una pregunta que me hubiera gustado plantearle a todos ellos.

La pregunta tiene que ver en parte con la traducción práctica que todos esperamos que tenga el conocimiento que genera la reflexión, el estudio y la investigación. En investigación, el conocimiento tiene un importante valor añadido si es aplicable y genera un beneficio práctico y evaluable, ya sea este en términos comerciales o en otros (bienestar, salud, etc.), si el conocimiento adquirido no genera un beneficio práctico real entonces tiene un interés menor. Llevando esta pregunta al campo de la filosofía moral es indudable que muchos autores que han publicado en este ámbito del conocimiento han aportado, además de conocimiento teórico, utilísimas herramientas y procedimientos de aplicabilidad práctica. Baste con citar dos ejemplos actuales en el campo de la bioética, entre los muchos posibles, los procedimientos deliberativos para el abordaje de conflictos éticos en la práctica clínica desarrollados por Diego Gracia y por Lazare Benaroyo. Sin embargo no sé si de una forma ingenua o tal vez inapropiada, yo también esperaba encontrar que la fundamentación del deber moral nos aporte las claves necesarias para mejorar la deficiencia moral de la humanidad, y arroje la luz necesaria para encarrilar el permanente fracaso histórico de la sociedad humana o, si somos benévolo en el juicio, el no éxito franco de la misma en lo que a generalización de la práctica de valores se refiere.

Este recorrido histórico por la fundamentación de la ética me ha llevado a reconocer tres etapas bien diferenciadas, ya apuntadas por muchos autores aunque, sin duda, muchos otros analistas mejor conocedores que yo de la historia de la filosofía moral y política reconocerán como insuficientes o subjetivos. Pero a efectos de esta reflexión creo que permiten encuadrar el análisis sin por ello faltar a un mínimo rigor histórico.

1.- La primera de estas va desde la filosofía griega hasta el siglo XVII, la época de las éticas naturalistas en las que las leyes naturales, las leyes divinas, marcan el camino, y del conocimiento de estas leyes se deducen las reglas de comportamiento, ellas fundamentan la moral.

2.- La segunda de ellas comienza en el siglo XVII cuando acaban las guerras entre católicos y protestantes y nace el principio de tolerancia; a partir de ese momento se empiezan a desarrollar teorías morales que arrancan de sistemas de valores que no tienen por qué ser uniformes, y donde el *es* ya no fundamenta el *debe*; el ser humano es autónomo y autolegisador y debe formular y hacerse responsable individualmente de su deber. *“El hombre está por encima de la naturaleza porque es un ser moral, el orden moral no es el orden de la naturaleza sino el orden de lo humano y los derechos humanos no tendrán una fundamentación natural sino moral”*.¹

Hasta la segunda mitad del siglo XX este es el paradigma dominante. Tanto las éticas formales, como el existencialismo de Sartre y Ortega o como el utilitarismo de Bentham y Sidgwick tienen esta característica.

Son éticas en las que el fundamento del deber obedece a una formulación o construcción previa del hombre, en base a principios que mandan desde la razón como en el caso de Kant, desde los sentimientos como en el caso de Hume; en base a resultados como en el caso del utilitarismo Inglés o en base a una mezcla de ambos. La característica de este paradigma es pues que en la conciencia moral del individuo está el fundamento de la Filosofía Moral.

3.- La preocupación de las principales escuelas de filosofía moral tras la segunda guerra mundial por encontrar dentro de los diferentes sistemas de valores un mínimo que sea compartido y que obligue a todos, garantizando una convivencia en paz y respetuosa, ha ido haciendo fraguar un nuevo paradigma que postula que el intercambio y validación de ideas y de valores a través del dialogo y/o la deliberación fundamenten los juicios morales.

En este tercer paradigma encontramos la ética comunicativa o dialógica de Karl Otto Apel y Jürgen Habermas postulando que la validez de los razonamientos morales sólo se consigue mediante una construcción intersubjetiva a través del dialogo entre individuos capaces, estableciendo así una racionalidad comunicativa como elemento base para la construcción de una moral intersubjetiva que sería el fundamento adecuado de la Filosofía Moral.

Con un proceder que tiene la misma lógica intersubjetiva elaboró John Rawls su *Teoría de la Justicia como Equidad*, sin duda una de las obras más influyentes de toda la historia de la Filosofía Moral junto a otras como la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles o la *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* de Inmanuel Kant.

En el proceso de construcción de esta teoría Rawls coloca a sujetos capaces de un juicio ponderado, que van a construir los principios de la justicia y los principios organizativos de base de las instituciones sociales, bajo un velo de ignorancia que les hace desconocer su contexto personal para así evitar la contaminación de los intereses personales. El procedimiento de construcción es formal y por ello muy kantiano, y así lo reconoce el propio Rawls, sin embargo la construcción no la hace el individuo desde su autonomía sino un conjunto de individuos, por supuesto autónomos, y colocados en condiciones de laboratorio por así decirlo, pero de una forma intersubjetiva.

