

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

Por favor mire el retrovisor P.2

Corruptio Optimi Pessima P.4

Despedida P.7

Nacimiento antropología moderna P.8

Vino y bioética P.12

Caso clínico comentado P.13

Lectura: muerte y hospitalidad P.22

Salud no ausencia de enfermedad P.32

Desde la redacción

Hace muy poco que se ha marchado Gabriel García Márquez. Para quienes aman la literatura, las historias, la vida narrada, es una triste noticia. Ojalá todos aprendiéramos a escuchar más, a observar más, a aprender más, para después poder contar historias, poder construir mundos e imaginar modos de vivir. Esta es también la manera de resolver problemas, de encontrar respuestas y, en nuestro terreno, de hacer ética narrativamente. En sus palabras:

Estamos aquí para contar historias. Lo que nos interesa aprender aquí es cómo se arma un relato, cómo se cuenta un cuento. Me pregunto, sin embargo, hablando con entera franqueza, si eso es algo que se pueda aprender. No quisiera descorazonar a nadie, pero estoy convencido de que el mundo se divide entre los que saben contar historias y los que no, así como, en un sentido más amplio, se divide entre los que cagan bien y los que cagan mal, o, si la expresión les parece grosera, entre los que obran bien y los que obran mal, para usar un piadoso eufemismo mexicano. Lo que quiero decir es que el cuentero nace, no se hace. Claro que el don no basta. A quien sólo tiene la aptitud pero no el oficio, le falta mucho todavía: cultura, técnica, experiencia... Eso sí: posee lo principal. Es algo que recibió de la familia, probablemente no sé si por la vía de los genes o de las conversaciones de sobremesa. Esas personas que tienen aptitudes innatas suelen contar hasta sin proponérselo, tal vez porque no saben expresarse de otra manera. Yo mismo, para no ir más lejos, soy incapaz de pensar en términos abstractos. De pronto me preguntan en una entrevista cómo veo el problema de la capa de ozono o qué factores, a mi juicio, determinarán el curso de la política latinoamericana en los próximos años, y lo único que se me ocurre es contarles un cuento. Por suerte, ahora se me hace mucho más fácil, porque además de la vocación tengo la experiencia y cada vez logro condensarlos más y por tanto aburrir menos. (...)

Modestamente, me considero el hombre más libre del mundo -en la medida en que no estoy atado a nada ni tengo compromisos con nadie- y eso se lo debo a haber hecho durante toda la vida única y exclusivamente lo que he querido, que es contar historias. (...) Es decir, padezco de la bendita manía de contar. Y me pregunto: esa manía, ¿se puede transmitir? ¿Las obsesiones se enseñan? Lo que sí puede hacer uno es compartir experiencias, mostrar problemas, hablar de las soluciones que encontró y de las decisiones que tuvo que tomar, por qué hizo esto y no aquello, por qué eliminó de la historia una determinada situación o incluyó un nuevo personaje...

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

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

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

Consejo Editorial

Directora: D^a. Lydia Feito Grande

Colaboradores:

D^a. Gracia Alvarez Andrés
D. Carmen Astete
D^a. Etel Carod
D. David Curbelo
D. Tomás Domingo Moratalla
D^a. Concha Gómez
D. Diego Gracia Guillén
D. Jesús Herrero
D^a. Teresa Laínez
D^a. Elena Lorda
D^a. M^a Pilar Núñez-Cubero
D. Jose M^a Rguez. Merino
D^a. María Tasso
D^a. Concha Thomson

El boletín se publica trimestralmente.

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

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



Por favor, mire el retrovisor

Hace poco se publicaba en los periódicos una noticia comentando un estudio de seguridad vial, en el que se indicaba que somos pésimos conductores —a pesar de creer que tenemos conductas muy cívicas—, y que consideramos que son los demás los que lo hacen mal. Esta información puede invitar a la reflexión sobre los comportamientos al volante, la necesidad de reciclaje y formación continuada, etc., pero, sobre todo, sobre las actitudes de las personas, ese grave y siempre presente problema.

Cómo formar las actitudes, cómo modificarlas cuando no promueven hábitos saludables o conductas que contribuyan a la convivencia, cómo analizar los valores que revelan dichas actitudes, son temas que, como se podrá apreciar, no atañen exclusivamente a cuestiones como la seguridad vial o las normas de circulación. Sin embargo, éste es un buen símil.

Frecuentemente observamos cómo alguien cambia de carril sin indicarlo y, de un modo incluso temerario, sin haber mirado previamente las condiciones del entorno para determinar si hay otros vehículos en el carril, si su velocidad es la adecuada, o si, en el mismo momento, otro conductor ha tomado la misma decisión y se acercan peligrosamente a una colisión. También es demasiado común ver cómo alguien decide inesperadamente girar en una calle, provocando que alguien tenga que frenar, o se coloca incorrectamente en el extremo opuesto, esperando en un semáforo, para después atravesar varios carriles para girar donde le conviene, originando el consiguiente caos. Y es posible también ver cómo el vehículo que circula delante de nosotros se detiene y da marcha atrás, obligándonos a hacer lo mismo, porque unos metros antes había un espacio para aparcar que le viene bien.

Los ejemplos son infinitos.

En buena parte de ellos, si no en todos, nos suscita un comentario: “¡Mire el espejo retrovisor!”. Tan sólo ese gesto, mirar, atender a lo que nos rodea, observar lo que hay en el entorno, calcular las consecuencias de nuestras acciones, pensar si podemos entorpecer o molestar, revela una actitud muy diferente frente al mundo, evidencia que no nos consideramos átomos aislados, sino elementos que formamos

parte de un todo, en el que influyen nuestros actos y nuestras decisiones.

Su contrario, esa aparente indiferencia a lo que nos rodea, a los demás, a lo que ocurre, al daño potencial, revela un concepto egocéntrico de uno mismo, y una suerte de irracional egoísmo bastante insensato que puede conducir, paradójicamente, a consecuencias negativas para el propio individuo.

“Mire el retrovisor” no es más que una consigna de prudencia, una llamada de atención al contexto, al entorno, a la actuación responsable tras un análisis ponderado de las circunstancias y una evaluación de las consecuencias. Y también un modo de subrayar que los seres humanos vivimos en sociedad, que no podemos prescindir de los otros, y que conviene promover una convivencia solidaria —incluso aunque fuera tan solo por pura utilidad y beneficio personal—.

Prestar atención al mundo y a las personas que viven en nuestro entorno nos permite tomar conciencia de la realidad, conocerla y poder tomar decisiones más acertadas en el futuro. Nos hace conscientes de las interrelaciones en las que nos movemos y de cómo nuestras actuaciones influyen en el desarrollo de los acontecimientos. El famoso “efecto mariposa” es la expresión más palpable de la interconexión que existe en el mundo. Pretender ser ajena a ella es, sencillamente, estar fuera de la realidad.

Pero además, hay una actitud de escucha, de atención, de interés por lo que ocurre, por lo que hacen los demás, por lo que afectan mis acciones, que es la clave de la ética. El primer mandato de la ética es la antigua, pero incontestable, regla de oro: no hacer a los demás lo que no quisiera que me hicieran a mí. Esa regla, bastante intuitiva y basada en la supervivencia, es una base para un compromiso moral de no dañar, por la vía de la identificación del otro ser humano como alguien igual que yo. Tan sólo con esa recomendación se afirman cuestiones fundamentales como el reconocimiento, la igualdad, la justicia, la reciprocidad y la preservación del daño. Al no poder dejar de lado al otro porque eso me supondría un mal a mí, se genera un compromiso mutuo que inaugura el respeto y también el cuidado y la solidaridad.

Por supuesto, se puede ir más allá, apelando a un reconocimiento del otro que esté basado en su condición de ser humano, incluso cuando lo caracterizan muchos rasgos diferentes a los míos, o cuando no es tan evidente que exista una relación entre nosotros por la que observar la regla de oro pudiera suponer un beneficio potencial para mí.

Buena parte de las teorías éticas se han dedicado, a lo largo de la historia, a intentar buscar ese fundamento, esa raíz desde la cual poder afirmar que debemos comportarnos de modo tal que beneficiemos a la humanidad.

Ya sea apelando a un ideal de virtud, a un modelo de persona, a una conducta considerada correcta, a un esquema de convivencia y ciudadanía, a la condición de ser humano, a los derechos reconocidos, etc., sea cual sea el modo de justificarlo, parece claro que siempre buscamos promover la humanidad, construir un mundo en el que las personas puedan vivir juntas.

Por eso, no mirar el retrovisor es, lamentablemente, una forma de matar la ética.

Si nadie mirase el retrovisor, la sociedad sencillamente se destruiría. Desaparecerían los lazos que nos unen, y nos convertiríamos en lobos para nosotros mismos. Ha habido más de un pensador que ha considerado que esta es la auténtica naturaleza humana, agresiva y destructiva, la que obedece sólo al interés propio, por la vía de la aniquilación del contrario.

La sociedad basada en la confianza entre los ciudadanos puede permitir una existencia pacífica, en la que, comprendiendo e integrando las diferencias, se pueda crear un marco de libertad para que cada uno viva como mejor le parezca. Las normas y pautas que nos demos a nosotros mismos servirán para garantizar ese espacio de modo que todos puedan disfrutar de él. Convencidos de su bondad, asumiremos todos la parte de responsabilidad que nos corresponde, y contribuiremos al mantenimiento de esa estructura que posibilita la convivencia, que sirve de soporte para todos y que se dota de herramientas para afrontar las dificultades de todos y las de cada uno. No necesitaremos que nos controlen, que nos vigilen, que nos pongan muros o prohibiciones, porque actuaremos en conciencia, convencidos de que nuestro interés compartido es la base de un mundo humano.

Si optamos por no mirar el retrovisor, cada uno de nosotros desconfiará del que está al lado, sospechará que puede dañarle o perjudicarlo y por tanto se protegerá con los medios que estén a su alcance. En el mejor de los casos adoptará una actitud defensiva, en el peor, agresiva. Nadie asumirá responsabilidades ni contribuirá al bien común, porque en la jungla de la supervivencia, su única preocupación será salvarse frente a los demás, defender sus propios intereses, sean cuales sean las consecuencias para los otros. Esos otros no son iguales, no son amigos, son extraños y potenciales enemigos. El único modo de vivir será poner normas, prohibiciones, policías, muros, cámaras de vigilancia, etc., y la libertad será tan sólo un sueño de visionarios.

Obsérvese cómo anda nuestro mundo, y véase por cuál de los dos modelos de sociedad parece que hemos optado.

Todos y cada uno de nosotros somos responsables de esta situación. No es lícito pensar que somos meras víctimas del “sistema”. Cada vez que en nuestro entorno profesional nos dedicamos más a quejarnos y a escudarnos en “lo mal que está todo” para justificar nuestras acciones, estamos contribuyendo a generar la sociedad de la desconfianza. Cada vez que alguien que actúa por el bien común se siente estúpido –o se lo hacen sentir– por no haber defendido su interés propio, gana terreno la insolidaridad. Cada vez que amparamos o pasamos por alto actitudes o acciones inaceptables, estamos inclinando la balanza hacia ese “lado oscuro” de la sociedad de lobos. Y nos convertimos en cómplices de la situación.

Si queremos una sociedad basada en la confianza, debemos cambiar las actitudes y promover un modelo de convivencia en el que las claves sean el respeto y la libertad. No es posible vivir sin dejar vivir a otros. No se puede vivir en un mundo humano sin compromiso responsable por su construcción. No se puede reclamar justicia sin defenderla y ejercerla. No se puede buscar el bien propio a costa del bien común. Somos parte de un tejido que es necesario proteger, tratando de trabajar juntos, más que de forcejear para romperlo. En ello nos va la convivencia y el futuro.

Por todo esto, por favor, mire el retrovisor.

Lydia Feito
Profesora de Bioética
Universidad Complutense de Madrid

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



Corruptio Optimi Pessima

“La corrupción de lo mejor da como consecuencia lo peor.” He aquí uno de esos socorridos proverbios en los que la humanidad ha ido concentrando la sabiduría de siglos, incluso de milenios. Los proverbios o refranes necesitan ser breves y precisos, a fin de que puedan memorizarse sin dificultad y sirvan de orientación a la conducta de las gentes. Ahora, cuando los escándalos abundan, se le recuerda con frecuencia. ¿Qué quiere decir? ¿Qué significa?

Comencemos por la primera palabra, corruptio, corrupción. Es un término principalmente biológico. La corrupción es el proceso opuesto a la generación. Conservamos un libro de Aristóteles cuyo título, en traducción latina, reza De generatione et corruptione. Al corromperse las cosas se desintegran, pierden su estructura y, por tanto, mueren. La corrupción es un tipo de desintegración o descomposición, pero peculiar. Zubiri decía que no es lo mismo ver cómo una casa se derrumba que contemplar a alguien tirando una casa. Lo primero siempre provoca sorpresa y hasta espanto. El desmoronamiento de algo desde dentro de sí mismo tiene algo de estremecedor. La corrupción biológica produce un efecto similar. No es que alguien acabe con un cuerpo o una vida, es que ella se desintegra, pierde su estructura, desaparece como tal. Si comienza y aparece por generación, termina y desaparece por corrupción.

Pero, se dirá, no es de esa corrupción de la que estamos hablando, sino de otra que tiene carácter moral y afecta a las costumbres. Y es verdad. La corrupción de que hablamos es un problema moral, no físico. Pero andemos con cuidado, porque ambos términos no se contraponen tanto como parece. La corrupción moral comienza siendo un “acto”, pero como todo acto, o quizá más que otros muchos, tiene como inherente la tendencia a repetirse y acabar en “hábito”. Los hábitos morales pueden ser positivos o negativos. A los primeros se les denominaron “virtudes” y a los segundos, “vicios”. La corrupción es, según esto, un vicio, un hábito moralmente negativo, un hábito inmoral. Vicio es la traducción que los latinos hicieron del término griego *kakía*, que quizá fuera más lógico verter por corrupción. En el lenguaje común, el vicio ha dejado de ser cosa importante. Dice que tiene el vicio de fumar quien es indulgente con su propia práctica, y por tanto quien no lo considera negativo, o muy negativo, o que quizá llega a estar orgulloso de él. Se atribuye a Benavente la sentencia: “bienaventurados los que me imitan, porque de ellos serán mis defectos”, que, para Benavente, no eran tales sino cualidades positivas, habida cuenta de que parecía estar muy orgulloso de ellas. El avaro no ve la avaricia nunca como un vicio sino como una virtud, la del ahorro, *et sic de caeteris*.

El vicio moral no es sólo moral, porque se incrusta en nuestra naturaleza y adquiere estructura física. De hecho, los escolásticos denominaban a este conjunto de hábitos aprendidos, positivos y negativos, segunda naturaleza. En ese sentido, cabe decir que el vicio troquela la naturaleza, la altera y puede hasta acabar con ella. No otra cosa sucede en muchas de las enfermedades crónicas, la anorexia, la bulimia, muchas adicciones, etc. De ahí la propuesta que hice tiempo atrás de traducir *kakía* no por vicio sino por corrupción. La corrupción es un proceso físico, el contrario al de generación. El término griego para corrupción es *phthorá*, que significa también ruina. Es una ruina no sólo moral sino también física. Y ello porque se convierte en condición física de una persona, en hábito. El corruptor corrompe no sólo lo que hace sino también a los demás. De ahí que *phthoreús* signifique corruptor o seductor. El vicio es una corrupción de la naturaleza. Hay personas corruptas, lo mismo que hay países corruptos. En todos los casos se trata de lo mismo, de hábitos de comportamiento que convierten en usuales cosas que no debían serlo. Esto es importante tenerlo en cuenta, porque el remedio de estas situaciones es muy difícil.

La corrupción, como el vicio, comienza siendo un fenómeno o hecho puntual, un “acto”, pero con una cierta inercia interna que le lleva a perpetuarse, por lo que se transforma inmediatamente en “hábito”, en hábito físico, poniendo el acento en esta última palabra. Esta especie de troquelado físico de la personalidad del corrupto es lo que expresa en castellano la palabra “condición”. Más que acto o hábito, se trata de una condición; se es de “condición corrupta”, lo mismo que de “condición enfermiza”.

