

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

Nuestro objetivo

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

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

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

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



en este número

Vidas que merecen ser vividas P.2

Objeción de conciencia P.4

La autoestima P.10

El cien P.11

Caso clínico comentado P.13

Experiencia moral y religiosa P.16

Relación médico-enfermo P.19

Película: *El castor* P.23

Desde la redacción

Llega el verano a este hemisferio norte, llega con su promesa de descanso y de tiempo libre. Pero también con el implacable sol que igual permite disfrutar de las actividades al aire libre, que nos asusta con las cifras crecientes de melanoma. Como en otros ámbitos de la vida, también aquí la prudencia se impone. Sol sí, pero con moderación. Como dice el refrán, "ni tanto, ni tan calvo".

Huir de los extremos viciosos, como quería Aristóteles, para encontrar la virtud. Un equilibrio que se nos escapa continuamente porque ni está dado, ni es evidente, ni se mantiene igual para todas las circunstancias y personas, ni es estable, ni es una verdad absoluta. Requiere esfuerzo, reflexión, ponderación de los elementos en juego, deliberación sobre fines y medios, evaluación de las circunstancias... en definitiva, una fina tarea de reflexión y análisis, en la que, finalmente, no todos tomaremos decisiones exactamente iguales, sencillamente porque el espacio de la prudencia es ancho y creativo, y ofrece múltiples posibilidades racionales.

Nunca se hará suficiente énfasis en la importancia de este modelo de prudencia y deliberación. Acostumbrados a las recetas sencillas e infalibles, donde el mundo es blanco o negro y todo está perfectamente ordenado, asumir la incertidumbre, la multiplicidad, el dinamismo y la diferencia resulta difícil y arriesgado. Pero es la única manera de ser fieles a la realidad.

Y se nos olvida continuamente.

Cuando hay problemas económicos, como en esta época de inmisericorde crisis, parece que todo está permitido, que ya no es necesario deliberar porque basta con encontrar criterios de eficacia para sobrevivir. Sin embargo, más que nunca es necesario poner la imaginación en marcha para idear nuevas posibilidades y, al mismo tiempo, extremar la cautela para no dejarnos llevar por la desesperación, la necesidad o la urgencia. Si hemos ganado en capacidad de diálogo, que no se pierda porque estamos angustiados por el déficit. Si hemos sido capaces de defender derechos humanos, garantías de respeto a las personas, a sus opciones, a su trabajo, a sus proyectos, que no se pierdan porque parece que todo vale en situaciones límite. La ética no es un elemento adicional y superfluo, sólo apto para momentos de bonanza, antes bien, es la salvaguarda de prudencia y responsabilidad para las épocas difíciles, para las circunstancias que amenazan lo humano. Por eso, ahora, más que nunca, que el sol del verano no nos haga olvidar que la lucha por la justicia no toma vacaciones.

Lydia Feito. Directora

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

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

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

Consejo Editorial

Directora: D^a. Lydia Feito Grande

Colaboradores:

D. Joaquín Callabed
D. Tomás Domingo Moratalla
D. Rubén García Cruz
D^a. Concha Gómez Cadenas
D. Diego Gracia Guillén
D^a. Pilar Núñez Cubero
D^a Teresa Parajón
D. Luís Sanjuanbenito

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



Vidas que merecen ser vividas

En un reciente artículo publicado en *The American Journal of Bioethics* (*Am J Bioeth* 11(2):20-32, 2011) se pregunta D.J. Wilkinson (médico especializado en cuidados intensivos neonatales, profesor asociado de medicina neonatal y bioética, neonatólogo en el *Women's and Children's Hospital*, en Adelaide, e investigador del *Oxford Uehiro Centre for Practical Ethics* de la Universidad de Oxford), cuándo puede considerarse permisible dejar morir a un recién nacido sobre la base de su futura calidad de vida.