Cabría añadir a este, sin duda, escueto e incompleto panorama las contribuciones de algunos otros autores actuales que, retomando las pautas señaladas por Aristóteles para el saber ético, han hecho especial hincapié en la deliberación como método de la ética, como procedimiento para encontrar las soluciones y/o propuestas morales adecuadas en la concreción de un caso, de una situación problemática. Para Paul Ricoeur la deliberación es una mixtura o una mezcla de argumentación (justificación racional) e interpretación y por ello comprensión (hermenéutica); la introducción junto a un elemento lógico (argumentación) de un elemento interpretativo y comprensivo que presupone un esfuerzo creativo, permitiría abordar los problemas éticos con una perspectiva amplia facilitadora de la aplicabilidad de las decisiones sin caer en las limitaciones de los métodos reduccionistas. Singular e importante es, sin duda, la contribución del profesor D. Gracia Guillén quien sostiene que sobre los valores se puede y se debe deliberar, y ello frente a la tipología histórica de los sistemas de valores que, o bien estaban determinados y el ser humano debía intuirlos y adoptarlos, en todo caso eran impuestos, o bien eran valores individuales no racionales sobre los que no cabe deliberación. Para Diego Gracia, quien ha sabido interpretar magníficamente la singularidad y atipia de Aristóteles dentro de la filosofía moral griega, los valores tienen una lógica que nunca puede ser apodíctica y por tanto nunca se pueden imponer *a priori*, pero sí tienen una lógica racional deliberativa y, por ello, sobre ellos se tiene que discutir, argumentar y razonar, dando lugar a un constructo que tendrá unos mínimos que conformarían una ética común a asumir por todos, dejando espacio para una ética de máximos que tendría un carácter más individualⁱⁱⁱ.

Muchos autores vienen trabajando y publicando últimamente en una perspectiva nueva que es la de buscar las bases del comportamiento ético del ser humano en el cerebro. Las actuales técnicas de exploración (RMN) permiten poner en relación estados de actividad cerebral de zonas determinadas del

cerebro con actitudes de rechazo o de aprobación de una conducta. Es una perspectiva nueva y un nuevo campo de estudio: el de la Neuroética, entendida no como el estudio de los problemas éticos que se puedan plantear en relación con el avance tecnológico en técnicas diagnósticas e intervencionistas en Neurología y Neurocirugía, sino como el estudio de las bases cerebrales de los códigos éticos de la conducta, de los códigos morales. Como señala Adela Cortina en su magnífico Libro: *Neuroética y Neuropolítica*, “*interesa, no obstante, no confundir el estudio de las bases cerebrales de la conducta moral con un intento iniciado por algunos autores de encontrar los fundamentos de la moral en la estructura y mecanismos del cerebro*”.ⁱⁱⁱ Creo, no obstante la prudencia con la que seguramente habrá que introducirse en este terreno, que posiblemente la Neuroética nos dé en el futuro importantes claves para el método de educar en ética sobre todo en las fases más importantes para el aprendizaje humano (la infancia y la adolescencia).

Decía al principio que el estudio y la investigación deben generar un conocimiento que tendrá un mayor valor añadido si tiene una traducción práctica que permite un avance importante, bien porque soluciona problemas previamente irresolutos, bien porque ofrece nuevos y útiles productos o procedimientos para el ser humano. En este sentido, sin duda los autores citados en último lugar de esta brevísima referencia previa, Paul Ricoeur y Diego Gracia nos aportan instrumentos o herramientas muy valiosas para la resolución de conflictos morales, para la toma de decisiones morales, para la salvaguarda de los valores en conflicto en una situación dada. Nos ofrecen unas pautas y un método claro, en el segundo caso, que nos permiten salvar las graves limitaciones que los métodos principialista deductivo y casuista inductivo tienen para abordar los conflictos morales y adoptar decisiones prudentes, razonables y con un significativo nivel de seguridad. Sin duda, su contribución tiene un gran valor añadido por la aplicabilidad del mismo y porque mejora las herramientas previas. Obviamente no sólo estos autores, muchos otros han aportado también herramientas útiles en Ética, empezando por Aristóteles habría que citar a muchísimos, una gran parte de los cuales ni siquiera habré leído. Pero el objeto de esta reflexión es transmitir una inquietud que no se refiere a las herramientas o procedimientos de decisión en Ética, ni tampoco a las razones que fundamentan el deber, sino a la realidad de la moral civil en nuestra sociedad, a cómo es en la práctica la realización del deber; por ello vuelvo sobre los autores que han incidido especialmente en una universalización de valores o en una Ética universal.

De nuevo instalados en la pregunta de cómo la Filosofía Moral incide en la vida práctica y real del ser humano y qué valor añade a éste, me gustaría hacer una brevísima simulación con la teoría de la justicia de John Rawls. Supongamos que hemos logrado organizar una sociedad donde cada uno de sus individuos tiene contractual, constitucional o legalmente garantizado el acceso y disfrute de un sistema de libertades de base iguales para todos, que es compatible con un sistema igual para todos los demás, y que además cualquier posible diferencia en la atribución de recursos y beneficios solo se permite si cumple con tres condiciones: primero, que esas posiciones en las que sería posible una ventaja son accesibles a todos bajo un principio de igualdad de oportunidades; segundo, que tales diferencias redundan siempre en beneficio de los más desfavorecidos; y tercero, que este principio de diferencia no menoscabe nunca el de igual libertad para todos. Suponemos que todas las instituciones de esta sociedad ideal se han organizado así y, entre ellas, el sistema sanitario, el educativo y el de deportes.

Asumiendo como válidas las críticas que Rawls hace del utilitarismo y del perfeccionismo intuicionista, consideramos que los principios de la eficiencia y de la excelencia son inferiores a los dos descritos de libertad igual para todos y de la diferencia condicionada, de forma tal, por ejemplo, que en razón de un mayor beneficio para muchos no tendríamos descuidadas las enfermedades raras, el piragüismo no estaría infra promovido en relación con el fútbol, ni el acceso a ciertas enseñanzas ausente. Así también, en función de la excelencia de la atención hospitalaria de un servicio de neurocirugía, no estarían infradotados los programas de investigación epidemiológica, ni en razón de la excelencia de la enseñanza postgrado, relegada la formación profesional y, por supuesto, existirían los mecanismos y procedimientos necesarios para garantizar los derechos de las minorías y para facilitar la integración social de las mismas.