¿Por qué? Los actos humanos siempre objetivan o plasman valores, sean estos positivos o negativos. Al obrar optamos, y la opción lo es siempre de valor. Ahora bien, el obrar es práctico, hace o deshace, fijando en la realidad esos valores positivos o negativos. Al ayudar a una persona en necesidad estoy plasmando un valor, y cuando le agredo también estoy plasmando otro. Quiero decir con ello que a través de mis actos los valores adquieren presencia social, se hacen presentes en la sociedad, pasan de ser elementos de mi subjetividad a hacerse objetivos, se objetivan y cobran realidad fuera de mí, adquieren vida propia. Ese depósito objetivo de valores es lo que constituye la cultura. La cultura es un depósito de valores, tanto positivos como negativos. Él es la matriz desde la que proyectamos nuestros nuevos actos, de modo que condiciona y hasta determina éstos. Y precisamente porque los condiciona, tiene para nosotros un carácter muy distinto al de los actos e incluso al de los hábitos; es más, es “condición”. Se es de “pobre condición”, etc.

Es importante que veamos la distancia que media entre la corrupción como “acto”, como “hábito” y como “condición”. Lo sorprendente y también lo preocupante es la rapidez con que la corrupción pasa de acto a condición. Cuando sucede esto último, que es muy frecuentemente, entonces su malicia sube de grado. Zubiri distinguió cuatro tipos de males, que denominó maleficio, malicia, malignidad y maldad. En esta escala, el último lugar, el más grave, es el de la maldad, que es el mal convertido en estructura objetiva, en condición sociohistórica. Hay estructuras del mal y estructuras del bien. La corrupción es una de las estructuras del mal que tienen, como diría un genetista, mayor “penetrancia”.

Al utilizar el término corrupción en sentido moral, lo acompañamos de ciertos adjetivos; así se habla de “corrupción política”, o de “corrupción económica”, “corrupción de menores”, etc. Hay corrupción de muchos tipos. En el dicho latino que encabeza estas líneas, el sustantivo *corruptio* va acompañado de un adjetivo, *optimi*. *Optimus* es el superlativo de *bonus*, y por tanto significa el mejor o lo mejor, y como *optimi* es genitivo, se trata de la corrupción del mejor o de lo mejor. Hay corrupciones más importantes y menos importantes. Y las más graves son las que afectan a los mejores. La corrupción del óptimo da como consecuencia un tipo humano que es, literalmente, el pésimo.

¿Quién será éste? Para un griego la respuesta no ofrece ninguna duda: el político. El ejercicio de la política es para ellos un arte nobilísimo; tanto, que debe ser desempeñado por “los mejores” entre los habitantes de una ciudad, los *áristoi*. La razón es obvia: en sus manos ponemos el “bien común”, el bien de todos, que es superior al bien de cada uno en particular y al de la suma de todos ellos. Se trata de un bien distinto, indispensable para que los propios individuos puedan alcanzar el suyo propio. Por eso la ética la concibieron los griegos como una parte de la política. El que busca su propio bien al margen del bien común recibió en Grecia uno de los calificativos más duros que pensarse puedan, el de *idiótes*.

Max Weber consideraba conveniente que quienes van a dedicarse a la cosa pública, arreglen antes sus asuntos privados, también los económicos, a fin de que vivan “para” la política, pero no “de” la política. De hecho, el gestionar los bienes públicos en beneficio propio o particular, o como si de bienes privados se tratara, es lo que define mejor el término corrupción. No es que no haya o pueda haber corrupciones privadas; es que la corrupción mayor, y por tanto la pésima, es aquella que se lleva a cabo con bienes públicos; es, por tanto, lo que cabe denominar, de modo completamente preciso, “corrupción política”.

Y es que la corrupción, en su acepción más lata, viene a identificarse con cualquier tipo de vicio moral. No atañe sólo a la gestión incorrecta del dinero, de tal manera que sea corrupto quien se lucra económicamente de modo indebido. Este es un tipo de corrupción, quizá el más

frecuente. Pero *stricto sensu* la corrupción tiene que ver con el manejo inadecuado de los bienes públicos, ya sean económicos o de cualquier otro tipo. El nepotismo, por ejemplo, es una forma de corrupción, y no consiste, al menos directamente, en puro lucro. Puede ejercerse por razones distintas al lucro, como por ejemplo el afán de poder o el afán de conservar el poder.

A partir de aquí podemos definir la corrupción como el manejo incorrecto de los bienes públicos. La institución pública es el Estado, y los bienes públicos son los propios del Estado, que de una parte son riquezas, pero de otra consisten también en honores, y que cabe concentrar más y designarlos con una sola palabra: poder.

El poder del Estado tiene un solo objetivo, la gestión del bien común. Y si esta expresión tiene algún significado, es que hay algo distinto de los bienes individuales. Cuando menos hay que decir que el bien común es el bien general, por contraposición a los bienes particulares. Lo que es bueno para el común puede no serlo para mí, y viceversa, mi bien individual puede estar reñido con el bien común. El Estado surge por un acto moral, el acuerdo de voluntades entre los firmantes del contrato social, por el que se limitan los bienes privados por razones de bien común, o como hoy prefiere decirse, y el cambio no es baladí, de utilidad pública.

¿Qué es corrupción? Es apropiarse bienes públicos y convertirlos en privados, es gestionar los bienes públicos como si fueran privados, de tal modo que beneficien a unos cuantos en perjuicio de todos los demás. Al que roba a un privado se le llama ladrón. Es un tipo de corrupción, pero no el mayor. A quien se apropia ilícitamente de bienes públicos le corresponde con mayor propiedad el calificativo de corrupto. Utilizar el poder público para la consecución de intereses privados es corrupción. De ahí que sea el pecado capital de los políticos y gestores públicos. Los ciudadanos de a pié también podemos ser corruptos es este sentido, no pagando los impuestos debidos, o sobornando a los poderes públicos, etc., etc.

La expresión latina dice *corruptio optimi pessima*. La frase suele traducirse mal, haciéndola decir que la corrupción de los mejores es lo peor. Pero *optimi* no es genitivo plural sino genitivo singular, y por tanto significa “de lo mejor” o “del mejor”. El mejor es, como ya hemos visto, el político, la persona pública, y lo mejor es el Estado. Aristóteles lo dice por activa y por pasiva. La corrupción del Estado es la mayor de las desgracias, es la pésima, precisamente porque se trata de la institución que gestiona el bien común. Si eso se adultera, el ser humano vuelve al estado de naturaleza, ese en el que, según Hobbes, impera el *homo homini lupus*, que en inglés barriobajero viene a ser sinónimo de *the last one's a sissy*.

Ahora podemos concluir algo de la máxima importancia. El término corrupción tiene un sentido descriptivo que sirve para designar una fase en el decurso de todo viviente; es la “corrupción biológica”. Tiene otro sentido claramente evaluativo, que viene a identificarse con la objetivación social de ciertos valores negativos; así, cabe hablar de “sociedad corrupta”, o de sociedad de “condición corrupta”. Pero tiene otro sentido, el tercero, que es directamente prescriptivo o moral. En él, la palabra corrupción viene a identificarse con hábito o vicio. Y cuando al sustantivo corrupción se le añade el adjetivo pésima, entonces sirve para designar unos actos morales negativos muy concretos, aquellos que consisten en la gestión de los bienes públicos como si fueran bienes privados, es decir, en la apropiación ilícita e incorrecta de los bienes públicos por motivos privados o por personas privadas. No deja de ser aleccionador que la sociedad haya reservado uno de los términos más fuertes de que dispone, el de corrupción, en su sentido más fuerte, para designar la apropiación indebida de bienes públicos. Es una de las conductas morales que las personas juzgan como más negativas y reprensibles. Ello se debe a que atenta contra la institución llamada perfecta, la que siempre, de Platón a Hegel o a Marx, se ha considerado más importante desde el punto de vista moral, el Estado. Y también a que, como sucede en la corrupción biológica, comienza siendo puntual pero contamina o contagia rápidamente al resto, difundiéndose por doquier y desintegrando el cuerpo entero. La corrupción pública es, por ello, la máxima inmoralidad.

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Despedida

L. ha muerto. Hemos ido algunos de los que la queríamos bien a acompañarla en su última despedida... Una ceremonia religiosa al uso, oficiada por un sacerdote ("cura" se autollamaba él) aún joven, mientras en las radios y televisiones de locales públicos y de casi todos los hogares, sonaba el sonsonete inconfundible de los niños y niñas de San Ildefonso cantando la Lotería de Navidad.

L. también era una niña. Pero no de San Ildefonso, ni siquiera era española. Emigrantes de Colombia, la conocimos con 10 años, aquejada de una grave enfermedad, que desde entonces salpicó su vida, hasta que la venció, poco después de cumplir los 16.

A L. no le interesaba la lotería de Navidad, ni a sus padres, ni a sus hermanos. No sé si al cura, quien al menos debía pensar que todos los asistentes al sepelio teníamos prisa. Así lo anunció al comenzar el acto: *"normalmente no hacemos homilía los domingos para no alargar, pero hoy es un día especial..."*. Y, para despedir a L., nos contó la primera vez que, a sus 25 años, ofició el sepelio de otra joven de su edad fallecida de Leucemia. Nos contó cómo un niño de 8 años en su catequesis le preguntó *"algo que sólo Dios sabe"*, tras haber perdido a dos primitos atropellados por un furgón. Nos contó cómo una enfermera, de profunda fe religiosa, confortaba a los papás de una niña ingresada en la UCI tras haber sufrido un accidente, exhortándoles a que no abandonaran su fe, justo ahora en que, ante la pérdida inminente de su hijita, iban a necesitarla más que nunca.

Señaló, que precisamente *"porque teníamos Fe"* nos encontrábamos allí reunidos, en vez de haber conducido a L. directamente al cementerio. Y nos indicó que: *más adelante se celebraría una ceremonia "como Dios manda"*.

Por tres veces nos recordó que L. ya era un cadáver. Que ella había terminado ya su ciclo en este mundo, para comenzar esa *"otra vida"*, que nos espera a todos. Y todo ello con voz monótona, casi estoica, salvo quizá, cuando rememoraba sus experiencias personales sobre otras muertes que nada tenían que ver con la de L.

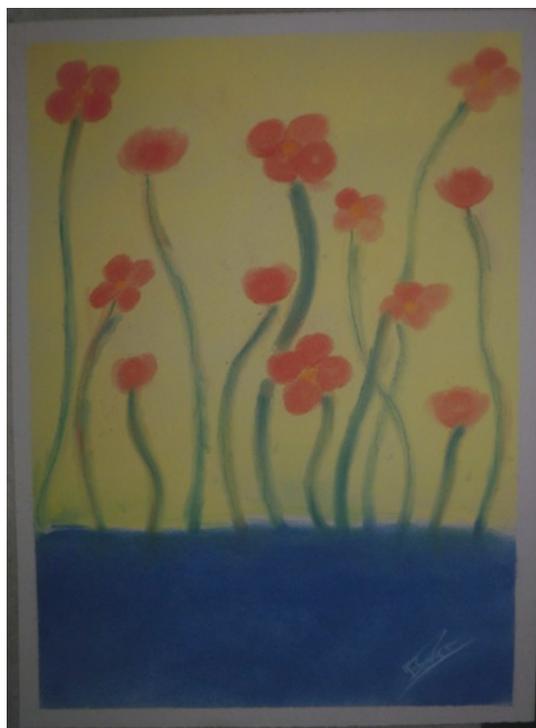
Sólo por una vez destacó su característica más sobresaliente: su sonrisa, y su capacidad para contagiarnos a los demás, incluso en momentos difíciles, ayudando así a su familia y a los que la rodeábamos, a suavizar el trance.

Y yo, no cesaba de preguntarme si aquel discurso frío, apresurado, que divagaba hacia fallecidos y muertes ajenas a nuestra querida L., podía ayudar a una familia, sumida en la pena, a retener los mejores momentos de su hija y a elaborar su duelo.

Sus coleguillas del colegio no dijeron nada. Nadie habló además del cura. Nadie aplaudió. Se oían sollozos, pero entre todos, no fuimos capaces de romper el rutinario sermón del cura y acompañar con nuestras sonrisas la de L., que sin duda ya se elevaba hacia su más Allá.

He asistido a despedidas, religiosas o no, mucho más cálidas, donde alguien recordaba someramente desde el sentimiento profundo la biografía más destacable de la persona (no el cadáver) a quien estamos despidiendo. Donde algún ser querido le dedicaba algún poema, donde sonaban sus temas musicales favoritos, donde la solemnidad y el sentimiento cobraban un sentido en sí mismos, independiente de las creencias que cada uno profesa.

L., como bien nos confirmaron su papás, conservó su sonrisa hasta el mismo momento en que perdió su vida, en su hogar, rodeada por los que más la querían y cuidada por nuestro equipo de atención domiciliaria. Ella fue una más de nuestros "pequeños grandes maestros" que, con su entereza, enseñan cada día a reflexionar en Valores a los que tenemos el privilegio de compartir con ellos retazos de una vida prematuramente sesgada por una enfermedad, el cáncer, que aún hoy, le toma la delantera a la ciencia médica.



Asistir como testigo presencial a esta ceremonia que, desde la indudable buena intención del cura, me pareció a todas luces cargada de matices impropios, me llevó a reflexionar sobre las **actitudes** y **aptitudes** necesarias para una ayuda eficaz en la elaboración del duelo.

No hay palabras para confortar a unos padres que acaban de perder a su hija, ni siquiera el diccionario la tiene: quien pierde a su esposo o esposa es viudo o viuda, quien pierde a su padre o madre es huérfano o huérfana, pero ¿qué es el que pierde a un hijo o una hija?

Sin embargo, hay actitudes sinceras de acompañamiento, así como centenares de tópicos nocivos que se deben evitar. La **actitud**, es una disposición de ánimo para hacer algo, generalmente intrínseca a nuestra personalidad que se suele ejercitar de forma espontánea incluso inconsciente, aunque también se puede aprender y entrenar.

La **aptitud** es la capacidad o idoneidad para desempeñar de forma adecuada un empleo o arte. Y se adquiere a través del conocimiento y formación adecuados.

En un funeral, oficiado por un sacerdote, se espera de él que tenga **aptitudes** y **actitudes** adecuadas para ejercer la misión que en ese momento tiene encomendada: el arte del acompañamiento, el de consolar y confortar a la familia, allegados y amigos que se han reunido para dar un último adiós.

Se espera del sacerdote que consiga transmitir un mensaje **esperanzador** a la familia, lo que parece inviable desde la emulación de otras muertes que nada tienen que ver con la de la persona amada. Esta actitud más bien conduce al tópico “*mal de muchos consuelo de tontos*”, y a una exigencia tácita de “*fortaleza ante la adversidad*”, poco adecuada en el momento más agudo del duelo.

Aún para los no creyentes, la asistencia al funeral es una buena manera de decir adiós, recordando con cariño al que se va y acompañando a sus familiares. Un acto que puede resultar oportuno, es la lectura de algún escrito simbólico o especial por parte de algún allegado, lo que propicia la sintonía emocional de los asistentes, siendo útil además como recurso de consuelo adicional. Igual efecto produciría la audición de su música favorita o el simple recuerdo silencioso de aquellos momentos inolvidables que a cada uno nos dejó.

El funeral, es el recogimiento íntimo por la pérdida de un ser querido, que debe ser el principal y único protagonista de su propia despedida. En este contexto, están de más las alusiones a otras muertes y experiencias personales, ahora completamente ajenas a las personas que están en duelo.

Así como es obligación ética del médico ser capaz de empatizar con cada uno de sus pacientes con el fin de humanizar la relación con sus pacientes, de igual modo los sacerdotes profesionales que trabajan en el entorno del duelo, deberían desarrollar habilidades de comunicación empática como parte integrante de su formación en este campo.

L. vivió y supo disfrutar, desde su inocencia, una escueta vida ejemplar marcada por la enfermedad. En verdad se merecía una despedida más íntima, cálida y personal. Con todo mi cariño, brindo este homenaje sincero a esa personita que tuve el privilegio de conocer.