El debate no ha dejado indiferente, pues en www.catholicnewsagency.com (30/04/2011) se hacían eco de este artículo, con la noticia de que Carlo Bellieni (director de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Universitario de Siena, secretario del Comité de Bioética de la Sociedad de Pediatría de Italia, y miembro de la Academia Pontificia de la Vida), había comentado que «La decisión sobre la vida sólo debería tomarse sobre una base objetiva y en interés del paciente, no en interés de una tercera parte.» En relación a un reciente estudio canadiense, Bellieni dijo (siempre según la fuente citada) que «los bebés deberían recibir mayores cuidados que otros pacientes, pero muchos filósofos ahora creen que los recién nacidos no son personas y, por tanto, reciben actualmente menos garantías que las personas mayores.» La posición del Dr. Wilkinson es inaceptable éticamente, en su opinión, porque «aunque las cargas sean altas, por ejemplo en el caso de una discapacidad grave, esto no es razón suficiente para retirar tratamientos vitales. Después de todo, un bebé discapacitado tiene también pleno derecho a la vida.»

Es cuando menos sorprendente que se puedan hacer estas aseveraciones. Afirmar que «muchos filósofos creen que los recién nacidos no son personas» es un atrevimiento inaceptable e ignorante. Proponer que las decisiones sobre la vida se tomen sobre «una base objetiva» muestra, de nuevo, desorientación y falta de matices. Cuando se analizan cuestiones como la vida, la salud, la calidad de vida o las perspectivas de futuro, no es posible hablar de algo objetivo, ni de valores absolutos, ni de verdades evidentes. Afirmar tal cosa es suponer, desde una perspectiva un tanto dogmática, que la realidad es de un sólo modo y que no hay pluralismo posible. Pero las cosas no son tan fáciles, el mundo de los valores es bastante más complejo, plural e incierto, y requiere interpretación seria y rigurosa.

Por otro lado, habrá que ver si lo que está aquí en juego es el derecho a la vida, o más bien la pregunta por la calidad de vida. Se

esté o no de acuerdo con sus conclusiones, la reflexión que introduce Wilkinson en su artículo es interesante y pertinente. Que los temas sean duros y complejos no debería ser excusa para no tratarlos, o para obviarlos. Si por algo se caracteriza el *Oxford Uehiro Centre for Practical Ethics*, dirigido por J. Savulescu, es por no tener miedo de pensar en serio sobre los temas, desde el rigor filosófico y argumentativo, si bien desde una postura con sesgos utilitaristas que a muchos desagrada.

El diagnóstico de partida de Wilkinson es que en las situaciones en que los recién nacidos necesitan tratamientos para sobrevivir (por ejemplo, neonatos prematuros con graves hemorragias cerebrales, o anomalías congénitas como la espina bífida o la trisomía 18), la postura más frecuente es que sólo puede retirarse o no iniciarse el tratamiento si las cargas de la vida futura del niño sobrepasan los beneficios esperados. En la propuesta alternativa que él plantea (denominada «perspectiva de umbral») el tratamiento podría ser retirado si el futuro bienestar de los niños está por debajo de un umbral que está cercano a, pero por encima del punto-cero de bienestar. Esto significa que, en su opinión, estaría justificado, en algunas circunstancias, que los padres y médicos decidieran dejar morir a un niño, incluso aunque su vida mereciera la pena ser vivida.

Un debate similar se produjo en los años 70 del siglo XX en relación al famoso caso Baby Doe. Entonces se planteaba si dejar morir a un niño (en este caso, una niña con Síndrome de Down, que padecía una atresia duodenal), cuya calidad de vida no era todo lo buena que se hubiera deseado, era aceptable moralmente. Obviamente las cosas han cambiado mucho, y los obstáculos económicos y sociales que entonces existían para la asistencia a las necesidades de estas personas, ahora no son iguales. Sin embargo, los argumentos son muy parecidos.

La afirmación —más frecuente y aceptada— de que esta decisión sólo es posible cuando el futuro del recién nacido es tan nefasto que las cargas y problemas derivados del tratamiento y de la enfermedad sobrepasan los beneficios esperables, tiene dos problemas, en opinión de Wilkinson: por un lado, el pronóstico no es certero, por lo que no es posible saber si aquellos bebés a los que se ha permitido morir en una unidad de cuidados intensivos, habrían tenido vidas tan malas que hubieran justificado esa decisión. Por otro lado, la petición de los padres de mantener los tratamientos de soporte vital suele ser aceptada por los médicos.