En realidad y sobre el papel, las sociedades democráticas avanzadas no distan demasiado del modelo de organización de base de la sociedad que Rawls propone, aunque en muchos aspectos tengan un enfoque

práctico más utilitarista. No hay más que echar un vistazo a las cartas magnas de los países que albergan estas sociedades, para afirmar que, al menos sobre el papel, el modelo de organización social que proponen como marco para que el individuo pueda desarrollar una vida plena y llena de valor, es un marco equitativo y adecuado.

Sin embargo la realidad práctica, la vida del día a día en estas sociedades democráticas avanzadas, y no digamos ya en las que no lo son, parece ser otra. Las evidencias de que el panorama casi idílico recogido en declaraciones de derechos y en cartas magnas no es real son muchas, y se producen todos los días. Baste citar como algunos ejemplos la plétora de casos de corrupción que inundan las portadas de la prensa; las a veces oscuras estrategias de intervención militar en países terceros por parte de grandes potencias con sus correspondientes efectos colaterales; los enormes desequilibrios socioeconómicos ligados a factores una y otra vez garantizados en las referidas Constituciones como no objeto de discriminación (etnia, sexo, lugar de nacimiento etc.); la escandalosa sumisión de los códigos éticos y prácticas humanitarias de multinacionales a sus intereses económicos; o las evidencias de injerencia de los poderes públicos en ámbitos de gestión y decisión teóricamente independientes (intromisión de los poderes políticos en las administraciones de justicia o en la gestión de proyectos técnicos), y claro está la intromisión de los poderes financieros en las administraciones públicas.

En esta realidad práctica que día a día constatamos, y que nos lleva a veces a preguntarnos si realmente algún día la humanidad logrará progresos éticos y morales que impregnen la vida cotidiana, permitiendo reconocer un avance y una evolución evidente en las costumbres, los sentimientos y la realización práctica de los valores, de forma parecida a como los progresos científicos, tecnológicos e incluso sociales nos permiten reconocer un avance instrumental fenomenal, que ha dado lugar a sociedades tecnológica y socialmente muy distantes de las pasadas. En esta realidad práctica nos podríamos preguntar, por ejemplo, qué efecto real sobre el día a día de las sociedades y las personas que las conforman, tendría la consecución de códigos éticos mínimos universales conseguidos a través de un proceso dialógico intersubjetivo como el que propugna Jürgen Habermas. Estos códigos ¿acabarían con la corrupción?, ¿evitarían la intromisión de los poderes públicos en las esferas independientes de decisión?, ¿acabarían con los conflictos armados?, ¿con la violencia de género y con los malos tratos?, ¿con los abusos de los poderes financieros o con la insolidaridad entre territorios?. En mi humilde opinión, la ansiada búsqueda de procedimientos que permitan conseguir una ética mínima universal, y la consecución de esta, no garantiza y probablemente mejoraría en poco las posibilidades de una favorable evolución moral del ser humano como base de una sociedad justa, solidaria y buena.

Mi tesis es que, en lugar de dirigir todos los esfuerzos hacia la búsqueda de esa ética de mínimos compartida universalmente, que *a priori* para nada garantiza la moralidad de los actos de cada ser humano, los esfuerzos se deberían centrar en que cada ser humano se comprometa con una ética de máximos. Si los sistemas educativos y los diferentes actores en ellos implicados se esfuerzan en crear una cultura de valores y estimular el compromiso con ellos, si las sociedades estimulan, favorecen y reconocen los comportamientos morales, probablemente se estén creando las condiciones necesarias para encontrar una ética de mínimos consensuada y factible.

Un conocido y excelente traumatólogo español decía que en cirugía ortopédica es mucho peor una buena intervención quirúrgica con una mala rehabilitación subsiguiente que una mala intervención quirúrgica con una buena rehabilitación posterior. Imitando su reflexión y después de repasar genéricamente los valores claves de las culturas predominantes en nuestro mundo actual, creo sinceramente que es muchísimo mejor una sociedad constituida por individuos morales (motivados y comprometidos con sus valores y exigentes con el deber de realizarlos) con un deficiente código ético común o con la no existencia de declaraciones, constituciones o consensos sociales establecidos, que una sociedad con una magnífica ética común de mínimos consensuada y establecida donde los individuos que la constituyen o una parte significativa de ellos no son morales.

El camino sería pues al revés, una ética individual de máximos como garantía de una ética universal de mínimos; esto haría compatibles los paradigmas individual e intersubjetivo como fundamento de la moral. Bien entendido que promover una ética individual de máximos nada tiene que ver con concepciones utópicas o totalitarias que planteen una ética común de máximos, un planteamiento de este último tipo estaría, presumiblemente, abocado a eso, a un totalitarismo social.

Esta propuesta de moral individual de máximos llevaría igualmente al pensamiento ético a centrarse, además de en la búsqueda de una adecuada fundamentación de la ética y de un modelo moral compartido, en la búsqueda de modelos educativos, modelos de responsabilidad socio profesional y modelos institucionales y de organización social que favorezcan, estimulen y reconozcan al individuo moral. Creo, sin duda, que una moral individual de máximos genera espontánea y automáticamente un mínimo escenario común de valores compartidos.

Segunda parte

En la parte I de este artículo y tras un sucinto y compilatorio análisis previo del panorama histórico mas relevante en materia de propuestas éticas, llegaba a la conclusión de que el estímulo, impulso y desarrollo de una ética individual de máximos era la mejor garantía para llegar a un escenario compartido de una ética universal de mínimos. De esta conclusión se derivan varias consecuencias que, en mi opinión, son bastante integradoras de concepciones éticas que a veces percibimos como contrapuestas y que bajo este enunciado resultan ser complementarias.