A L., donde quiera que estés:

- Te voy a hacer un regalo:

...cuando mires al cielo, por la noche, como yo reiré en una de ellas, será como si para ti rieran todas las estrellas. ¡Tú tendrás estrellas que saben reír! Y cuando te hayas consolado, estarás contenta de haberme conocido. Serás siempre mi amiga. Y tus amigos se asombrarán al verte reír mirando al cielo. Entonces les irás: “sí, las estrellas siempre me hacen reír” y ellos te creerán loca... Parecerá que me he muerto y no será verdad...

(de “El Principito”. Antoine de Saint---Exupéry)



María Tasso

El nacimiento a la luz de la antropología moderna

La llegada de un nuevo ser a este mundo, es un acontecimiento, marcado en general, por una gran alegría, y así nos lo refiere el texto bíblico: *Cuando una mujer va a dar a luz, se angustia, porque le ha llegado la hora; pero una vez que ha dado a luz, ya no se acuerda de su angustia, por la alegría de haber traído un hombre al mundo.*

El Nacimiento, hace referencia al momento en el cual un feto humano deja el útero materno para empezar a formar parte del mundo, coincidiendo con la finalización del embarazo.

De la Antropología podrían darse muchas definiciones, por elegir una, citaré la que figura en el Diccionario de la Real Academia Española: "La Antropología es el estudio de la realidad humana, es la Ciencia que trata de los aspectos biológicos y sociales del hombre", (DRAE, 22.ª Edición, 2001).

La antropología del nacimiento hace referencia a la comprensión de la gestación-parto-nacimiento y puerperio en sus dimensiones biológicas, y sus significados culturales. Cada sociedad organiza la atención del nacimiento en relación con el sentido y significado que le confiere a dicho momento.

Consideraré:

- En primer lugar, la gestación y el desarrollo de un nuevo ser humano, a lo largo del embarazo, proceso en el que el embrión primero y el feto después se orquesta su propio desarrollo, interaccionando un diálogo bidireccional con los sistemas maternos y que culminará en el nacimiento o entrada de un nuevo ser, un nuevo ciudadano, en el ámbito de la sociedad que le acoge.
- En segundo lugar, las posibilidades que ofrece la biotecnología moderna al tratamiento de la infertilidad y cómo ésta se ha beneficiado de las nuevas tecnologías acuñadas bajo el nombre de "Procreática", que han llevado a alegrar el hogar de muchas parejas, con un nacimiento, que años antes hubiera sido impensable.
- En tercer lugar, el papel de la antropología moderna, con la evolución de las sociedades democráticas y del Bienestar, y la influencia de la Biopolítica, sobre el control, la normativización y su poder sobre la gestación, y el nacimiento.

I) ANTROPOLOGÍA DEL NACIMIENTO: comprensión de la gestación-parto-nacimiento y puerperio en sus dimensiones biológicas, y sus significados culturales.

Todas las especies creadas, están orientadas a reproducirse, pero la pareja humana presenta ciertas peculiaridades: se da una disociación entre la relación sexual y los períodos de fecundidad, la ovulación es prácticamente muda, sin ser expresión de apareamiento. La discreción amorosa de los humanos es una consecuencia de las características psicológicas del espíritu humano. Más allá de la pulsión natural se ha desarrollado el cuerpo del sentimiento moral, de la complicidad, de la entrega y del altruismo que son esenciales de la pareja. Se ha pasado del instinto de reproducirse, a la autonomización del placer y del amor.

Existe, además, una relación específicamente humana entre los genitores y sus descendientes. La filiación es, para los reproductores, el medio de transmitir sus genes a un linaje (descendencia), el *homo sapiens* ha inventado, además, la filiación por el espíritu, que puede llevar a una disociación entre este tipo de filiación y la genética, en caso de adopción o de reproducción asistida por donante, aunque en esos casos el lazo parental no es inferior, muchas veces, al de una reproducción sexual al interior de la pareja.

GESTACION y PARTO

Gestación quiere decir, concebir, llevar y sustentar en el propio seno un ser de las mismas características biológicas, hasta el momento del parto. La mujer se convierte así en portadora de vida, creadora como la tierra que transforma la semilla recibida.

En las sociedades primitivas se da una diferencia según sean poblaciones nómadas o sedentarias. Las primeras, presentan una menarquia tardía y una lactancia larga lo cual alarga el periodo intergestacional, mientras en las sociedades sedentarias, el período menstrual aparece más precozmente y la lactancia es más corta, y por ello los espacios intergenésicos son más cortos y aumenta la posibilidad de embarazos.

Un ejemplo de esto ha podido ser estudiado en algunas poblaciones cerradas, con fuertes vínculos de carácter religioso, en algunos lugares de los Estados Unidos. Los Huteritas presentan una pubertad temprana, tienen una edad media de casamiento a los 22 años, una tasa de fertilidad de 498/1000 entre los 25 a 29 años, lo cual representa un nacimiento por mujer cada 2 años y su promedio de hijos, en 10,6 por familia consolidada.

En nuestras sociedades la mujer viene a tener la primera ovulación a los 12,5 años de promedio y la lactancia es más corta. Todo ello hace que la mujer que no utiliza métodos anticonceptivos tiene unas 500 oportunidades de embarazo, que pueden ocurrir en cualquiera de los 1500 días fértiles, si tenemos en cuenta, que una mujer es fértil 3 días de cada ciclo, el de la ovulación y los dos días previos, al no tener el óvulo más que un día de vida media, a diferencia del espermatozoide con un promedio de 3 días de vida. Hoy día si la media es de 2 a 3 hijos y por cada embarazo se eliminan unos 20 ciclos ovulatorios o menstruales, lo que representa una supresión de 40 a 60 ciclos en la vida de una mujer, ¿qué control para las 500 ovulaciones posibles?.

Cuando hay fecundación, el cuerpo de la mujer reacciona y desarrolla múltiples modificaciones para permitir el desarrollo del embarazo y mantener la vida del embrión y feto.

Fertilizado el óvulo, los pronúcleos masculino y femenino se acercan mutuamente, pierden la membrana nuclear, quedando libres los cromosomas de ambos en el citoplasma, de esta célula, llamada **zigoto**. Se organiza entre sí el material genético de ambos progenitores y solamente se volverá a formar una membrana nuclear al completarse la primera división celular, momento en que pasará a llamarse **embrión**

El embrión inicia su camino hacia el útero. La organización del embarazo, su establecimiento y mantenimiento está determinado por los tejidos fetales. El feto envía mensajes a la madre en un sistema bidireccional de comunicación que es esencial para la implantación correcta. Este sistema consta de 2 brazos: uno placentario o endocrino y otro paracrino o extraplacentario.

A partir del 6º al 7º día, desde la fecundación, se inicia el proceso de **implantación**, fenómeno complejo de intercambio de información entre el blastocisto y el endometrio de la madre, que se completa, hacia el 12º día en que queda totalmente envuelto y anidado en el espesor de la mucosa uterina o endometrio.

El embrión, primero, y a partir de la 8ª semana el feto, juega un papel dinámico en este proceso dirigiendo la orquestación de su propio destino. En primer lugar interactúa en su propia implantación a partir del 6º día de la ovulación, no siendo el endometrio esencial ya que puede implantarse en cualquier otro tejido. Asimismo modifica la expresión trofoblástica de los antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) para facilitar la aceptación del injerto fetal, y una vez terminada la implantación, (día 12 a 14), suprime la expresión de los antígenos HLA de los tejidos extraembrionarios que entran en contacto directo con las partes maternas, mediante un fenómeno de camuflaje, para mantener la aceptación del injerto fetal semialogénico.

Una vez implantado, el embrión continúa su desarrollo. El día 14 tiene la forma de un disco embrionario de tres hojas. Entre los días 16 y 21 comienza la angiogénesis y formación de la red vascular. El día 18 posee un corazón primitivo que comienza a latir irregularmente el día 21 y lo hace de manera regular a la 5ª semana. A las 8 semanas, prácticamente concluida la organogénesis o formación de los órganos, pasará a denominarse feto.

La nutrición embrio-fetal, se realiza mediante un secuestro placentario de nutrientes. El sincitiotrofoblasto primero y la placenta después, extrae y secuestra los nutrientes esenciales a partir de la circulación materna.

Una nueva vida ha iniciado su camino, aún la barriga no crece y ya los hijos brillan en los ojos de la madre. Todos los sistemas del organismo materno han de adaptarse fisiológicamente al espacio y al mantenimiento del embarazo. *El embarazo es, sin embargo, un tiempo privilegiado en que la madre y el hijo tejen lazos indispensables que condicionan el futuro.*

Salvados los obstáculos y cumplido el tiempo, se da un cese de la participación fetal al mantenimiento del embarazo mediante el cese de la aquiescencia uterina. El feto controla, así, su destino determinando el momento del parto. La llegada de éste brinda un nuevo y profundo significado a la mujer. Ahora ella es otra, y su vida tiene otro sentido, y tal vez sea esta nueva identidad la que le permita un crecimiento interior en amor, servicio y entrega a sus hijos. Es que *ahora, además de mujer, es madre, "la palabra más bella pronunciada por el ser humano" (Kahil Gibran). La primera etapa de relación entre la mamá y el bebé es de enamoramiento.*

En los días que siguen al parto, el organismo de la mujer inicia su regresión al estado previo, hasta recuperar su estado fisiológico normal, con el embellecimiento de la maternidad.

La reproducción ha convertido a la mujer en madre y el hecho de ser madre cambiará su vida de mujer. Este cambio supone el compartir la experiencia de tener un hijo. La adaptación a unos cambios horarios en función de la atención al pequeño. La instalación de una nueva relación de pareja. El trabajo y la preocupación ya no tienen fin. Escribió cierta vez un poeta, que *los ojos de las madres continúan brillando en la penumbra de la noche aún después que todas las luces se apagan.*

II) LA BIOTECNOLOGÍA MODERNA AL SERVICIO DEL NACIMIENTO

Con el desarrollo de la biotecnología nos encontramos ante una nueva realidad, las posibilidades que estas tecnologías ofrecen al tratamiento de la infertilidad y como ésta se ha beneficiado de las nuevas técnicas acuñadas hoy día, bajo el nombre de "Procreática".

Y es que *"Encuentro sin faltar, parejas, dos a dos, con la cara sombría ante la incapacidad de transmitir la vida. Sus "rictus" traducen siempre la falta de llegar a la expresión última de un amor común que es el amor del hijo".*

Parece que toda persona posee, inscrito en lo más profundo de él mismo, el deseo secreto de alcanzar la inmortalidad por su propia descendencia. Porque, frente a la muerte, la única respuesta no espiritual que el hombre haya encontrado es el hijo.

El deseo de tener hijos es universal, no es una cosa nueva del mundo de hoy. La reproducción siempre fue un destino lógico que no estuvo ligado nunca a la voluntad del hombre o de la mujer. En tiempo pasado, y todavía hoy, en las sociedades tradicionales de los países más desfavorecidos, el hecho de no tener hijos era o es interpretado como un castigo divino y motivo de repudio a la mujer por parte del marido y su familia.

Tradicionalmente el proyecto personal, la función social y también el designio natural de toda mujer fue siempre el de procrear, lo que justifica que la palabra infertilidad o esterilidad tenía una connotación acusatoria e incluso persecutoria, constituyendo un estigma de incapacidad sobre todo para la mujer, a lo largo del tiempo, según civilizaciones y culturas.

En las últimas décadas se considera esta situación como dolencia o condición, dolencia crónica, incurable muchas veces en sus causas, pero controlable en sus efectos, y se ha orientado su tratamiento a una nueva forma de procreación que inicialmente se llamó reproducción artificial, para más tarde pasar a llamarse reproducción asistida por tratarse, más bien, de una asistencia al proceso natural de reproducción, alterado en ciertos casos.

Hay que añadir que los cambios sociales han aumentado la infertilidad conyugal, como consecuencia de una situación de stress; el aumento de las enfermedades de transmisión sexual; el efecto secundario de los anticonceptivos; las complicaciones de las interrupciones voluntarias del embarazo; o el retraso en la edad de la primera gestación. Hoy, el 41% de las mujeres que busca tener un hijo consume alcohol y el 20% fuma, pareciendo ignorar que la mala nutrición y el tabaco de la progenitora puede perjudicar la salud del niño.

Otras demandas de asistencia a la reproducción, vienen marcadas por la pérdida de confianza en los tratamientos clásicos, la no disposición a esperar, el deseo genésico de solteras y viudas, el retraso de la primera gestación cediendo los gametos previamente para congelación y uso posterior, la posibilidad de diagnóstico preimplantatorio, el deseo genésico tras tratamientos con quimioterapia o esterilizaciones previas, o la selección de gametos en portadores del virus de la inmunodeficiencia.

Hoy las técnicas de reproducción asistida, permiten conseguir la procreación por medios asistidos o no-naturales. Su objetivo es maximizar las posibilidades de fertilización y de embarazos viables.

Debemos considerar que no todos los métodos de asistencia a la reproducción tienen las mismas implicaciones éticas, tampoco existe el derecho a un hijo, ya que sólo se tiene derecho a una cosa, a las cosas, pero nunca se tiene derecho a alguien. Sin embargo entre permitirse todo o abstenerse de todo, hay una importante deliberación a realizar antes de acceder o dejar de aceptar aquellas técnicas que no implican a terceros.

III) LA ANTROPOLOGÍA MODERNA

Hablar de Antropología del Nacimiento, en nuestros días es introducir en la realidad humana científica, la dimensión social del hombre que se ha seguido de la evolución de las sociedades democráticas y del Bienestar, y la influencia de la Biopolítica, esto es: el control, la normativización y el poder sobre la gestación, y el nacimiento.

Los antropólogos de nuestro tiempo han prestado en los últimos años (1990 – 2006) una mayor atención al desarrollo de la medicina y la biotecnología, a la globalización, a los derechos de los pueblos indígenas y a la antropología urbana.

La nueva antropología, dirige su estudio a:

- La objetivación y biologización del paciente (despojada de su dimensión social y cultural).
- La mecanización del cuerpo. El cuerpo como “máquina” con lo cual se “cosifica”.
- La profesionalización sobre los/as “usuarios”/as, olvidando a veces a las personas
- Las desigualdades de género recurridas en los discursos y la atención o “derechos” a la salud reproductiva.
- La medicalización de procesos naturales y saludables que lleva a intervenir en la gestación y nacimiento como si se tratara de procesos patológicos.

Desde esta nueva perspectiva, la reproducción humana no es un asunto biológico sino una actividad social, que viene determinada por diferentes condiciones políticas, materiales, socioculturales, estableciendo un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción: La reproducción se convierte en PRODUCCION.

Se instituye un control que se da ya desde el momento de inicio de la fertilidad y fecundación hasta la crianza. Un control basado en una fuerte medicalización del embarazo y parto especialmente en las sociedades occidentales, que hace que allí donde se utilizaban antes medios naturales, hoy se privilegia una sofisticada tecnología y medicalización.

A esta nueva ideología se suma la característica de las sociedades modernas, las llamadas “sociedades de bienestar”, de carácter fuertemente “democrático”, basadas en la cultura del triunfo y que han desarrollado una fuerte intolerancia a toda “disfuncionalidad”, y que pide una selección de embriones, mediante un diagnóstico preimplantatorio, incluyendo también el de histocompatibilidad, o más tarde, con la gestación ya en desarrollo, la selección de fetos mediante un diagnóstico prenatal con carácter

Estas sociedades se caracterizan también por un fuerte carácter autonomista de las personas que se arrojan el derecho a decidir sobre su cuerpo, como si fuera entera y exclusivamente de su propiedad, y así poder deshacerse de una vida incipiente.

Entrados los años 70 aparece en la sociedad, en el marco de la filosofía, el término de Biopolítica que marca una línea de acción según la cual: *El control de la sociedad sobre los individuos, no se efectúa solo por la conciencia o la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo (Foucault 1974)*. Años más tarde, en el *Segundo Coloquio Nacional de Biopolítica (2008)*, se afirmará que la vida entra en la Historia y se constituye en un objeto de saber-poder, en objeto jurídico de cálculos políticos.