Pero, si las cargas del tratamiento superan los beneficios, es problemático aceptar esta continuación, por lo que Wilkinson afirma que la retirada de tratamientos debería ser obligatoria más que opcional. La cuestión principal a determinar es dónde se encuentra ese punto que marca la transición a una calidad de vida tan mala que no merece la pena seguir viviendo. Por supuesto, en el caso de un adulto esta decisión le compete sólo a él, conforme a sus valores, convicciones, creencias, y proyectos de vida. Sin embargo, en el caso de un recién nacido, quienes deben decidir son sus padres o tutores, principales afectados por la decisión, pues serán quienes tengan que sobrellevar, además del propio niño, las cargas del tratamiento.

Hay tres posibilidades, respecto a la evaluación de su calidad de vida: (1) una vida que merece ser vivida: aquella en que los beneficios para el individuo superan las cargas (bienestar neto positivo); (2) una vida que no merece ser vivida: aquella en que las cargas futuras sobrepasan los beneficios (bienestar neto negativo); y (3) el punto-cero: una vida cuyos futuros beneficios son iguales a las cargas.

La decisión sobre la retirada de tratamiento que se ha planteado habitualmente se justifica si y sólo si las futuras cargas para el individuo superan los beneficios, es decir, se puede predecir que tendrá una vida que no merece la pena vivir. Wilkinson va un poco más lejos con su "perspectiva de umbral": el soporte vital puede retirarse a un neonato si y sólo si su futuro bienestar neto cae por debajo de un cierto umbral mínimo. Umbral que está por encima del punto cero de una vida que merece la pena ser vivida. Dicho de otro modo, Wilkinson afirma que es justificable retirar tratamientos de soporte vital, si es esperable que el recién nacido deba soportar más cargas que beneficios —derivados del tratamiento— en su vida futura. Pero este umbral está en un nivel más alto que el habitual, pues el punto cero que utiliza como punto de corte, es un equilibrio entre cargas y beneficios. Por tanto, se está defendiendo un mayor nivel de bienestar para el recién nacido.

Los argumentos para defender esta posición son tres: (a) Dada la incertidumbre en que han de tomarse estas decisiones, valorar las posibilidades de bienestar del neonato puede plantearse en términos de asimetría de los daños, esto es, no valdrá lo mismo el riesgo de vivir con graves impedimentos y discapacidades, que la posibilidad de dejar morir al niño. Por ello, un recién nacido que sobrevive en un estado de grave discapacidad y sufrimiento tal que su vida no merece ser vivida está siendo dañado por la decisión de prolongar su vida. Es decir, a la vista de lo que va a sufrir, resulta más dañino para el recién nacido, y más cruel, mantenerlo con vida que dejarlo morir.

(b) Más controvertido probablemente es el argumento que defiende que la carga del cuidado también debe ser tomada en cuenta. A esto se refería la crítica de Bellieni respecto a los "intereses de terceras partes". Pero resulta difícil pensar que se puedan exigir actos heroicos a los padres. La discapacidad, los tratamientos, son cargas que recaen sobre la familia, con costes muy importantes, no sólo económicos, sino psicológicos, sociales e incluso físicos. El cuidado de personas con graves discapacidades es enormemente exigente y puede ser muy disruptivo en una familia de modo que puede afectar gravemente al bienestar de

todos. Con todo, Wilkinson es cauto en su análisis de este argumento, pues claramente excede el ámbito de la valoración del umbral que él propone, y en el que los intereses de otros sólo tienen un valor complementario. El planteamiento discurre en la valoración de unos costes inabordables que supusieran un beneficio mínimo para el niño, o que, en situación de recursos limitados, los tratamientos pudieran restringir o impedir la atención a otros niños —o adultos— que pudieran necesitarla. Obviamente esta situación es más probable (y más defendible éticamente) en sociedades con menos recursos, y menos admisible en sociedades desarrolladas que tienen amplias posibilidades.