En primer lugar esta tesis haría compatibles los paradigmas individual e intersubjetivo como fundamento de la moral; al fundamento del deber en una moral individual de máximos se puede llegar por un procedimiento formal individual más o menos compartido, y lógicamente cualquier moral compartida descansa sobre un proceso de comunicación que entre otras cosas permite una lógica intersubjetiva.

En segundo lugar creo, sin duda, que una moral individual de máximos genera espontánea y automáticamente un mínimo escenario común de valores compartidos, puesto que esa moral de máximos obliga a cada individuo a realizar todos y cada uno de los valores que conforman su ética personal, y sin duda algunos de esos valores serán compartidos con otros individuos; incluso entre sociedades muy diferentes hay valores compartidos y, cuanto más global es el mundo, más posibilidad de compartirlos existe, porque la comunicación también se globaliza y en palabras de Habermas esta comunicación operaría en tres ámbitos: además de socializar al individuo transmitiéndole los valores, reglas y patrones de su entorno, permite expresar los mundos subjetivos a los que cada individuo tiene un acceso privilegiado, pero que sobre la base de un mundo vivido y conocido pueden ser expresados y comprendidos, y en tercer lugar, permite planificar y coordinar acciones para conseguir fines individuales y comunes, funciones reguladora la primera, expresiva o dramaturgica la segunda y teleológica la tercera.

Habermas insiste en que una influencia sobre las normas y la moral dentro de un escenario de generalización progresiva de éstas sólo es posible en la medida en la que la evolución de la moral y del derecho alcanzan un nivel postconvencional (ética de la convicción y de la responsabilidad y derecho formal), nivel éste en el que la conciencia moral se ancla en un sistema de la personalidad gracias al control interno del comportamiento.^{iv} Observación esta que va, sin duda, en la misma dirección que apunta este artículo. Además, y en base a esto, aquellos valores que necesariamente deben constituirse en valores mínimos compartidos necesarios para garantizar la paz, la estabilidad y la pervivencia de una sociedad óptima, y que no se generen espontáneamente como consecuencia de un desarrollo moral individual de máximos, se podrían fácilmente construir mediante una lógica comunicativa e intersubjetiva, que resultaría ser mucho mas fácil en el escenario descrito.

Por último y como quiera que en los espacios comunes entre individuos, entre grupos sociales, entre culturas y entre países, siempre habrá intereses y fines, y por ello acciones a coordinar, y considerando además que en estos espacios habrá valores no compartidos, el abordaje de los conflictos precisará de la

articulación de procesos de resolución de conflictos, que en ética, afortunadamente, están bien articulados, como lo están también, de forma diferente, en el mundo del derecho.

En relación con los puntos 2 y 3 es importante, en mi opinión, resaltar el hecho de que los conflictos entre valores no compartidos y que a veces se observan como difícilmente resolubles, y que sin duda pueden estar en la raíz de situaciones amenazantes para el individuo y para la sociedad, rebajarían enormemente su carga conflictiva en un escenario social en el que sus individuos integrantes actúan con una ética de máximos. Esto es así por dos razones, la primera de ellas porque una ética individual de máximos obliga al individuo a realizar todos los valores, de forma que aquellos que comparte no pueden ser relegados en beneficio de los que no comparte, lo que le obligaría, antes de la expresión social del conflicto con otros individuos, a resolver prudencialmente en su fuero interno una gran parte del conflicto. En segundo lugar, porque la propia ética de máximos también nos obliga en el nivel intersubjetivo a resolver los conflictos de valores de una forma prudencial y por ello a buscar soluciones conciliadoras. O dicho de otra forma, una ética individual de máximos obliga a escuchar, a intentar comprender, a ser respetuoso con el otro.

Javier Estebanz

ⁱ DIEGO GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Ed Triacastela, 2007, p 122

ⁱⁱ DIEGO GRACIA, Teoría y Práctica de la Deliberación Moral, En: L. Feito et al: *Bioética, El Estado de la Cuestión*, Triacastela 2011,p122

ⁱⁱⁱ ADELA CORTINA, *Neuroética y Neuropolítica*, Ed Tecnos 2011, p 94

^{iv} JÜRGEN HABERMAS, *Théorie de l'agir communicationnel*. tome 2, pag 201. Fayard 1987

Bibliografía

- NEUROBIOÉTICA Y NEUROPOLÍTICA. Adela Cortina. Tecnos 2011.
- BIOÉTICA ESTADO DE LA CUESTIÓN. Lydia Feito, Tomás Domingo Moratalla, Diego Gracia, Miguel Sánchez y otros. Triacastela 2011.
- FUNDAMENTOS DE BIOÉTICA. Diego Gracia. Triacastela 2007
- THEORIE DE L'AGIR COMMUNICATIONNEL. Jürgen Habermas. Fayard 1987.
- THEORIE DE LA JUSTICE. John Rawls: Points 2009.
- AMOUR ET JUSTICE. Paul Ricoeur. Points.2008
- LE JUSTE, 2. Paul Ricoeur. Esprit 2001

Comité de Ética de CASER Residencial

Caser Residencial se configura como una empresa integral de Atención a la Dependencia. Basa su especialización en la prestación de servicios que satisfacen el bienestar y la calidad de vida de las personas que atendemos aportando la máxima calidad en sus servicios, una atención individualizada al usuario y con la mejor profesionalización.

Siguiendo esta filosofía, Caser Residencial cuenta con los siguientes productos y servicios en quince centros residenciales para personas mayores: pisos tutelados, teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, unidades especializadas de atención y centros de día.