Entre esas dos fechas la influencia de la Biopolítica de Foucault va siguiendo su curso y haciendo doctrina al afirmar que: *Los dispositivos de poder y saber comienzan a tener en cuenta los “procesos de la vida” y la posibilidad de controlarlos y modificarlos, puesto que la corporeidad viva, base del biocapital obliga a las personas a poner a disposición del capital, no solo su tiempo, sino su cuerpo viviente. El control y la normativización de la reproducción es una cuestión política puesto que sus resultados, las criaturas, son bienes sociales.*

La nueva cartografía de los biopoderes queda constituida por el genoma, las máquinas de la inteligencia artificial y la biotecnología, lo que conduce la discusión a las formas mismas de la vida.

Las aplicaciones de esta Biopolítica toman en consideración:

- 1) la proporción de nacimientos, defunciones, tasa de reproducción y de fecundidad;
- 2) los procesos de mortalidad y los problemas socio-económicos que plantean a la política;
- 3) las estadísticas demográficas, y la intervención directa en la natalidad

El seguimiento del embarazo comienza a reflejar la tradición en la que se ha definido la medicina actual: cuidar el cuerpo embarazado, -que no a las mujeres embarazadas- como si de una cinta de producción se tratase para lograr finalmente un producto aceptable con un claro objetivo político: ciudadanos útiles y productivos.

La medicalización, se introduce como una forma de control, junto a la normativización y poder, puesto que, según lo afirma Foucault (1990), *“la medicina, está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades o la demanda del enfermo”*

“El Estado garantiza la hegemonía del poder técnico y profesional de los médicos y cumple funciones de control y legitimación”.

El poder de normativización de la medicina abarca la enfermedad, y la salud, y se ejerce a través del control de los cuerpos; *cuerpos que deben ser domesticados conforme a las necesidades de un orden social y político para responder a los intereses y necesidades del Estado (Foucault, 1990)*.

El control y normativización de la reproducción es una cuestión política puesto que sus resultados, las criaturas, son bienes sociales. Así, desde la esfera de los poderes ejecutivos y en concreto de las instituciones de salud, se impondrán unos protocolos a seguir, reforzando su regulación, incluso echando mano a la obligatoriedad de la ley.

En el puerperio se promueve la lactancia, en relación con la salud de las criaturas, discurso que olvida, a veces, las necesidades, experiencias y condiciones de las mujeres para esta práctica. Se omite que dar de mamar es un derecho y no una obligación.

A modo de conclusión

El nacimiento hoy, dentro de la ideología del sistema médico hegemónico, viene cargado de una importante medicalización, con pérdida de autonomía y desconfianza de las mujeres hacia los procesos de su cuerpo en gestación, cuyo fin se centra en el feto, y las mujeres puedan aparecer como cosificadas. Todo debe hacerse según protocolo y éstos vienen impuestos desde arriba y algunos criterios conformes a ley.

Esta nueva antropología en asociación con las nuevas tecnologías presentan un gran desafío a la ética y a la bioética. Los Comités Nacionales de Ética para las ciencias de la vida de cada país como agentes de reflexión y deliberación, deberán moderar la fuerza de la biopolítica para no interferir en un proceso que es propio de cada pareja.

“Orquestar una ética de máximos, la que promueve nuestra conciencia, con una ética de mínimos la que nos presenta la sociedad como posibilidad para la convivencia, no es fácil”.

RESVERATROL Y LONGEVIDAD VINO & BIOÉTICA

El vino no solo es ciencia, arte, religión o cultura, sino que también da origen a la enoética en su dimensión terapéutica, dietética, o estética.

La hipótesis de este trabajo se centra en saber cómo, cuando, por qué y para qué se originaron las varias enoéticas a lo largo de la historia de la enología.

Objetivos: Se trata de determinar la relación entre vino y bioética, de investigar las varias éticas que han ido emergiendo de la cultura del vino o de conocer los efectos del *resveratrol* en la salud y en el retraso de la vejez.

Métodos: son los instrumentos con los que, de un modo narrativo, se desvelan los riesgos o beneficios, se ponderan las ventajas o desventajas para la salud y la longevidad o, también con los que, de un modo deliberativo, se sopesan los pros y los contras sobre el uso y/o abuso del vino.

Resultados: Se dan varias enoéticas en la historia narrativa y cultural del vino. a) La aristocrática griega, que basó su razonamiento médico-hipocrático y la valoración ética en la "justa medida". b) La democrática de la Roma imperial, que medía el uso del vino por los criterios de *utilidad* y *moderación*. c) La judeocristiana, que fundamentó su valoración enoética en la *templanza* (AT) y la *prudencia* (NT), considera la ebriedad como inmoral y advierte que su abuso perturba el cuerpo, la mente y el espíritu. A partir de los años setenta del siglo pasado, con el nacimiento de la bioética en Estados Unidos, comenzaron a aparecer otras eno-bioéticas, tales como: d) la *mediterránea* (D. Gracia, 1995) que empezó a resaltar el binomio *vicio/virtud* y a basarse en los valores de amistad, sociabilidad, solidaridad, responsabilidad, etc., respecto al uso del vino, e) la anglosajona que puso más énfasis en el binomio *principio/deber* referido al dominio de sí, a la justicia, a la beneficencia y no maleficencia, etc. en el uso del vino tinto. Finalmente, f) la enoética en la era biotecnológica que se rige por el principio de *responsabilidad* y *precaución* en la investigación enológica, tal como en los antioxidantes, polifenoles, taninos, resveratrol, etc., con el fin de curar varias enfermedades y de prevenir la vejez, etc., pero, también, puede generar y de hecho genera nuevos problemas éticos como el derecho a la intimidad genética. Tampoco se deben olvidar otras enoéticas emergentes como la ética del vino nano (nanoética), el vino ético o ecológico (natural), la ética del catador o la ética de la publicidad.

Conclusiones: En la historia han emergido varias enoéticas: 1. las clásicas se basan en la moderación. 2. La mediterránea se fundamenta en el binomio vicio/virtud. 3. La anglosajona se sustenta en la bipolaridad principio/deber. 3. La enoética en la era biotecnológica se rige por el principio de responsabilidad. 4. El vino es saludable, alegra la vida y alarga la vejez, tomado siempre con moderación.

Jose María Rodríguez Merino

RODRÍGUEZ MERINO J. M^a ©: *Resveratrol y longevidad: Deliberaciones en torno a la aportación del vino a las distintas bioéticas* © & ABFyC-XI Congreso de León 3-5-October-2013 [P-02.11] Publicado en libro digital 631-653. Proyecto: *Enoética* ♦ *Vino y Bioética*®

jomarme@telefonica.net

Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

La mamá de P. de 12 años de edad, consulta con el Servicio de Cirugía Plástica para corrección de las "orejas en soplillo" de su hijo. La cirujana comprueba, al historiar el caso, que P. ya había sido visto a los 10 años de edad e incluido en lista de espera quirúrgica para intervención.

Este procedimiento, forma parte de la cartera de servicios de la sanidad pública, como malformación del pabellón auricular, hasta la edad de 14 años, siendo después de dicha edad considerada como cirugía estética y, por tanto, fuera de la cartera de servicios. La madre explica que, por motivos familiares, tuvo que ausentarse de la ciudad durante un tiempo y ahora quiere retomar la opción de cirugía para su hijo.

La cirujana explora al chico que, efectivamente, tiene unas acentuadas orejas en soplillo, pero detecta que el joven no parece estar conforme con la intervención. Le pregunta directamente si desea operarse, a lo que P. responde que *"ya no le importa tanto, pues ha cambiado de colegio"*. La madre insiste en que se le opere cuanto antes, pues ha oído que este tipo de cirugía solo lo cubre la sanidad pública hasta los 14 años y no quiere perder la oportunidad.

La cirujana se niega a programarlo en lista quirúrgica. La madre amenaza con poner una reclamación, desde su convencimiento de que son "recortes por al crisis", y solicita consulta con la jefa de servicio.

Comentario

Deliberación sobre los hechos

La alteración llamada, de forma coloquial, "orejas en soplillo", corresponde a una deformidad de los pabellones auriculares que se caracteriza por tener aplanado el repliegue cartilaginoso del antehelix auricular y una implantación del mismo en ángulo muy abierto sobre el cráneo. Aunque, tanto en cirugía plástica como en cirugía infantil, se considera una malformación exclusivamente estética, si es excesivamente pronunciada, puede ser motivo de burlas en edad escolar y generadora de complejos, por lo que muchos niños o adolescentes sufren sus consecuencias en forma de alteraciones de carácter y/o dificultad en sus relaciones sociales.

Puede corregirse mediante cirugía (otoplastia), y aunque no hay acuerdo sobre el momento ideal para la intervención, ésta suele realizarse a partir de los 5-6 años. Los resultados son satisfactorios en la mayoría de los casos, tanto desde el punto de vista estético, como en su vertiente psicológica, pues posibilita la recuperación de la propia autoestima dañada por dicho problema.

Presentamos el caso de un niño de 12 años, con esta deformidad, que generó una consulta al comité de bioética asistencial de nuestro hospital.

P. es un niño gordito y de aspecto infantil para su edad, que se manifiesta retraído y se encoge de hombros al preguntarle directamente si desea la cirugía. Nunca ha sido un chico brillante en el ambiente escolar.

En la entrevista con la jefa de servicio queda patente que, aunque el matrimonio convive, el padre es un tanto indiferente a la solicitud de cirugía, pero dispuesto a apoyar la decisión materna. La jefa de servicio explica a la madre que aunque, efectivamente, este tipo de cirugía se incluye únicamente como procedimiento quirúrgico infantil hasta los 14 años, posteriormente existe la posibilidad de aceptar pacientes con problemas psicológicos manifiestos asociados a esta deformidad, pero la intervención se realiza con anestesia local.

Deliberación sobre los valores

Lista de problemas éticos

1. ¿debe someterse al menor, en contra de su voluntad, a una intervención de índole estética con sus potenciales riesgos y complicaciones?
2. el hecho de ser un procedimiento incluido en la cartera de servicios de la sanidad pública en edad pediátrica como deformidad anatómica, ¿es motivo suficiente para intervenir al niño sin su asentimiento?
3. ¿estamos ante un menor maduro?
4. ¿debe tenerse en cuenta la opinión del menor?
5. ¿el menor está capacitado y es competente para participar en el proceso de toma de decisiones de este procedimiento que atañe a su estética pero no a su salud?
6. ¿supone una mala gestión de recursos realizar este tipo de intervención en un menor que no desea ser intervenido en el momento actual?
7. ¿debe negarse la intervención al menor, en contra del deseo de la madre, por el hecho de que perdió ya una oportunidad dos años antes?
8. ¿debe intervenir en base al supuesto beneficio psicológico tanto para el niño como para la madre?

Elección del problema a analizar

¿es correcto intervenir al menor, sin tener en cuenta su opinión, en base a la demanda materna motivada por motivos de tipo económico y/o repercusiones psicológicas?

Identificación de los valores en conflicto

A favor de intervenir	En contra de intervenir
1- Opinión de la madre (<i>autonomía por representación</i>)	1- Indecisión del niño (<i>autonomía / menor maduro / nivel adecuado de competencia</i>)
2- Evitar problemas psicológicos derivados de la imagen corporal (<i>beneficencia</i>)	2- Riesgo de incurrir en perjuicio por complicaciones o efectos secundarios indeseables (<i>no maleficencia</i>)
3- Aprovechar un recurso disponible en la cartera de servicios (<i>oportunidad</i>)	3- Derivar recursos hacia un procedimiento no claramente justificado (<i>justicia distributiva</i>)
4- Competencia del médico para realizar satisfactoriamente el procedimiento (<i>profesionalidad</i>)	

Deliberación sobre los deberes

Identificación de cursos extremos de acción

A.- **Operar** ("por real decreto de la madre"), con la firma inmediata del correspondiente consentimiento informado.

B.- **No operar** ("por real decreto de la cirujana"), sin entrar en mayores explicaciones.

Identificación de cursos intermedios de acción

- Averiguar motivaciones maternas para tomar una decisión que parece precipitada: ¿económicas?, ¿repercusiones psicológicas en su hijo?, ¿bullying en el ambiente escolar?, ¿ella o algún allegado ha sufrido un problema similar y quiere evitárselo a su hijo?, ¿prisa por realizar el procedimiento antes de que no lo cubra la sanidad pública?
- Investigar los motivos de la negativa y/o dudas del niño: ¿es consciente de su defecto estético?, ¿le preocupa y/o le causa problemas psicológicos?, ¿se siente o no rechazado en su nuevo entorno escolar?, ¿tiene miedo a la intervención quirúrgica, al dolor...?
- Información exhaustiva del procedimiento quirúrgico: método, tipo de anestesia, resultado estético esperable, riesgos quirúrgicos y/o de secuelas, cuidados del postoperatorio.
- Valoración de la capacidad del menor para participar en el proceso de toma de decisiones, en este procedimiento concreto.
- Información adaptada al menor, con el fin de tranquilizarle: minimizar miedos en relación a la cirugía, garantizarle que no tendrá dolor durante la intervención, explicarle cómo se encontrará después, asegurarle la compañía de sus padres durante su ingreso y que probablemente podrá dormir en casa el mismo día, qué tipo de curas necesitará, cuándo podrá volver al cole, y otras cuestiones que puedan preocuparle.
- Escuchar al menor y entender sus motivaciones.
- Interesarse por la opinión del papá, y quizá de otros miembros relevantes de la familia.
- Ofrecer apoyo psicológico, tanto para detectar repercusiones psicológicas ya presentes si las hubiera (bullying escolar), como para acompañar el proceso si fuera necesario.
- Explorar la importancia de la motivación económica en el factor "prisa".
- Demorar la decisión a tomar, pactando un tiempo de espera para reflexión familiar y una próxima visita para reevaluar el caso.

Elección del curso óptimo

El curso óptimo engloba las consideraciones hechas en los cursos intermedios: información exhaustiva, comunicación con la madre y con el niño, a ser posible por separado y con ayuda de algún profesional para evitar presiones sobre el menor, valorar su capacidad y competencia para opinar, y escucharle. Pactar un tiempo corto de espera, que sirva para la reflexión familiar, con una cita próxima, antes de que el niño cumpla los 14 años de edad.

Deliberación sobre las responsabilidades finales

Pruebas de consistencia

Legalidad. La decisión tomada cumple la Lex Artis y respeta la normativa legal vigente.

Publicidad. La actuación adoptada es defendible en cualquier foro público.

Temporalidad. Tras un periodo de reflexión, fácilmente se llegaría a las mismas conclusiones, puesto que la decisión ha sido meditada y no adoptada con precipitación.

Resolución del caso

Tal como lo solicitó la madre, se concertó una cita con la jefa de servicio. En dicha entrevista, la madre parecía enfadada y más interesada en la cirugía que el muchacho. Tras explicarle exhaustivamente el procedimiento, resultados y consecuencias esperables, se pactó un tiempo de espera, antes de que P. cumpliera los 14 años.

Este periodo, suponía un margen de año y medio, en un periodo vital rico en cambios físicos y psicológicos para el niño. Se aseguró a la madre que el interés del profesional siempre es el mejor beneficio del menor, y nunca la pretensión de restringir indicaciones quirúrgicas por una situación de crisis económica.

A la segunda cita, P. acudió acompañado por su madre y su abuelo materno, y fue evidente que éste ejercía una fuerte influencia sobre el chico, que, junto a él, se mostraba más relajado en la consulta. El abuelo confirmó que el muchacho deseaba la corrección de sus orejas, pues lo había pasado mal, sobre todo en su antiguo colegio.

La cirugía se llevó a cabo unos meses después con buen resultado inmediato, pero en la evolución, P. desarrolló unas cicatrices hipertróficas retroauriculares que requirieron tratamiento mediante inyección local de corticoides, procedimiento bastante molesto.

El padre acudió el día de la intervención, pero el abuelo no faltó a ninguna de las visitas, siendo él quien sujetaba con cariño la mano de su nieto en el momento de las curas, con actitud positiva y de apoyo incondicional en todo momento.