Definimos nuestra misión como la excelencia en el cuidado a personas dependientes, destacando por su atención individualizada, la profesionalidad del equipo humano, la innovación, la calidad y la eficiencia. Por ello contamos con el certificado de Excelencia Europea EFQM 500+.

La asistencia a personas mayores en instituciones de larga estancia ha ido evolucionando en los últimos años de forma muy rápida y conceptual. No hace tanto tiempo, atender a un anciano en una residencia suponía solamente cubrir sus necesidades nutricionales y de aseo, junto con las de alojamiento.

Afortunadamente, este concepto ha ido cambiando hacia una atención integral de la persona mayor, proporcionando una mayor calidad asistencial y por consiguiente de vida.

La búsqueda de la excelencia supone el reconocimiento de los derechos de las personas que atendemos. En Caser Residencial consideramos que la ética es un factor clave en nuestra política de calidad. Cada residente debe entenderse, pues, como agente activo y único, protagonista de su proceso de atención, acorde a sus derechos, deberes, preferencias y valores. Esta inquietud nos ha impulsado a crear un comité de ética con el objetivo de promover dentro de la organización una nueva cultura, consistente en un mejor conocimiento y manejo de valores y de los conflictos de valor, en el convencimiento de que con ello se conseguirá incrementar sustancialmente la calidad de la asistencia.

En una actividad que se desarrolla de manera ininterrumpida todos los días del año, que tiene de especial la atención a personas que se pueden encontrar en situación de dependencia y/o fragilidad, irremediablemente se presentan conflictos de valor que deben ser resueltos del mejor modo posible.

Algunos conflictos éticos que podemos encontrar en los centros son: el uso de restricciones físicas y/o químicas, el respeto a la dignidad, la intimidad, la autonomía, las relaciones sexuales, el derecho a la información, la competencia, etc.

El equipo humano que presta el servicio debe tener una preparación que le ayude en el análisis de los conflictos de valor que se presentan en la intervención diaria. Las decisiones no pueden estar solamente basadas en fundamentos clínicos o sociosanitarios, sino que han de incluirse también los valores de las personas que atendemos. Para ello la formación técnica debe ir necesariamente acompañada de una formación en ética. Si no conseguimos integrar los principios y valores morales en la toma de decisiones, difícilmente podremos prestar una atención eficiente y de calidad.

Fruto de estas reflexiones y fieles a nuestra misión, se nos plantea en Caser Residencial la necesidad de crear un Comité de Bioética que es un órgano consultivo, deliberativo e independiente. En el que sus funciones son principalmente:

- Promover un entorno asistencial lo más humano posible.
- Velar por el respeto de la dignidad de las personas que intervienen en la relación asistencial.
- Asesorar en el proceso de toma de decisiones en aquellas situaciones en que se planteen conflictos éticos.
- Asesorar desde una perspectiva ética.
- Proponer protocolos y orientaciones de actuación para aquellas situaciones en las que se puedan presentar o presenten conflictos éticos.
- Colaborar en la formación bioética de los profesionales y promover la formación de sus miembros.

Durante un año, 50 profesionales de Caser Residencial, pertenecientes a distintas áreas nos formamos en ética de la mano del Dr. Diego Gracia (Catedrático Emérito de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y Director del Máster de Bioética en la misma Universidad y reconocido como una autoridad mundial en Bioética entre otros aspectos) y de la Dra. Lydia Feito (Doctora en Filosofía y Letras, Magíster en Bioética y Neuropsicología Cognitiva y Neurología Conductual, entre otros aspectos).

En noviembre del año 2013 se presentó el comité de ética de Caser Residencial en la Residencia de La Moraleja, y se constituyó formalmente el 12 de febrero del año 2014.

En el comité, como persona ajena a la empresa, no vinculada a profesiones sociosanitarias y con interés en bioética se encuentra la Dra. Feito quien nos va a seguir asesorando en esta etapa del comité. Además, en este comité hay profesionales de Caser Residencial de diferentes ámbitos que participan de forma voluntaria.

Hemos emprendido este Comité con un exigente programa anual de actuaciones, llenos de ilusión, conscientes de la responsabilidad del rigor y el trabajo bien hecho que nos aproximará a la mejor consecución de nuestra misión.

Comité de Ética de Caser Residencial



Reseña de Libros

Manual de consulta en valoración de la capacidad

Mercedes Navío, Tirso Ventura
Ed. Panamericana. Madrid, 2014

Herramienta de evaluación de la capacidad para tratamiento (MacCAT-T)

Adaptación española: Tirso Ventura, Mercedes Navío, Ignacio Álvarez, Beatriz Baón, Grupo Investigación Servet
Ed. Panamericana. Madrid, 2014

La valoración de la capacidad es un elemento esencial en la relación entre médico paciente, en el contexto del consentimiento informado, cuyo principal objetivo es respetar la autonomía de las personas. Desde el paternalismo clásico en el que el médico tomaba decisiones por el paciente, en su mayor beneficio, hemos progresado hacia una situación de mayor libertad, en la que la toma de decisiones es una acción conjunta entre el médico y el paciente. Aquel aporta los conocimientos técnicos necesarios para asesorar en la búsqueda de lo más adecuado para el paciente. Éste aporta un marco de valores desde el cual la decisión cobra sentido y puede ser asumida en el contexto de una biografía. Sin embargo, para ello es esencial estar seguro de que su decisión es libre, razonada y conforme a sus preferencias, no fruto de una incapacidad de comprensión, la ansiedad, o la influencia de alguna condición mental anómala. Por ello es necesario disponer de herramientas para la evaluación de la capacidad. Este es el objetivo de las dos obras que aquí se presentan: el *Manual de consulta en valoración de la capacidad* y la *Herramienta para la evaluación de la capacidad de tratamiento MacCat-T*, presentados hace algunos días en la Real Academia Nacional de Medicina, en un acto organizado por la Consejería de Sanidad de Madrid con la colaboración de Otsuka y Lundbeck.