A pesar de los problemas postquirúrgicos, P. se mostró satisfecho de haberse intervenido.

Reflexiones

En un servicio de Cirugía Plástica de la sanidad pública, se plantean a menudo **Cirugías Electivas** tales como reconstrucciones mamarias, cirugía postbariátrica o el caso que presentamos. Estas circunstancias son poco habituales en otros servicios quirúrgicos, que manejan procesos nosológicos cuyo beneficio de tratar es mucho más evidente y, por tanto, no se genera incertidumbre desde el punto de vista ético.

Aunque, finalmente P. se benefició de la corrección estética de su anomalía, quizá con unos años más, su grado de madurez hubiera sido más acorde para asumir las incomodidades derivadas de eventuales complicaciones, como de hecho ocurrió.

Sin embargo, en otras ocasiones se presenta el escenario contrario: niños acomplejados por sus "orejas en soplillo", a los que sus padres no quieren someter a una cirugía con anestesia general por considerarlo una nimiedad, llegan a la consulta de cirugía plástica, cuando han cumplido los 16 años, solicitando la intervención, y entonces se les deniega, porque a esta edad, la alteración ya no se contempla como "malformación infantil" sino como un problema de estética.

Esta aparente paradoja pone, una vez más, de manifiesto las dificultades de la justicia distributiva en la gran zona gris de la cirugía reconstructiva/estética. En este caso concurre, además, la circunstancia de la indicación quirúrgica en un menor. Legalmente, a partir de los 12 años, el menor "*debe ser escuchado y su opinión tenida en cuenta*" aunque, finalmente, el consentimiento lo firmará su progenitor o tutor responsable. La decisión sigue siendo difícil. Proponemos como mejor opción invertir el tiempo necesario para ofrecer una explicación exhaustiva del procedimiento y averiguar el interés real del menor.

Elena Lorda Barraguer*. Jefa de Servicio de Cirugía Plástica.

María Tasso Cereceda*. Pediatra de la Unidad de Oncología Infantil. Máster en Bioética.

*Miembros del Comité de Bioética Asistencial del Hospital General Universitario de Alicante.

Reseña del Curso “Bioética Narrativa”

Bioética Narrativa. Curso celebrado en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Valencia, 5-7 de marzo de 2014

Las primeras *mascletàs* del 2014 nos han traído un sugerente seminario organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP-Valencia), “*Bioética Narrativa*”. Si el disparo pirotécnico que conforma la atronadora *mascletà* busca estimular el cuerpo a través de los fuertes y rítmicos sonidos –que no ruidos- encadenados de los *masclets*, los directores del curso, Lydia Feito y Tomás Domingo, han buscado el estímulo de la mente y de la sensibilidad a través de la narración. Desde ella, se ha querido abordar una aproximación novedosa y diferente a la bioética, analizando las posibilidades y límites de la dimensión narrativa, desde la capacidad de expresión de las sensaciones personales de los diferentes actores que conforman la cada vez más compleja realidad clínica actual.

5 de marzo.- Abrió fuego –nunca mejor dicho- la Dra. Lydia Feito (codirectora del curso), con una brillante exposición sobre el *porqué* y el *cómo* habíamos llegado allí. Porque, a fin de cuentas, en los últimos años hemos estado experimentando cierto “giro hermenéutico” –quizás aún inconcluso- que nos ha llevado de “lo abstracto a lo concreto”. Ya no podemos hablar de una bioética puramente principialista –basada en orientadores principios normativos-, pero tampoco estamos ante una bioética meramente casuista. Estamos ante un “proceso creativo de conocimiento” que se reivindica desde el análisis deliberativo de la realidad.

La particularidad de esta corriente filosófica radica en la consideración del elemento narrativo como eje vertebrador de las experiencias que nos han de servir de base para reflexión. “*Lo narrativo no es solo herramienta, sino modo de conocimiento*”. Así, siguiendo en este punto a Martha Nussbaum, se pone de relieve la importancia de lo que ha venido a denominarse “imaginación narrativa”, que habrá de generarse y desarrollarse necesariamente desde los relatos. De esta forma, podremos desarrollar “la capacidad de pensar cómo sería estar en el lugar de la otra persona”. Supone, apuntó la Dra. Feito, identificación e imitación, pero también distancia crítica y juicio.

Con todo, se trató de resaltar la idea de que “la bioética va más allá de la ética médica”, si bien muchas veces, erróneamente, tendemos a identificarlas. A fin de cuentas, la Bioética no puede prescindir de su inclusión en un determinado contexto, pero no se reduce únicamente a él. Cada uso del lenguaje conlleva un marco cultural de valores y normas, y no puede desentenderse del contexto socio-político en el que se desarrolla.

En este sentido, la experiencia narrativa, en cualquiera de sus manifestaciones, nos traslada a un mundo, en cierto modo, ajeno al nuestro. La narrativa y la deliberación comparten una innegable necesidad “del otro” sin el cual carecerían de sentido. Esta exposición a otros sistema

de valores suponen un viaje de ida y vuelta en el que pretendemos “refinar nuestra propia experiencia a la luz de una comprensión profunda de otro sistema de valores”. Por todo ello, a raíz de este proceso de construcción y reconstrucción continua de nuestras percepciones e interpretaciones, no podemos sino afirmar que “toda deliberación es necesariamente narrativa”, porque “SOMOS HISTORIAS”.

El hecho de que el profesor D. Agustín Domingo, que además de experto actuaba como anfitrión –en su calidad de Director de la sede de la UIMP en Valencia- no usase medios tecnológicos, nos permitió disfrutar de la espectacular vista de la Iglesia del Carmen, que se erige frente al Palau de Pineda. Tras unos primeros instantes de obnubilación, comenzamos la segunda sesión.

Comenzaba el profesor Domingo preguntándose/preguntándonos si la Bioética narrativa y la Bioética personalista podrían existir la una sin la otra. Antes de dar respuesta a este complejo interrogante, nos embarcó en un viaje a través de la historia reciente de la Bioética, poniendo énfasis en la finalización de lo que denominó “pax bioética”. Durante muchos años se buscó el consenso en torno a las implicaciones sociales de las innovaciones tecnocientíficas desde la aplicación de unos principios que “la mayoría” pudiera admitir como “universalmente válidos”.

Pero poco a poco se fueron “contextualizando” las discusiones sobre temas concretos. La historia de la Bioética está experimentando un giro narrativo que permite “una sensibilización hacia las responsabilidades, obligaciones y retos de la vida” desde el conocimiento moral. Esta transformación narrativa, no sólo de la Bioética, sino de la Ética en general, no puede entenderse sin las aportaciones de autores como Ortega –y su raciovitalismo narrativo-, Gadamer –exponente de la hermenéutica filosófica- o el “nuevo pragmatismo” de Rorty.

A partir de aquí, cobran protagonismo las aportaciones de Macintyre, que analiza las virtudes desde la unidad de la vida humana y Ricoeur, quizás el autor más influyente en esta materia, que es quien mejor ha desarrollado el concepto de identidad narrativa desde su obra “Sí mismo como otro”.

La Bioética personalista puede entenderse como una “fundamentación ontológica de la práctica narrativa (Sgreccia), o como “transformación dialógica de la razón” (Mounier, Maritain, Lacroix...). En cualquier caso, según el profesor A. Domingo, podemos distinguir 3 grandes desafíos de la ética narrativa a la bioética personalista: 1) El desafío de la biopolítica y la autocomprensión como especie; 2) El retorno relacional de la identidad personal y 3) pensar la responsabilidad desde el diálogo, como capacidad para discernir entre conversación clínica (“duólogo”), diálogo terapéutico (sanador) y mínimos de justicia.

Tras un merecido café que nos ayudara a poner las ideas en orden, contamos con la estimulante participación de Kathryn Montgomery desde la Northwestern University Feinberg School of Medicine. Según ella, el paciente debe ser capaz de decirle al médico lo que duele, y el trabajo del médico es aliviar o eliminar ese dolor. Pero, ¿cómo sabe el médico cuál es el problema? ¿Qué pasa con la historia del paciente cuando el paciente se convierte en un caso? Dirigiéndose a los lectores a ambos lados del encuentro médico-paciente, la Dra. Montgomery describe la medicina como un arte que se basa principalmente en contar e interpretar una historia, la historia de la enfermedad del paciente y sus síntomas. K. Montgomery enfatizó la naturaleza interpretativa de la medicina y la profunda importancia de la narrativa, no sólo en la

comunicación entre médicos y pacientes –relación clínica-, sino incluso cuando se diagnostica al paciente. Porque, a fin de cuentas, "la práctica de la medicina es una actividad interpretativa". Para reducir la posibilidad de cometer un error, los médicos han adoptado el enfoque narrativo y el razonamiento de Sherlock Holmes, que extrapolado al lenguaje clínico se identifica con el "diagnóstico deferencial".

Ya en la sesión de tarde, compartimos experiencias audiovisuales con Amparo Gisbert, Javier Júdez, Kathryn Montgomery y Sandra Ruíz Gros, moderados por el Presidente del CEA del Hospital Clínico Valencia, el Dr. Lluís Llorens. Películas, enfermeras, pacientes, libros, series y médicos se entremezclaron para darnos una visión pluridisciplinar de las numerosas aplicaciones de la bioética narrativa en el contexto sociosanitario.

6 de marzo.- No siempre el AVE llega tan puntual como se pregona, y en esta ocasión las circunstancias obligaron a la excelente organización a intercambiar las primeras ponencias de la mañana, en la que Jesús Conill aceptaba gustoso cubrir a su amigo Diego Gracia mientras se solventaban los problemas del AVE matutino. La ética contemporánea ha sufrido un proceso de transformación hermenéutica, apuntaba el profesor Conill en el inicio de su intervención. Sin embargo, la búsqueda de certezas ha racionalizado tanto la vida moderna que la ha acabado burocratizando en exceso. El pensamiento filosófico de la última época ha hecho dejación de sus responsabilidades, dejando a los positivistas la tarea de "pensar la realidad". Frente a esta realidad se ha hecho necesaria la transformación hermenéutica de la ética. La experiencia no es sinónimo de empirismo, ya que éste nos es más que una interpretación de la experiencia. En este sentido, afirma Conill, "la comprensión de la realidad no puede reducirse a la experiencia individual". Desde este punto, el profesor Conill estableció dos grandes líneas de desarrollo. Una más vital, histórica, de la mano de Nietzsche, y otra más "hermenéutica" propiamente dicha, consagrada por Gadamer, continuando la línea iniciado por Dilthey. Nos dejó el profesor Conill una tarea para pensar detenidamente en casa: ¿se puede objetivar la experiencia? Eso sí, nos dejó una pista como corolario de su intervención: "si no nos transformamos hermenéuticamente, dejamos demasiadas cosas fuera de cara a entender nuestra propia comprensión".

Diego Gracia, ya liberado de su breve "secuestro" en la vía ferroviaria, llegó dispuesto a hacernos pensar. Ya lo anticipaba el título de su intervención, porque aunque parezca una obviedad "las cosas dan que pensar". El profesor Gracia nos presentó a René Descartes como "el paradigma del filósofo moderno", que tiende puentes entre los sentidos y la realidad. Pero la segunda mitad del s. XX ha supuesto una revolución inversa. No tanto por intentar hacer el viaje en sentido inverso, desde la realidad hacia los sentidos, sino porque se constata que "no hay puente", y "lo dado" (el don), da que pensar. A partir de aquí, Diego Gracia nos presenta la simbología ricoeuriana en un "intento de superar la filosofía de la conciencia, del sujeto" (común a Heidegger). Desde el análisis de las dimensiones de la voluntad, se nos plantea una doble reflexión, sobre "el símbolo del sentido" y sobre "el sentido del símbolo". Porque las cosas que nos son dadas –los dones- son las que hay que interpretar. Y esos dones son previos a nuestra decisión de interpretarlos. La realidad se presenta, en definitiva, como un conjunto de interpretaciones, no siendo definible de ninguna otra manera.

A Íñigo Marzábal le tocaba poner la guinda a una mañana intensa, y lo hizo saliendo "en defensa de la ficción". Se sirvió de la película "El paciente inglés", de Anthony Minghella, para ejemplificar todo lo que el cine puede aportar a la reflexión moral. Concretamente, de la

capacidad de una narración audiovisual para tratar de ese ser para la muerte que es el ser humano de forma oblicua, a través de metáforas. A partir de las historias entrecruzadas de los diferentes personajes que se entrecruzan en esta narración y de las metáforas de las que se sirve el relato, nos muestra que la experiencia narrativa puede constituir una verdadera experiencia moral. A través de la narración tomamos consciencia de la importancia de la circunstancia y del contexto de cada situación y de la necesidad de abordar a la persona como totalidad. Los hechos de nuestra vida considerados aisladamente, como los trazos del dibujante –hay que ver el inicio de la película para entenderlo adecuadamente- son irrelevantes si no los integramos en nuestra biografía. Somos *identidad narrativa*, como ya apuntaba la Dra. Feito el día anterior. ¿Quién no aspira a ser el protagonista de su propia historia?. Ahora bien ¿cómo la contamos?

Ya en la sesión de tarde, pudimos disfrutar de un taller interactivo, que contó con la participación de los directores del curso, Lydia Feito y Tomás Domingo, así como de Javier Júdez. Fue un taller particularmente audiovisual, en el que se entremezclaban cine, medicina e imaginación narrativa. ¿Cuál es el mejor recurso narrativo para actividades de Bioética? Pues depende de innumerables factores... Pero quedó demostrado que todos los recursos audiovisuales tienen su cabida. Lydia Feito nos presentó varias piezas cortometrajes, de las que podemos destacar el corto de Iciar Bollaín "El parto es nuestro"¹, o el corto de animación "For the birds"², de Pixar, para introducir el tema de la tolerancia, o el anuncio "El poder de las palabras"³.

Javier Júdez, bioeticista y seriéfilo, nos presentó el capítulo sobre "Consentimiento Informado" de la 3ª temporada de "House" ¿lo recuerdan? Completó la exposición audiovisual Tomás Domingo con unos minutos del filme "Mi vida sin mí", de Isabel Coixet. Diferentes formatos, con una misma misión. Posteriormente se inició un interesante debate en el cual se analizaron las oportunidad y carencias que podría tener cada uno de los formatos presentados como herramienta para fomentar la reflexión moral. De forma muy resumida, podemos concluir que lo narrativo nos abre una realidad que en ocasiones se nos presenta como rígida e inmutable, dotándonos de la libertad necesaria para afrontar lo contingente, abriéndonos puertas hacia alternativas no previstas inicialmente. Pero hay que saber utilizar adecuadamente las herramientas que se nos brindan para ello.

7 de marzo.- El tercer día de intensa y estimulante reflexión bioética –en clave hermenéutica- tocaba echar el cierre a un seminario que sin duda había colmado las expectativas de todos los que pudimos asistir. Pero aún quedaba tiempo para la "traca final": José Lázaro, Vicente Bellver y Tomás Domingo. En primer lugar, José Lázaro hizo una presentación general (e histórica) de lo que es la medicina narrativa. Planteó la contraposición entre una "medicina muda" (científica, objetiva) y una "medicina narrativa" (que habla, se expresa, humanística). Presentados los "clásicos" contemporáneos de la "medicina narrativa" nos recordó la famosa anécdota contada por Laín Entralgo: "Cuál es la innovación más importante de los últimos años?", le preguntaron. Cuentan que Gregorio Marañón se quedó un momento pensativo y respondió: "La silla". "La silla que nos permite sentarnos al lado del paciente, escucharlo y explorarlo".