Como nos recuerda Mercedes Navío en el prefacio del Manual, la valoración de la capacidad es una función que la Ley Básica de Autonomía del Paciente (41/2002) atribuye al médico responsable del paciente. Sin embargo, en muchas ocasiones los médicos no disponen del entrenamiento suficiente para realizarla. El Manual, breve y de reducido tamaño, es un magnífico instrumento para orientar en esta tarea, y resultará de gran utilidad a los profesionales.

Tras un capítulo inicial dedicado a comentar la importancia de la evaluación de capacidad, se presentan algunos instrumentos, entre ellos el MacCAT-T, una herramienta muy interesante, elaborada por T. Grisso y P. Appelbaum, que es una referencia incuestionable en el intento de objetivar lo máximo posible el procedimiento de evaluación. Navío, Ventura y su equipo se han encargado también de hacer la adaptación española de este instrumento.

El tercer capítulo del manual está reservado para las situaciones clínicas especiales. Donde se hace, si cabe, más evidente, que además de cuestionarios es necesaria una entrevista clínica, habilidades de comunicación y una buena dosis de prudencia y cautela en este tipo de valoraciones. El manual acaba con los aspectos legales de la capacidad.

Lydia Feito

Profesora de Bioética
Universidad Complutense de Madrid

Manual de consulta
en valoración
de la capacidad



Mercedes Navío
Tirso Ventura



HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN
DE LA CAPACIDAD
PARA TRATAMIENTO
(MacCAT-T)

Thomas Grisso • Paul S. Appelbaum

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

Tirso Ventura
Mercedes Navío
Ignacio Álvarez
Beatriz Baón
Grupo Investigación Servet®



Me da que pensar: "la duda y el dudar cuando tomamos una decisión"

En el texto que sigue a continuación voy a defender la necesidad de dudar, o **el beneficio de la duda antes de tomar una decisión. Dudar significa que cuestionamos**, que no está clara la opción por la cual decantarnos. También significa **que hay varias posibilidades para responder ante una situación concreta**, y si algo es característico de nuestro tiempo es precisamente el amplio abanico de posibilidades. Parece razonable pensar que a mayor número de posibilidades entre las que elegir, más dificultad para elegir adecuadamente. Bien pensado tendremos que analizar un mayor número de opciones y sus posibles combinaciones, lo que supondrá un esfuerzo adicional a la hora de elegir. Teniendo en cuenta que **no podemos no elegir; es importante tomar la mejor decisión**. No podemos no elegir, porque aún cuando decidimos no actuar ya estamos tomando una decisión, en definitiva eligiendo. **A lo largo de nuestra vida vamos eligiendo de entre las posibilidades que se nos presentan y con ello se va formando nuestro carácter. También cuando ejercemos una profesión nos vamos conformando de una determinada manera como profesionales y somos la clase de profesional que hemos ido creando con nuestras decisiones.**

Las decisiones son importantes porque nos afectan a cada uno, pero cuando **estas decisiones afectan a un tercero en cuestiones tan sensibles como la salud, cobran si cabe mayor relevancia**. Somos responsables frente a nosotros mismos, pero también frente a esos terceros a los que afectan nuestras decisiones en cuestiones tan sensibles como la salud. La vida en nuestro medio cultural es "casi" lo más valioso que tenemos los seres humanos. Hay creencias que para algunas

personas pueden tener más valor que la vida, estando dispuestos a perderla por causa de las mismas. Un ejemplo son los testigos de Jehová en lo relativo a las transfusiones. Esta es la razón por la que las cuestiones de salud son tan importantes, por la estrecha relación que dichas cuestiones tienen con la vida. De ahí que los profesionales de la salud debamos ser en las decisiones durante el ejercicio de nuestra profesión especialmente cuidadosos y prudentes.

Aunque sería deseable que los enfermos participaran en estas decisiones, no siempre es así, en ocasiones ellos depositan en nosotros como técnicos su confianza. Expresiones como "usted es el que sabe", o "usted que haría en mi lugar", o "que haría si fuera su madre", se escuchan a menudo en los hospitales o en los centros de salud. De acuerdo en que hay que trabajar para que los pacientes gestionen su salud. Tomar conciencia de ello no es algo como quitarse o ponerse la chaqueta, es algo que requiere tiempo y esfuerzo, por parte de los profesionales y por parte de los propios pacientes.

Si dudamos ante una situación estamos cuestionando, y cuestionar significa abrir la puerta de la búsqueda, quedar abierto a razones o argumentos diferentes a los nuestros. En algún sentido asumimos un porcentaje de incertidumbre que debemos manejar, y debemos hacerlo con prudencia.

En el ámbito de la salud, desde la puerta abierta del cuestionar, me interesa **la búsqueda de la conducta más adecuada, o me interesa encontrar la conducta más adecuada**. La pregunta ahora es cuál es esta conducta.

La profesora Adela Cortina, en la conferencia que titula "La conquista de la libertad. Una perspectiva neuroética"¹, considera la acción más adecuada aquella en la que **"cuando anticipo sus consecuencias me voy a encontrar más satisfecho emocionalmente"**. En esa misma conferencia y respecto a esta cuestión, entiende que **es fundamental la reflexión sobre las consecuencias de la acción. Uno puede reflexionar solo, puede buscar razones en solitario, pero la deliberación es siempre más enriquecedora entre varias personas, a ser posible entre personas que tengan perspectivas distintas** y que disientan de nosotros. No olvidemos que estamos buscando.... quizá algo que no vemos o que nos es desconocido. Así aquellos que son de "nuestra de cuerda" aportan poco a la reflexión. Aprendemos de los que piensan diferente, siempre y cuando les reconozcamos como interlocutores válidos, es decir como seres humanos capaces de realizar acciones que les puedan ser atribuidas y de las que puedan ser responsables.