¹ <http://www.youtube.com/watch?v=Hf69zR0xri8>

² <http://www.youtube.com/watch?v=tRS4X-kVQ1M>

³ <http://www.youtube.com/watch?v=ZF8EcHkSRSY>

A continuación, Vicente Bellver analizó cómo el papel de las enfermeras en muchas ocasiones pasa inadvertido, invisible, desconocido y cómo en la literatura se ha transmitido – mayoritariamente- una imagen inadecuada, haciéndolas parecer poco profesionales. Por contra, hay algunas expresiones más positivas que contribuyen "narrativamente" a reivindicar y potenciar el papel de la enfermería. En concreto trajo a colación tres autores que ejemplificaban –en positivo- este cambio de tendencia: Julio Cortázar, a través de su obra "Todos los fuegos, el fuego", Shusaku Endo, en novelas como "El mar y el veneno" o "Cuando silbo", y Archibald Cronin, con "La ciudadela". A continuación hubo un interesante debate sobre la imagen de la enfermería y se recordaron algunas películas en que las enfermeras tienen papeles relevantes y positivos como "El paciente inglés", "Miss Evers Boys" o "Wit (Amar la vida)".

A Tomás Domingo le tocaba cerrar la jornada. Justificó la necesidad de desarrollar una bioética en clave narrativa. Pues desde la narración tenemos la posibilidad de adentrarnos en "el mundo de la vida", como diría Milan Kundera. El paradigma narrativo nos presenta el relato como un "laboratorio de la experiencia moral". El profesor Tomás Domingo nos presentó la idea de mimesis, como poder configurador de los relatos para cambiar la vida y hacernos pensar y plantear las cosas de otra manera, "porque las interpretaciones posibles ante la diversidad de perspectivas ponen a prueba la capacidad de escucha, entendimiento, de apertura a lo diferente, y su dificultad es equivalente al enriquecimiento que nos obsequia⁴. En este sentido, se puede profundizar en los textos de Italo Calvino, y sus "propuestas para el próximo milenio".

En definitiva, la bioética narrativa nos enseña el camino que permite triunfar a la imaginación sobre las imposiciones positivistas, para desde aquella explorar nuevos caminos que nos permitan comprender el universo y la realidad misma que rodea a todo ser humano, entendiéndolo no sólo como sujeto biológico, sino como sujeto biográfico. Por ello, la Ética (y la Bioética) no puede permitirse el lujo de prescindir de lo narrativo.

Y así, concluyó el curso sobre Bioética Narrativa organizado por la sede valenciana de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, bajo la dirección de la Dra. Lydia Feito Grande y del Dr. Tomás Domingo Moratalla. Y sirviéndome del elemento narrativo, confío en haberles trasladado, si bien fugazmente, lo que en Valencia se dijo sobre esta apasionante materia.

David Curbelo Pérez

Profesor de Ética de la Universidad Europea de Canarias
Secretario de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

⁴ FEITO, L. y DOMINGO, T., *Bioética Narrativa*, Madrid, Escolar y Mayo, 2013, p. 185.

Una lectura bioética sobre la muerte y la hospitalidad del hospital

Reseña de: *Regular, gracias a Dios: Memorias compartidas*, de José Antonio Labordeta. Barcelona, Ediciones B, 2010.

Voy conduciendo con la cabeza hueca, vuelvo del entierro de un primo hermano, no tengo ganas de pensar y enciendo la radio. Al momento escucho que José Antonio Labordeta ha muerto hace unas horas y ya se le dedican mil alabanzas, mil honores, mil lloros, y yo misma, a pesar de mi apatía mental, me emociono.

Es necesario reconocer que José Antonio Labordeta era sentido como un hombre de verdad. Como dicen algunos, era 'el abuelo'. Nos parecía entrañable, 'auténtico' como dijeron otros. Quizá nos resulte cercano porque estuvo en Teruel de profesor —y donde somos pocos, nos orgullecemos de estas cosas— y porque todos hemos escuchado alguna canción suya y algo podríamos decir de sus ideas políticas. En fin, 'como si le conociéramos de verdad'.

De nuevo pienso en mi primo ¡qué poco sabía yo de él! Qué poco nos habíamos tratado. Supongo que nos caíamos bien, supongo, porque de mayores apenas nos vimos.

Es inevitable comparar, y no me importa hacerlo: su funeral fue tan diferente, invisible al mundo exterior, a pesar del mucho dolor que allí había y de tanta tragedia en esta historia que es imposible de enumerar: la madre, viuda por dos veces, entierra a dos hijos y hoy apenas puede andar. Los demás no sabemos casi ni qué decir, ni qué hacer, solo estamos allí... los que fueron al cementerio contaron que eran muy pocos. Es obvio que no fue un entierro multitudinario. Tampoco procedía. Sin embargo, se entiende que Zaragoza se volcara en el sepelio de Labordeta, nosotros también hubiésemos ido.

Anotamos estas líneas previas para contextualizar la idea que rondó a uno de nosotros mientras conducía de vuelta a casa: comentar el libro que Labordeta escribió al final de su vida titulado *Regular, gracias a Dios*, donde cuenta su biografía, intercalada con su experiencia como paciente desde el momento en que descubre que padece un cáncer de próstata y hasta el final de su vida.

Hacemos una lectura del libro desde la perspectiva bioética. Para ello vamos a analizar elementos clave como la percepción del espacio hospitalario y de las actuaciones asistenciales, la consciencia de la propia enfermedad, la evolución de las relaciones con familiares, amigos, personal sanitario y otros enfermos, o la espera de la propia muerte. Labordeta utiliza cada uno de estos elementos o niveles para transmitir al lector lo que 'significa' pasar del estado de sano al de enfermo terminal: despedidas, amistades, relaciones... Cada página del libro aúna vitalidad, pasión y ternura con una claridad y espontaneidad expresiva que da cabida a la blasfemia o al 'mandar a la mierda' a

la propia enfermedad y que hace comprender al lector esas cosas que se nombran con dificultad pero se sienten fuerte: compasión y consuelo.

Comienza el libro con la reacción del autor ante la primera prueba diagnóstica: ¡la sorpresa al descubrir que PSA significa y significará a partir de ese momento mucho más que Partido Socialista de Aragón! Y desde este punto de partida, Labordeta continúa su narración, con humor y serenidad, sin ahorrarse los momentos de miedo, enfado y sobre todo de lucha, a la par que va recordando experiencias vitales. En esos recuerdos nombra a Teruel. Y para mí y para la tierra desde la que escribo, da igual que se señale: «Quiero a Teruel, porque allí nació una de mis hijas y viví años de gran felicidad. La quiero, pero no la entiendo, porque es difícil comprender y aceptar la mediocridad de principio a fin» (p. 164). Da igual porque nos transmitió su cariño y porque puede que sea cierto, que Teruel sea una ciudad mediocre. Y si como dijo Aristóteles «en el medio está la virtud», tampoco está tan mal.

Junto al análisis bioético de su experiencia frente al cáncer y la fuerza de la narración en primera persona —convirtiendo al lector en confidente, en un gesto continuo de generosidad, enseñando todo lo que puede sobre este trance a quien lo quiera leer—, nuestro interés sobre las relaciones médico-paciente, enfermera-paciente, familia-paciente, amigo-paciente, paciente-paciente y otras vivencias dentro y fuera del hospital que contiene el libro, pretende detectar categorías útiles para la enseñanza y la reflexión personal.

Una de las categorías útiles para el análisis bioético es, en primer lugar, la actitud frente a los comportamientos pautados, como, por ejemplo, la respuesta dada a la reiterada pregunta ¿Cómo se encuentra? que se hace de manera automática a la persona que padece una enfermedad, y especialmente si está ingresada en un hospital. Labordeta responde *Regular* porque es generoso y hay que decir algo ante una pregunta usada como muletilla, y para la que en alguna ocasión la respuesta es indiferente. Una situación bien reflejada en la película *Wit. Amar la vida*,¹ cuando a la profesora-paciente, el médico-residente y antiguo alumno le pregunta una y otra vez, a modo de saludo: ¿Cómo se encuentra hoy?, a veces sin ni siquiera mirarla, mientras lee un documento, porque da igual lo que ella diga, a él le basta con la evidencia, los datos y los fluidos; solo pregunta porque es una norma. La escena se parece pero no es exacta. Porque José Antonio hace extensible este saludo a todos los que en ese momento lo visitan y entre ellos, a los que de verdad se preocupan por él, y para responder toma prestada la frase que le facilitó «un colega marroquí: regular, gracias a Dios» señalando que es la «explicación menos dolorosa y más ajustada que he encontrado para responder a aquellos que en estos días se interesan por mi merma de salud» (p. 11).

Al igual que Vivian, la protagonista de *Wit*, Labordeta usa la ironía para protegerse, pero también muestra mucho de esa generosidad que da título a estas páginas: ‘regular’ es un término que hace sufrir menos al que de verdad se interesa por él, que un ‘fatal’ que más de una vez podría

¹ *Amar la vida (Wit)*. Reino Unido, EE.UU., 2001, 95 min. Dirigida por Mike Nichols e interpretada por Emma Thompson, Christopher Lloyd y Eileen Atkins.

ser la respuesta cierta. Y será este humor, el que ayudará a José Antonio en su periplo por su enfermedad, a él y al lector que ya aborda el libro dispuesto a seguirle porque entiende que no lo va a pasar mal en su lectura, a pesar de conocer el desenlace.

Un segundo aspecto a considerar en el análisis bioético es el hospital. Cómo es para quien no lo ha pisado antes, qué se piensa de estos sitios antes de tener que estar en ellos, y cómo se perciben después de la estancia. De verse como enfermo y no creerse enfermo, lo más llamativo es el desamparo y la soledad que Labordeta siente, quizá porque sigue sin creerse enfermo: «Tenía una extraña sensación, estaba ingresado en un hospital, pero yo no me *sentía enfermo*» (p. 19).

Subrayamos 'sentirse enfermo', porque creemos que en ello reside la clave: cuando se va a un hospital sin sentirse enfermo, todo se vive de forma distinta, no se es uno más de los dolientes, uno camina incluso más erguido e imagina diferencias... Pero cuando estas diferencias no son claras, o surge este «no saber bien cómo te sientes» o «no sentir lo que se espera que sientas», aparece la confusión y todo lo demás ha dejado de importar. De pronto, toda la vida gira en torno a eso.

Pero también esta percepción evoluciona. José Antonio relata más adelante cómo vive sus estancias en el hospital: ya no se trata de sentirse o no sentirse enfermo sino que va comprendiendo que esas estancias tienen dos posibles resultados: «[...] los hospitales suelen ponerte la cabeza en un lugar cerrado del que es difícil salir: hay un orden circular que acaba convirtiéndote en un ser totalmente prescindible... estás vivo, pero tu vida está detenida, también tu pensamiento. Son como ciudades dentro de otras ciudades, pero son ciudades en las que no se construye ni se transforma nada, solo se espera: el alta o la muerte» (p. 103).

En cuanto a las actuaciones en la esfera de la sanidad, habituales para el personal sanitario pero impactantes para los pacientes, la descriptiva expresión «y de pronto me sentí absolutamente desvirgado y medianamente mareado» relata una consulta 'neutra' de urología. La frase en sí encierra ciertos detalles insignificantes en estos momentos para el personal sanitario, pero que para el paciente se convierten en un recuerdo indeleble: «Sentí la menta (el olor lo desprende la crema que el urólogo ha usado para lubricar el guante) en todo el cuerpo, en la garganta y hasta en la saliva» (p. 18).

Otra cuestión fundamental es la comunicación, la verbal y la no verbal. La reacción de Labordeta cuando el médico comenta: «Efectivamente tiene un tumor... es una prueba sin riesgo... No tienes de qué preocuparte», es descrita con claridad: «Es raro cuando un médico te dice eso: no tienes de qué preocuparte y tú no haces más que pensar que realmente deberías estar preocupado porque tienes un cáncer y te van a meter en un quirófano [...] estamos llenos de interrogantes... de dudas que no te atreves a formular... que te acostumbras a convivir y con una sensación de desasosiego a la que todos los días tienes que vencer» (p. 18).

En estas situaciones ni Labordeta ni ningún paciente hace preguntas. El trato puede ser exquisito pero ¡la confianza es tan difícil de lograr! Plantear las dudas, las tremendas dudas que en esos momentos se tienen resulta imposible porque aún no están estructuradas, porque flotan como la menta, porque se cruzan con gestos ¿Ha sonreído el médico al hablarme, me ha palmeado

la espalda...? Y revelar las dudas es como volver a sentirse 'desnudo', vulnerable, más vulnerable aún.

La familia, los amigos, siempre hablando de ellos. ¡Qué claro muestra Labordeta lo que de verdad le importa! Las citas aquí son innumerables. Desde los recuerdos de antes, a la atención y el cariño de ahora, todas 'sus mujeres' aparecen y permanecen a lo largo de todo el libro rezumando cariño: Sabina su suegra, su mujer Juana, sus hijas: Paula, Ángela y Ana, y todos los otros, los que aún viven y el recuerdo de los que ya no están. Y los muchos amigos, dándoles a todos y a cada uno de ellos la trascendencia necesaria para saber qué es lo que de verdad cuenta cuando uno hace estas «memorias compartidas».

En esta particular lectura del libro de Labordeta que estamos haciendo, interesa destacar las diferentes reacciones de la familia ante la enfermedad, ver cómo cada cual adopta un papel. Por un lado, la hija que más le entiende, la que es como él, la que le sostiene en muchos momentos — como cuando le acompaña a Santander a recibir la medalla de las Bellas Artes a pesar de que, como él afirma, a ella no le gusta nada viajar—, y a la que reconoce su empeño y sus cuidados en pasajes como este:

«A Santander llegué derrotado, más muerto que vivo... Ahora estaba junto a Ángela en uno de los salones del Real...

—¿Estás cansando? —preguntó Ángela de repente. —Sí —contesté. Me tomó del brazo y me acercó hasta la habitación; después bajo la persiana y sé que se quedó un rato en el balcón mirando la bahía —siempre le ha fascinado el mar—. A los pocos minutos cerró la puerta y se marchó a dar un paseo: ella siempre ha soñado y cuando no ha podido soñar ha cerrado los ojos con más fuerza y ha reinventado los sueños. Sé que se marchó a soñar porque le dolía verme tan inválido; yo cerré los ojos e intenté dormir. Era imposible.» (p. 133).

Emociona que el padre sepa y entienda que la hija recurra a su imaginación, a sus sueños para sostenerse y poder estar ahí con él: el sufrimiento convertido en necesidad de soñar, cada uno afrontándolo como puede y sabe.

Otro de los numerosos ejemplos en este sentido tiene como protagonista a su compañera, su mujer, cuyo sufrimiento motiva en ocasiones reacciones de negación de la situación, a pesar de que el esposo es perfectamente consciente y conocedor de esa situación. Pero, como escribe, cada uno hace con su sufrimiento lo que puede:

«Hace unos días emitieron un reportaje sobre los carnavales de Venecia y de repente sentí como una gran tristeza me embargaba.

—Juana —le dije a mi mujer—, yo ya no iré a Venecia. —Igual cuando te recuperes —contestó ella. No dije nada; para qué. Yo sé que mi vida es esta casa y este pasillo y me conformo... » (p. 214)

Sería injusto hacer aparecer a Juana solo para mostrar la negación o la respuesta que cualquiera daríamos ante un dolor tan grande, dentro de lo se denomina 'conspiración del

silencio',² y que como tal no es aconsejable. Pero también hay autores que afirman que más que conspiración es un *gesto de amor fallido*. Fallen o no fallen los gestos, el amor de y por Juana está ahí siempre, presente en todo el libro, reflejando el gran cariño que ambos se tenían.

Uno de los principales valores de la relación con otros pacientes reside en la información compartida, en sentirse comprendido por quienes están pasando por un trance similar, o ya lo han pasado, en la importancia de los datos que los recién conocidos aportan sobre un mundo nuevo y complejo, en el que saber cosas importa: «Sobre todo, que te hagan rastreos, porque lo peor es la metástasis. ¡Ojo con la metástasis!» (p. 24). Mensajes emitidos por esos colegas recientes que pasan a ser centrales, nuevos y grandes amigos. O amigos reencontrados, como Pedro, que está allí también en la radioterapia, esa que tiene un «elegante prólogo» y en la que le dibujan «un mapa del tesoro» y que proporcionan una rutina, un «algo que hacer» frente a su mal. Pedro le brindó ratos maravillosos con su alegría por vivir, resolviendo problemas importantes y de los que no se habla (con razón en este libro), pero de los que se debería hablar con los pacientes cuando se topan con ellos:

«Pedro es un hombre que a pesar de la próstata sigue teniendo una vida sexual bastante activa; me contó cómo resolvía su problema y su manera de resolverlo era fascinante. Lo siento, pero no puedo contarlo... » (p. 73).