Todos los profesionales de la salud hemos conocido pacientes que han quedado en nuestra memoria porque nos ha sorprendido su forma de actuar, tal vez su forma de aceptar o de enfrentarse a un diagnóstico fatal, y de ellos hemos aprendido. Me interesa resaltar que **hemos aprendido porque estábamos abiertos. Abiertos con la apertura de la duda y de la incertidumbre. Sin esa apertura que proporciona el cuestionarse es imposible aprender.**

Hay quienes se atrincheran en sus conocimientos técnicos y en sus creencias salvaguardando su tranquilidad emocional. Esa tranquilidad debe ser una conquista después del esfuerzo de la reflexión y de la argumentación. No se puede, o no se debe lograr esa tranquilidad a costa de atrincherarse en las propias creencias. Si nadie se hubiera cuestionado, si nadie hubiera dudado, estaríamos en la edad de piedra.

Hemos aumentado los conocimientos técnicos hasta cotas impensables hace no tantos años. Pero no debemos olvidar que aprender empieza por cuestionar, y que cuando cuestionamos es **porque dudamos**, y desde ahí **iniciamos la búsqueda** de la certeza, del conocimiento, de la verdad o **de la conducta más adecuada.**

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

Correo electrónico: graciaal@gmail.com



¹ Conferencia inaugural del 11º Congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, celebrado en León 3-5 de octubre de 2013

Cajón de bioética y más

Ébola

Un reto para todos



Médicos sin fronteras. Sierra Leona, 2014 © Sylvain Cherkaoui

El mundo se está enfrentando a una situación terrible: la epidemia de Ébola. Un reto para la atención sanitaria, pero también para la solidaridad y la justicia. Desde el punto de vista de la ética, resulta esencial analizar la situación y cómo afrontarla.

El virus del Ébola causa la enfermedad homónima (antes llamada fiebre hemorrágica del Ébola), EVE, cuya tasa de letalidad puede llegar al 90%. El virus se detectó por vez primera en 1976, en dos brotes simultáneos ocurridos en Nzara (Sudán) y Yambuku (República Democrática del Congo). La aldea en que se produjo el segundo de ellos está situada cerca del río Ebola, que da nombre al virus.

La EVE es una enfermedad vírica aguda grave que se suele caracterizar por la aparición súbita de fiebre, debilidad intensa y dolores musculares, de cabeza y de garganta, lo cual va seguido de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, disfunción renal y hepática y, en algunos casos, hemorragias internas y externas. Los resultados de laboratorio muestran disminución del número de leucocitos y plaquetas, así como elevación de las enzimas hepáticas.

El periodo de incubación (intervalo desde la infección hasta la aparición de los síntomas) oscila entre 2 y 21 días. Los pacientes son contagiosos mientras el virus esté presente en la sangre y las secreciones. El virus del Ébola se introduce en la población humana por contacto estrecho con órganos, sangre, secreciones u otros líquidos corporales de animales salvajes infectados (en África se han documentado casos de infección por chimpancés, gorilas, murciélagos frugívoros, etc.). El virus se propaga en la comunidad mediante la transmisión de persona a persona, por contacto directo (a través de las membranas mucosas o de soluciones de continuidad de la piel) con órganos, sangre, secreciones, u otros líquidos corporales de personas infectadas, o por contacto indirecto con materiales contaminados por dichos líquidos.

Toda esta información, junto a otros muchos datos y documentos de interés, es ofrecida por la Organización Mundial de la Salud en su página web. Según su último informe del 10 de octubre, se han registrado 8400 casos de ébola y 4033 muertes, repartidas en los países más afectados de la siguiente manera: Liberia: 4076 casos y 2.316 muertes, Sierra Leona: 2.950 casos y 930 muertes, Guinea: 1.350 casos y 778 muertes. Las cifras, por desgracia, crecen día a día. Por supuesto, en todos estos lugares faltan camas, personal sanitario y recursos, lo cual empeora la situación. Las estimaciones más benévolas del CDC (Centers for Disease Control and Prevention) norteamericano, hablan de entre 11.000 y 27.000 infectados el 20 de Enero de 2015, suponiendo que se pudiera tratar adecuadamente al 70% de los pacientes. En caso de que no exista

este tratamiento, la cifra podría ascender a 1,4 millones de infectados por el virus. (http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6303a1.htm?s_cid=su6303a1_w)

Los datos son abrumadores.

Pero si pensamos en cómo se está abordando el problema, la cuestión resulta aún más pavorosa. La atención que se está prestando a los pocos casos que existen en los países desarrollados frente a la que tenemos ante los cientos, miles de muertos, en África, hace saltar todas las alarmas relativas a la discriminación, la insolidaridad y la injusticia.