Informaciones también en la planta de Urología donde los pacientes pasaban de una habitación a otra y se contaban sus experiencias. Allí Labordeta comprende lo que significa 'estar en manos de'. Y al descubrir que muchos de sus nuevos compañeros circulaban con bolsitas de orina por el pasillo asume, al fin, su estado, después de pasar por el quirófano para extraerle una piedra en el riñón, una insignificante arenilla que, sin embargo, sitúa al paciente en un momento diferente. La confesión «Sentí un enorme vacío, provocado por la ausencia que acaban dejando en uno los hospitales» muestra que, de pronto, los proyectos se mezclan con el miedo y con el amor de los suyos que, como siempre, están ahí en la habitación esperando, y con la necesidad imperiosa de dormir en ese momento al sentir «que era un enfermo, quizás era un buen momento para descansar» (p. 76-77).

También presenta Labordeta a Edu, que aparece en esos días tan duros de la quimioterapia. La percepción del tratamiento de 'quimio' es muy diferente en comparación con «la cierta elegancia imaginativa de la radioterapia». Sin duda influye lo oscuro de la sala donde se suministra, que hace que «el tiempo se detenga». Pero es en esa sala, donde aparece ese amigo al que le gustan los pájaros y que es retratado como el más entendido en el dolor y en los pájaros desde el hospital. Edu, para José Antonio, es quien le pone cara al cáncer y a la propia muerte: «Edu murió en Navidad..., yo me quedé sentado en el sofá, sin poderme mover y pensando que ahora, y por primera vez, el cáncer tenía un rostro, el de mi amigo Eduardo...». Labordeta no puede ir al cementerio y añade: «No estaba preocupado, simplemente estaba desolado y sin fuerzas. Recuerdo

² Javier Barbero, «El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar», *Anales Sistema Sanitario Navarro*, 29 supl. 3 (2006). Disponible en: <<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup3/suple3a.html>>. Última consulta: 13 de agosto de 2011.

en aquel momento como un instante fijo y sé que jamás lo olvidaré:
Edu y yo y los pájaros y el hospital. Tan pocos instantes y, sin embargo, toda una vida» (p. 106).

Las vivencias con el personal sanitario también posibilita el análisis de una serie de relaciones que varían y evolucionan con el paso del tiempo. Labordeta tiene un recuerdo para la enfermera leonesa que «impregnaba de humor y amistad toda la habitación, incluso me regaló un chorizo de su tierra que apenas probé. Ella me hablaba mucho de su gente, de su madre y del pueblo...» (165).

La nueva realidad de ser paciente evoluciona desde la consideración de «estar en manos de» (p. 75) hasta logran sentir y poder reflejar por escrito con una exquisitez especial «la relación médico paciente». Una relación que, como Laín Entralgo pretendía, fue *una singular relación de amistad* con su oncóloga, a quien José Antonio asocia con la ternura.³

La relación entre paciente y oncóloga constituye, desde la primera entrevista, un excelente ejemplo de relación basada en la capacidad para escuchar, para comprender y para lograr integrar los proyectos personales de José Antonio y los requerimientos de su enfermedad:

«Verónica me dijo que teníamos que empezar la quimioterapia cuanto antes, pero yo le dije que tenía muchas cosas que hacer: un viaje a Rusia, el estreno de mi hija Ana en septiembre...

Ella me escuchaba y al fin se decidió a hablar. —Parece que el cáncer no te impide hacer una vida normal —dijo. —Eso está bien —anunció ella—. Los indicadores —prosiguió— no están demasiado altos, vamos a empezar con un tratamiento oral: te vamos a dar la quimioterapia suministrada en pastillas, de forma que podrás viajar a Rusia y luego en septiembre nos vemos y estudiamos el viaje a Avilés» (p. 101).

Una muy buena forma de empezar la relación: escucha, entiende, negocia. Y «cuando la enfermedad ha echado raíces en la vida de un hombre, de tal forma que el enfermo no puede hacer su vida sin contar con su enfermedad; cuando ya no es un paréntesis biográfico, sino que afecta a su conducta, desde su mismo ser humano, entonces el médico, para ser un buen médico, debe entrar en una cierta relación confidencial con su paciente. Ha surgido esa amistad peculiar, que viene enmarcada por la enfermedad y la asistencia técnica a ella y en la que reposa la amistad médica».⁴

³ El título del epígrafe es *Verónica Calderero y la ternura* (p. 211).

⁴ Carmen Gironés Bayón, «Bioética y humanización de la medicina», s.l., s.f., publicado en red, en Monografías.com: <http://www.monografias.com/trabajos7/bihu/bihu.shtml>, (Última consulta: 13 de agosto de 2011). Por su parte, Pedro Laín Entralgo propone que la relación médico-enfermo debe ser una forma singular de la amistad hombre-hombre y que no es solo camaradería sino que es, además, amistad; una amistad que, reducida a sus notas esenciales, consiste en el ejercicio de: a) La benevolencia: se es amigo queriendo el bien del otro; b) La benediciencia: se es amigo hablando bien del otro, en la medida que puede hacerse sin mentir; c) La beneficencia: se es amigo haciendo bien al otro; y d) la 'benefidencia', un neologismo que Laín describe como la efusión hacia el otro para compartir con él algo que me pertenece íntimamente a mí y que, en cuanto se convierte en

Por todo esto, José Antonio no duda al elogiar la ternura, comprensión y humanidad de la doctora, incluso ante una situación que describe como «menuda mierda» pero en la cual, a nivel médico, siempre le queda ella y su empeño en una nueva pastilla, sus visitas, su apoyo y compañía: «Me gusta saber que Verónica va a venir ya que ella me coloca en el lado de la vida en el que están los buenos» (p. 212).

Es significativa la facilidad con que se habla de la segunda opinión médica. En este caso, proviene de otro amigo-médico: Germá, quien por medio del correo electrónico le informa y se informa de los proyectos mutuos: «Él está escribiendo un libro; a mí me inquieta la medicina; él me cuenta sus viajes y sus congresos; yo le hablo de la soledad de la enfermedad, de los días en casa; de la espera que desespera» (p. 210).

Frente al miedo y la incertidumbre, el reconocimiento de los amigos constituye un sólido bastión. Firmes ante los cambios de humor, ante la rabia, la lucha y el no darse por vencido, incluso admitiendo las salidas de tono, como aquella en que Labordeta responde con sarcasmo a un simple comentario sobre la seguridad del coche: «Si queréis lo estrellamos y así comprobamos si es seguro o no», admitiendo que «en aquellos días ese era mi estado de ánimo: macabro e irrespetuoso» (p. 24). La narración de estas anécdotas constituye una forma de homenajear también a los amigos, de reconocimiento hacia ellos, hacia la paciencia y el respeto con que le tratan y hacia la compañía que le brindan intentado amenizar el tiempo de hospital. Un ejemplo más: Miguel Mena, a quien José Antonio agradece su sinceridad: «Cogió una silla y se sentó al lado de mi cama para estar conmigo, junto a mí; después comenzó a hablarme de su vida. Normalmente con mis amigos hablo de política, de literatura, de fútbol... pero nunca de las cosas que nos pasan a nosotros mismos» (p. 103).

La muerte, la de los otros y la proximidad de la propia, es percibida desde otra perspectiva y adquiere una nueva dimensión: el padre del amigo que muere de cáncer, el primero de sus compañeros de mal que termina:

«—Mi padre. Se está muriendo... Está ingresado aquí, en el Servet, en la planta octava de Oncología.

Sabía que tenía un cáncer, pero no que estuviera muriéndose. La información me dolió doblemente; por un lado, me dolía el dolor de Luis y de su padre; y por el otro me dolía saber que yo también tenía cáncer...

Se me heló la sangre, porque yo no pensaba que me estuviera muriendo, ni que me fuera a morir en un plazo de tiempo tan corto» (p. 20).

confidencia, nos va a permitir a los dos convertir en diádica nuestra relación dual. Cf. Pedro Laín Entralgo, *El médico y el enfermo*, Madrid, Guadarrama, 1969; Javier Gafo, *Fundamentación de la bioética y manipulación genética*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 1988; Diego Guillén Gracia, *Voluntad de comprensión: la aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo*, Madrid, Triacastela/IET, 2010.

Y al igual que la muerte, las despedidas. Cuando Sabina, la madre de su mujer, tiene que marcharse con otra hija para que ahora Juana pueda atenderle a él. Sabina había sido la abuela de todos y era a quien ahora apenas le quedaba tiempo de vida por ser ya muy mayor. Esta circunstancia es vivida y sentida como una doble despedida: al dejarlos en ese momento y después, al poco tiempo, morir en otra casa, cuidada por su otra hija. La suegra más querida. En su entierro se entiende que la gente acuda a acompañar y a mostrar la pena compartida:

«Al final sucedió: la madrugada del... Sabina se marchó como había vivido, silenciosa y sin molestar. La enterramos en... acompañados de todas aquellas personas que la habían querido... también estaba mi hermano... me dijo:

—¡Como se nota cuánto la queríamos todos!

Era verdad. Nadie estaba por estar. Todos estábamos allí para decirle adiós. Para explicarle que la íbamos a echar de menos y que, sin embargo e inevitablemente, la habíamos dejado marchar» (p. 103).

Otro componente bioético presente en el libro es la necesidad de un orden, de un 'tener que hacer algo', de un 'estar ocupado.' La radioterapia, aquella realidad disfrazada en un mapa de tesoro, hace establecer una rutina y se convierte en un 'algo' al que agarrarse durante el tiempo que dura el tratamiento: «Todos los días tenía que subir a la clínica... y todos los días me sentaba en la misma salita de espera... Lo de la radioterapia era como un oficio, con sus horarios, y sus compañeros casi fijos» (p. 72). Un orden que intenta mantenerse hasta el final y que se convierte en una lucha: «Cada día lucho más contra esta indecente forma de hacerme viejo... y uno de mis deberes cotidianos es recorrer el pasillo de mi casa —lo recorro veinte veces por la mañana y otras veinte por la tarde» (p. 213).

La reducción del espacio vital constituye una realidad palpable, manifiesta. Aun cuando el pasillo es la meta, continúa ahí ese amor por la vida, por ese espacio ahora tan pequeño que es la casa. Pues aún habiendo vivido tanto y en tantos sitios, ahora hay una necesidad de seguir viviendo ese día a día, hay un empeño por recorrer ese pasillo, a pesar de saber que ya no visitará Venecia:

«Cuando uno no tiene más que su casa como recorrido y vida, hace de esta un lugar tan hermoso como el más hermoso... Mi casa como digo es mi refugio y también mi condena, y todos los días tras finalizar mi paseo... acepto que este paseo ficticio es mi vida y quiero hacerlo todos los días y me doy cuenta de que cada vez necesito menos cosas para ser feliz» (p. 212).

Y, en todo momento, la generosidad. Generosidad en forma de agradecimiento a la enfermedad por haberle permitido conocer a determinadas personas: «Todo lo que rodea al cáncer no es malo. No al menos en exceso, esto del cáncer ha acercado hasta mi vida a personas que de otra forma jamás hubiera conocido...» (p. 209). Y en la despedida, la frase final: «la verdadera historia de un ciudadano embestido por la vida y por *la hospitalidad del hospital*. Nada más ni nada menos» (p. 230).

Concluye el libro y se aprecia cómo era José Antonio: una persona luchadora, entusiasta, optimista, positiva, que habla de sus amigos con un cariño infinito, que cuenta su vida desde la

ilusión permanente, para quien el inconformismo constituye una seña de identidad que permite estar siempre activo y buscar la mejora, una persona que adora a su familia, un hombre amante que sabe decir las cosas muy claras.

Regular, gracias a Dios es una autobiografía que entrelaza historias de la vida 'en general' con la experiencia 'particular' de la enfermedad. Desde esa primera prueba médica que deja el aroma a menta agarrado en la garganta, hasta la serenidad con que sabe asumir el final, sin escatimar los momentos de miedo, de enfado y, sobre todo, de lucha, José Antonio Labordeta plasma lo que significa pasar del estado de sano al de enfermo terminal.

Despedidas, amistades, entierros, relaciones, trabajos, dedicaciones y aficiones, conciertos..., todo es analizado con otra luz pero siempre desde la perspectiva de 'persona de a pie' que desborda vitalidad y pasión, que demuestra gran ternura y cariño no solo por los suyos (familia y amigos) sino por todo aquel que se cruza en su vida, que no deja nunca de decir las cosas claras recurriendo, si es necesario, a la blasfemia o mandando a la mierda a la propia enfermedad, que es capaz de fijarse diariamente una meta y recorrer el pasillo de su casa cuando las metástasis óseas apenas le permiten movilidad, que es capaz de encontrar en ese pasillo y en la escritura de este libro el sentido a esa poca vida que él sabe que le queda. Un libro que contiene ese lado humano y entrañable, de abuelo o beduino, a través del cual es posible comprender esos sentimientos que se nombran mal pero se sienten fuerte: compasión y consuelo.

Concepción Gómez Cadenas, Jesús Herrero Vicente, Etel Carod Benedico, Concha Thomson Llisterri y Teresa Laínez Lorente⁵

Salud, Gobierno de Aragón

Artículo previamente publicado en: *STVDIVM. Revista de Humanidades*, 18 (2012) ISSN: 1137-8417, pp. 345-359. Reproducido con autorización.

⁵ Servicio Aragonés de Salud (Salud). Correo electrónico de contacto: <cgomezc@salud.aragon.es>.

Reseña de Libros

Bioética Clínica Narrativa

Autores: Juan Pablo Beca y Mila Razmilic

Editorial Mediterráneo 2014

ISBN 978-956-220-363-0



Los autores del libro *Bioética Clínica Narrativa*, Juan Pablo Beca y Mila Razmilic, nos entregan a través del relato de casos clínicos reales, una herramienta metodológica valiosa para la toma de decisiones. Se introduce el contexto global, las contingencias que lo rodean y las emociones de todos los involucrados como parte importante en el proceso deliberativo tanto personal como grupal.

Los casos clínicos reales nos enfrentan no solo a decisiones técnicas sino que también a problemas éticos. La sociedad contemporánea plural, con valores en algunos casos no compartidos, en que las personas tienen derechos reconocidos para tomar decisiones sobre sí mismos, enfrenta a los profesionales de la salud a escenarios previamente desconocidos a los cuales debemos sumarnos con humildad por respeto a nuestros pacientes. Las decisiones técnicas en la medicina actual pueden ser difíciles y requerir de la opinión de varios especialistas antes de instalar una terapia. Las decisiones clínicas tienen a su vez aspectos éticos que se deben considerar y reflexionar, tomando en cuenta los valores en juego de todos los involucrados y los fundamentos éticos que sustentan cada acción.

La toma de decisiones frente a nuestros pacientes requiere hoy formación acabada en análisis, reflexión y deliberación Bioética. Grandes necesidades tenemos de material bibliográfico que nos ayude en esta tarea. Como expresa el Dr. Juan Pablo Beca en la presentación del libro, el propósito es ofrecer casos para la enseñanza y el aprendizaje de habilidades de deliberación en Bioética.

La primera parte del libro contiene una “Guía pedagógica para la utilización de las narraciones”, escrita por la magíster en educación Josefina Santa Cruz, la que describe diferentes estrategias de enseñanza de gran utilidad para la docencia en general. La recomendación de los autores de leer cada caso y realizar una deliberación (personal o grupal) antes de leer el análisis Bioético es condición importante para el aprendizaje que se logra con este libro.

Los capítulos del 1 al 10 corresponden cada uno a un caso con su respectivo análisis bioético realizado por un especialista. Como menciona el Dr. Beca en la Presentación “cada caso está analizado desde el punto de vista del autor o el comentarista respectivo pero debemos recordar que se pueden tener otros elementos y visiones que irán enriqueciendo el análisis aquí presentado”. Este análisis no pretende agotar toda la riqueza de temas para deliberar que presenta cada caso, los que sí son listados en la primera página de cada capítulo.