Hace no mucho, Arthur Caplan, bioeticista norteamericano, publicaba en el Washington Post una carta (<http://www.washingtonpost.com/posteverything/wp/2014/08/06/why-do-two-white-americans-get-the-ebola-serum-while-hundreds-of-africans-die/>) en la que planteaba las diferencias de tratamiento entre los enfermos norteamericanos y los africanos. En concreto, se refería al uso compasivo de medicamentos experimentales como ZMapp. Este tipo de fármacos requiere refrigeración, manipulación cuidadosa, monitorización por médicos y científicos expertos y, por tanto, una infraestructura de la que carecen la mayor parte de los hospitales de las zonas más afectadas. Pero además de estas y otras razones de carácter logístico, señala Caplan que hay una cuestión económica evidente: medicamentos escasos cuya investigación resulta muy costosa, no se van a donar gratuitamente y, por tanto, sólo algunos países pueden afrontar el gasto. La conclusión de Caplan es evidente: “Este brote de ébola nos ha enseñado dos cosas: que tenemos que actuar rápido para acabar con cualquier epidemia emergente allá donde ocurra, y que ha pasado mucho tiempo para tener una política pública transparente sobre qué hacer cuando no todo el mundo tiene la oportunidad de vivir”.

En nuestro contexto, en estos días en que lamentablemente se ha producido en Madrid el primer contagio fuera de África, nos encontramos con informaciones falsas en las redes sociales, que resultan alarmantes y generan un estado de opinión más proclive a la exaltación que al análisis prudente de la situación; noticias que tratan de hacer un seguimiento actualizado de lo que ocurre, pero que están sometidas a las declaraciones o posiciones imbuidas de intereses de todo tipo; movimientos sociales en pro y en contra de unas y otras actuaciones, que revelan la indignación, pero también el miedo y la desinformación de la población; decisiones cuestionables que dejan entrever falta de previsión y desbordamiento por la situación; etc.

Conviene promover un análisis serio de la cuestión, tanto para tomar decisiones prudentes en un tema tan grave, como para evaluar la corrección ética de nuestras acciones. Nos jugamos mucho en este tema.

Una iniciativa que se sitúa en esta línea de información y reflexión bioética sobre el ébola es la herramienta que ha puesto en marcha el *Kennedy Institute of Ethics* en colaboración con *O’Neill Institute for National and Global Health Law* y la *Georgetown University Law Library*: “The Ebola outbreak: a global conversation and resources” (bioethics.georgetown.edu/ebola/). Un espacio con publicaciones, posts, noticias, artículos y enlaces de especialistas en este tema.

Como comenta Natalia Millán, investigadora del Instituto Complutense de Estudios Internacionales de la UCM: “Así, destinar recursos económicos, políticos y técnicos para proteger los derechos y la vida de los ciudadanos africanos no sólo es un imperativo ético y moral básico para cualquier sociedad humana, sino que es la única opción realista para afrontar esta amenaza global que puede poner en peligro la vida de todas las personas del planeta. Quizás de esta experiencia podamos aprender que es necesario trascender a esta visión individualista, nacional y competitiva para enfrentar los problemas del desarrollo asumiendo que estamos en un único mundo que demanda soluciones compartidas y cooperativas; así la protección y el cuidado de las vidas humanas en cualquier parte del planeta es una responsabilidad de todos” (http://elpais.com/elpais/2014/10/09/planeta_futuro/1412858950_910978.html).

Lydia Feito

Profesora de Bioética. Universidad Complutense de Madrid

- [Segunda jornada - taller de la Sociedad madrileña de ética enfermera](#): “El quehacer ético de la enfermería”. 23 Octubre 2014.
- [I Congreso de la Asociación Nacional de Comités de Ética de la investigación](#). 17 Octubre 2014. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.
- [III Congreso Internacional de Bioética: el mejoramiento humano](#). 10-12 Noviembre 2014. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad de Valencia.
- [XVIII Encuentro internacional de Investigación en Cuidados](#). Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-ISCIII). Instituto de Salud Carlos III de Madrid. Vitoria-Gasteiz. 11-14 Noviembre 2014
- Jornada “[Autonomy and the other: a day conference on the nature and applications of autonomy](#)”. 28 Noviembre 2014. Center for Bioethics and Emerging Technologies (CBET). St Mary’s University Twickenham. Londres
- [10th World Conference. Bioethics, Medical Ethics & Health Law](#). Zefat Bioethics Forum. Jerusalén, Israel. 6-8 Enero 2015.
- SOCIEDAD INTERNACIONAL DE BIOÉTICA (SIBI): [Ciclo de Conferencias 2014](#). Lugar: Sede de la SIBI (Gijón) 12 Septiembre - 4 Diciembre 2014. 19:30 h. (excepto las de noviembre: a las 19:00 h. y la Conferencia de clausura: Centro de Cultura Antiguo Instituto, 19:30 h.). Entrada libre.

Bibliografía y fuentes de Bioética



- M. Casado: *La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco y la discapacidad*. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2014.
- J. de la Torre (ed.): *Neurociencia, neuroética y bioética*. Universidad P. Comillas. Madrid, 2014.
- E. Sgreccia: *Manual de Bioética*. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 2014.
- E. Lamm: *Gestación por sustitución*. Publicacions Universitat Barcelona, 2013.
- E. Parens: *Shaping our selves. On Technology, Flourishing, and a Habit of Thinking*. Oxford University Press, 2014.
- I. Persson & J. Savulescu: *Unfit for the future. The need for moral enhancement*. Oxford University Press, 2014.
- H. ten Have (ed.): *Bioethics education in a global perspective. Challenges in global bioethics*. Springer, 2014.
- G. Boniolo: *The art of deliberating. Democracy, Deliberation and the Life Sciences between History and Theory (Studies in Applied Philosophy, Epistemology and Rational Ethics)*. Springer, 2014.
- M. Hauskeller: *Better humans? Understanding the enhancement project*. Routledge, 2014.
- R. Green & N. Palpant (eds.): *Suffering and Bioethics*. Oxford University Press, 2014.
- J. Evans: *The History and Future of Bioethics: A Sociological View*. Oxford University Press, 2014.