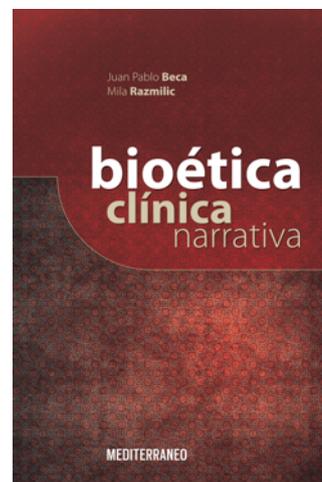
Los capítulos que conforman el libro son: Aborto, Limitación del esfuerzo terapéutico, Retardo mental, Enfermedad terminal, Donación de órganos, Rechazo de tratamiento, Muerte digna y derecho a morir, Decisiones al final de la vida y envejecimiento satisfactorio, y Voluntades anticipadas.

El Libro *Bioética Clínica Narrativa* del Dr. Juan Pablo Beca y la estudiante de Medicina Mila Razmilic, nos da la oportunidad de vivir casos reales a través de una narración enérgica y potente en lo humano y lo contextual, con los que podremos tener un buen ingrediente para la enseñanza del análisis Bioético.

Agradecemos a los autores la posibilidad de contar con este material que podrá tener un uso inagotable utilizando cada caso con diferentes metodologías y para diferentes temas de la Bioética.

El libro *Bioética Clínica Narrativa* será un gran aporte para la docencia de la Bioética en las distintas etapas de las carreras de la salud y también para los profesionales que quisieran ejercitar su metodología de análisis Bioético.

Dra. Carmen Astete A.



Me da que pensar: Salud no es lo mismo que ausencia de enfermedad

La valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon es una herramienta que utilizan las enfermeras para desempeñar su trabajo. Esta forma de valorar pretende tener una perspectiva de la persona lo más completa posible. Se pretende con ello que la persona afronte los cambios que se van produciendo a lo largo de su vida, en aquellas cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad, lo mejor posible.

La exploración del primer patrón "Percepción manejo de la salud" es la que plantea la reflexión de hoy. Sorprende al valorar el patrón, que personas con patologías consideradas importantes desde el punto de vista del profesional, **valoren** su salud como buena; y por el contrario personas en cuya historia clínica figuran patologías más banales, **estimen** que su salud no ha sido buena. Salud y enfermedad no parecen extremos de una misma cuerda, quienes se valoran como más sanos no coinciden necesariamente con aquellos que tienen patologías más graves, y viceversa.

Cada persona afronta las cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad desde el concepto que tiene de ambas, también el profesional sanitario. Sobre la formación de "en qué consiste estar sano o enfermo" influyen muchos factores que no es posible analizar en un par de páginas.

Hay sin embargo un factor que influye en la construcción de ambos conceptos, es el desempeño de una profesión sanitaria. Existen dos cuestiones relevantes, por un lado la formación teórica que reciben estos profesionales, y por otro el contacto durante buena parte de su vida, porque es su trabajo, con personas que demandan asistencia sanitaria para un amplio abanico de problemas, desde los graves a los más

banales, lo que les da una visión de conjunto.

En cuanto a la formación teórica que reciben los profesionales sanitarios se puede empezar señalando la definición dada por la OMS en 1948 que considera **la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia.** Desde 1948 ha pasado mucho tiempo y los profesionales sanitarios se han replanteado esta cuestión de la salud, y lo que parecía una meta a conseguir, "**el estado de completo bienestar**", **ha sido sustituido por lograr "la mejor calidad de vida posible" dadas unas determinadas coordenadas.** Se han buscado parámetros que permitan medir los diferentes grados de calidad de vida, sin dejar de lado que mantener la vida es posiblemente el fin último de todas las profesiones relacionadas con la salud y la enfermedad.

La pequeña reflexión realizada en el párrafo anterior expone la base sobre la que los profesionales sanitarios construyen la idea de salud. Quienes no han recibido esa formación reciben de éstos una noción de lo que es la salud, aunque ésta no sea el único factor que influye en las ideas de salud y enfermedad.

La otra cuestión que incide de forma importante en la construcción de las ideas "estar sano, estar enfermo" en los profesionales sanitarios, es lo que ven a diario en su trabajo, las diferentes patologías, y cómo se enfrentan a ellas las distintas personas. La visión de todo esto influye en la **valoración que estos profesionales hacen de la salud/enfermedad de quienes acuden a ellos solicitando atención sanitaria.**

Resumiendo los profesionales sanitarios construyen su idea de salud con la influencia de esos dos factores, la teoría aprendida en su formación como tales y la

experiencia del ejercicio profesional de lo que están observando a su alrededor desde el rol que desempeñan en la sociedad. Sin embargo, **no todos valoran la salud de la misma forma, los objetivos que se plantean respecto a la salud de los demás varían ostensiblemente de unos a otros.** Darse cuenta de que esto es así, resulta imprescindible a la hora de establecer la relación clínica, dicho de otro modo, significa **reconocer que los valores de los profesionales sanitarios están presentes en la relación,** que no son absolutamente objetivos, **que proyectan sus valores en la relación clínica.**

La formación de la idea de salud en el resto de la población, de en que consiste estar sano o estar enfermo, está influenciada por lo que transmiten los profesionales sanitarios. Un ejemplo de cómo se manifiesta esta influencia, si la idea que el profesional sanitario transmite sobre el colesterol elevado a una persona es que no puede comer a, b, etc., que tiene riesgo de sufrir un accidente cerebro vascular, y pone mucho énfasis y le da mucha importancia buscando que el paciente cumpla las recomendaciones. Es posible que la persona entienda que es una persona enferma, que padece una enfermedad llamada hipercolesterolemia, y que por tanto su salud no es buena o está en riesgo. **Asume en definitiva que no está sano sino enfermo.** Este ejemplo, que no pasa de ser una anécdota, sirve para ilustrar la influencia que los sanitarios ejercen sobre la idea de salud que tienen los pacientes. Lo que suceda a partir de aquí, y cómo afronte la enfermedad el paciente, quizá no depende tanto del profesional sino de cómo se enfrenta a la nueva situación el paciente. En todas las consultas, y también en la vida diaria se ven **personas que parecen vivir para su enfermedad,** que su importancia o relevancia les viene de padecer una determinada enfermedad, o de precisar mucha medicación, en definitiva **se consideran importantes por lo importante que es la enfermedad que padecen para los profesionales sanitarios.**

Está clara la perspectiva subjetiva en la salud, ya que cada cual se **valora** a sí mismo y **valora** a los demás como más o menos sanos, o más o menos enfermos. Pero **la valoración que los profesionales de la salud, como la sociedad denomina a quienes se encargan de velar por la misma, hacen de los demás en el marco de la relación clínica,**

contribuye muy especialmente a la valoración que las personas hacen de su salud. Ser conscientes de la propia subjetividad, de la presencia de los valores de los profesionales en la relación clínica, ayudará a lograr una asistencia de mayor calidad y quizá más satisfactoria no solo para los pacientes, sino también para los profesionales.

La frontera entre hábitos de vida saludables y patologías es algo que corresponde determinar a quienes se ocupan y se preocupan por la salud de las personas, pero cuidado no sea que en un afán de logro de ese estado de perfecto bienestar se haga sentir enfermos a quienes no lo están.

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

Correo electrónico: graciaal@gmail.com

Cajón de bioética y más

El cine: a la búsqueda del sujeto moral (estima de sí, autonomía, convicción)

“Las tramas construyen los personajes”. Este es un principio que toda *Poética* ha mantenido, al menos desde Aristóteles. En ética y bioética pasa como en poética: nos ocupamos de los problemas y temas, y pasan a segundo plano los protagonistas, aquellos que tienen esos problemas. Bien podríamos decir aquello de “dime qué problemas éticos tienes –y cómo los resuelves– y te diré quién eres”.

Pese a esto, no estaría de más que nos fijáramos no tanto en los problemas y más en la identidad moral, y más cuando alguno de sus componentes (pensemos en la “autonomía”) lo esgrimimos como principio. Querría ahora llevar esta cuestión al laboratorio de la experiencia moral que es el cine. Me limito a dar una serie de pistas cinematográficas para pensar sobre la identidad moral, en otro momento construiremos la teoría ético-antropológica.

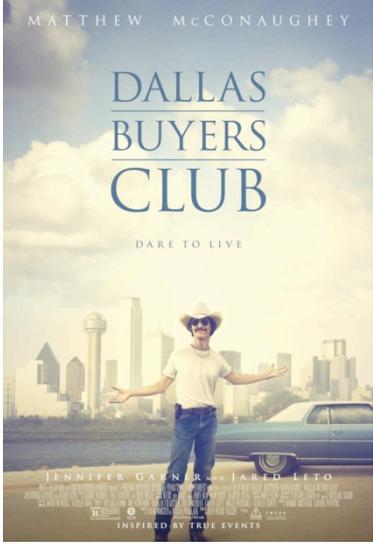
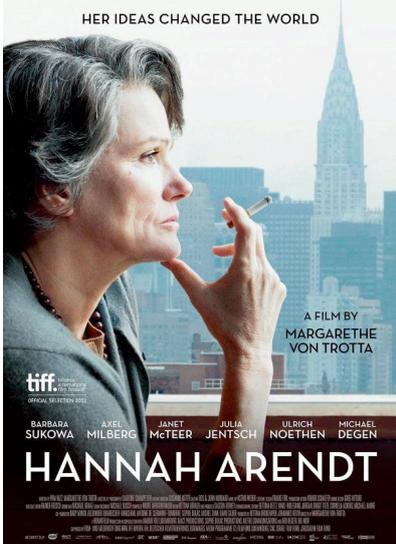
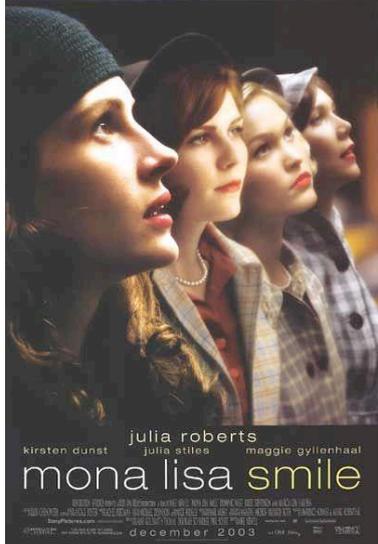
La identidad moral es compleja. De manera heurística podríamos distinguir en ella tres momentos: 1) el momento de la estima de sí mismo; 2) el momento de la autonomía y 3) el momento de la convicción. Es cierto que los límites no están nunca del todo claros.

La *estima de sí mismo* no es egoísmo o narcisismo, sino un sano cuidado de uno mismo (*souci de soi*), de afirmación de las propias posibilidades y capacidades que nos constituyen, siempre envueltas en vulnerabilidad. La estima de sí mismo es el corazón de la autonomía. La *autonomía* es la posibilidad de decidir por uno mismo, de darse uno a sí mismo una norma, pero, ¡claro! ha de haber un “sí mismo” (precisamente lo pone de relieve la estima de sí). Cuando esta autonomía, movida por la estima de sí mismo, se expresa y media con las circunstancias y asume unos valores se convierte en *convicción*.

Estima de sí, autonomía y convicción son los tres componentes de la identidad moral o de lo que podríamos llamar una “autonomía responsable”. Podemos pensar que la autonomía tiene una cara interna (subjetiva) que es la estima de sí mismo y una cara externa (objetiva) que es la convicción. Pensar correctamente la autonomía exige tener en cuenta estos momentos. No defendemos la autonomía del paciente, por ejemplo, si negamos la dimensión de estima de sí o impedimos que se articule en convicciones (o no las escuchamos). Estamos malinterpretando la autonomía, o entendiendo por ella algo que no es, al menos la autonomía moral, la que decimos defender en bioética.

Identidad moral		
ESTIMA DE SÍ MISMO	AUTONOMÍA	CONVICCIÓN

Algunas películas han insistido en un componente otras en otro. Propongo tres películas que nos ayuden a pensar de una manera completa y compleja esta cuestión.

Estima de sí mismo	Autonomía	Convicción
<i>Dallas Buyers Club</i> (2013)	<i>Hannah Arendt</i> (2012)	<i>La sonrisa de Mona Lisa</i> (2003)
		
<p>La transformación del personaje puede interpretarse como desarrollo de una afirmación de sí mismo que no es simple egoísmo. Ron Woodroof quizás no se convierte en “mejor persona” desde un determinado punto de vista moral, pero sí se convierte en persona moral, precisamente por esa estima de sí mismo.</p>	<p>No pensar por uno mismo y someterse a los dictados de otro es la máxima dejación moral. Es la pérdida de la posibilidad de ser uno mismo y supone la pérdida de la capacidad ponernos en lugar de otro. Es precisamente lo que nos relata Arendt a propósito de Eichmann y la película refleja.</p>	<p>La afirmación de los propios valores no es “contra” la realidad o las circunstancias, sino en un diálogo de uno mismo con esa circunstancia; consiste en esa modelación mutua de ambos. Katherine Watson, imbuida de grandes valores, intenta cambiar a unas alumnas que sólo piensan en un modelo de vida machista y negador de sus propios proyectos personales; pero... aprenderá a hacerlo, no “contra”, sino “de una determinada manera”.</p>

¿Puede haber identidad moral (autonomía responsable) sin estos elementos? ¿Sin alguno de estos elementos?

Tomás Domingo Moratalla
 Profesor de Filosofía moral y política
 Universidad Complutense de Madrid

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- 12th World Congress of Bioethics. "Bioethics in a globalized world: science, society and individual". Mexico, 25-28 Junio 2014. <http://bioethicsmexico.mx/es/>
- Jornada "30 años de técnicas de reproducción asistida" organizada por la Fundació Víctor Grífols i Lucas el día 6 de mayo de 10 a 18.30 h. Anna Veiga, directora del Banco de Líneas Celulares del CMRB, y Guido Pennings, profesor de Ética y Bioética de la Universidad de Gant, impartirán dos de las conferencias de la jornada. http://www.fundaciogrifols.org/polymitalimages/public/fundacio/Activitats/2014/tra_programa.pdf
- Intensive European Bioethics Course "Ethics of Pediatric Research" (Padova, Italy, May 12-14, 2014). The Department of Philosophy, Sociology, Education and Applied Psychology, and the Department of Woman and Child Health, University of Padova. <https://med.kuleuven.be/eng/erasmus-mundus-bioethics/documents/intensive-courses-padova/EthicsPediatricResearch>
- SOCIEDAD INTERNACIONAL DE BIOÉTICA (SIBI): Ciclo de Conferencias 2014. Lugar: Sede de la SIBI (Gijón) 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. <http://congresos.gijon.es/eventos/show/27754-ciclo-de-conferencias-2014-de-la-sociedad-internacional-de-bioetica-sibi>

Bibliografía y fuentes de Bioética



- M. J. Torralba. Formación bioética en enfermería. Diego Marín editor. 2013.
- T. Domingo Moratalla & L. Feito Grande. Bioética narrativa. Escolar y Mayo. Madrid, 2013.
- N. Juth. The Ethics of Screening in Health Care and Medicine: Serving Society or Serving the Patient?. Springer, 2013.
- VV.AA. Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave. Cátedra de Bioética. Universidad P. Comillas. Madrid, 2013.
- J. de la Torre (ed.) 30 años de VIH-SIDA. Cátedra de Bioética. Universidad P. Comillas. Madrid, 2013
- J.M. Caamaño. La eutanasia: Problemas éticos al final de la vida humana. San Pablo. Madrid, 2013.
- Alastair V. Campbell. Bioethics: The Basics. Routledge. 2013.
- A.R. Eiser. The Ethos of Medicine in Postmodern America: Philosophical, Cultural, and Social Considerations. Lexington Books, 2013.
- S. Ferber. Bioethics in Historical Perspective: Medicine and Culture. Palgrave Macmillan, 2013.
- N. Agar. Truly Human Enhancement: A Philosophical Defense of Limits. MIT Press, 2013.