(c) El tercer argumento se refiere a los deberes y derechos de los padres. Los padres y los médicos tienen un fuerte deber *prima facie* de hacer lo que puedan por preservar la vida de un recién nacido. Pero este deber también tiene límites. No estarían obligados, por ejemplo, a mantener con vida a un niño que es dependiente de soporte vital y que se encuentra en estado vegetativo permanente. Teniendo esto en cuenta, los deberes reales (en la distinción de D. Ross) pueden ir en otra dirección: sería aceptable que los padres eligieran no preservar la vida del neonato, cuando se puede predecir que es una vida restringida. En este sentido, sería una irresponsabilidad mantener con vida a toda costa a un niño con gravísimas discapacidades, si no hay un claro beneficio para él.

Como se puede ver, los argumentos merecen ser pensados, pues no son gratuitos ni sencillos. La clave está en determinar cuál es ese umbral por debajo del cual no sólo la vida parece que no merece la pena ser vivida, sino que se puede convertir en irresponsable y cruel obligar a un individuo —y a su familia— a soportar esa situación. Y esta decisión, sea cuál sea su conclusión, no es fácil ni resulta agradable a quien debe tomarla. Por tanto, no caben aquí juicios simplistas que no tomen en consideración el sufrimiento de las personas implicadas, ni tampoco soluciones generales que defiendan, sin matices, el derecho a la vida de los recién nacidos —que nadie ha puesto en cuestión—. Más bien se trata de buscar un espacio de decisiones prudentes, que tomen en consideración muchos factores, en situaciones de incertidumbre.

El propio Wilkinson afirma que su "perspectiva de umbral" no conduce necesariamente a un cambio radical en la práctica habitual de las unidades de cuidados intensivos neonatales. No significa que se vaya a retirar el tratamiento de soporte vital en aquellos niños con una oportunidad razonable de tener una buena vida. Tan sólo apunta que nuestra obligación de salvar vidas no sólo debe ser una vida que merezca la pena vivir (*life worth living*), sino también una vida que merezca la pena dar (*life worth giving*). Y no hay soluciones fáciles. Esta responsabilidad merece ser pensada.

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia

Objeción de conciencia: las lecciones de un debate

Hay cosas de las que se habla y se escribe tanto y que han llegado a sernos tan familiares, que cuesta imaginar una época en que no existieran. Algunas de ellas, sin embargo, son de antaño. Es el caso de la objeción de conciencia. Si se acude a los bancos de datos de la Real Academia Española, se comprueba, no sin sorpresa, que la primera vez que aparece en español esa expresión es el año 1962, en un libro titulado *La guerra moderna y la organización internacional*, y en un párrafo claramente adverso a la objeción, al considerarla propia de grupos protestantes radicales y por completo ajena a los buenos usos morales de la tradición católica. El párrafo en cuestión dice así: "Incluso la objeción de conciencia, antes patrimonio exclusivo de algunas sectas protestantes, ha comenzado a extenderse entre los católicos de algunos países."¹

En efecto, si se acude a los manuales de teología moral católica de esos años, se verá que de la objeción de conciencia no se dice nada, o al menos nada positivo. En un libro tan significativo a la altura de los años sesenta como *La ley de Cristo*, de Bernhard Häring, la expresión no aparece.² Lo mismo sucede en otro texto de teología moral publicado en esa misma fecha, el *Compendio de teología moral* de Arregui-Zalba.³ El año 1965 es particularmente significativo, porque en él se puso fin al concilio Vaticano II. La constitución *Gaudium et spes* sí dedica un breve párrafo a la objeción de conciencia, que dice así: "parece razonable que las leyes provean, con sentido humanitario, para el caso de quienes, por motivos de conciencia, se niegan a tomar las armas si aceptan otra forma de servir a la comunidad".⁴ Es el primer reconocimiento explícito por parte del Vaticano de la objeción de conciencia al servicio militar y su compensación a través del servicio social sustitutorio. Un reconocimiento que no fue del agrado de muchos moralistas católicos. He aquí el comentario de uno de ellos, Antonio Peinador, a la altura de 1969: "Sería injusto que la gran mayoría de los ciudadanos, católicos ellos, soporten los riesgos de un conflicto armado, mientras una minoría insignificante de equivocados, aunque de buena fe, vivan al resguardo de todo peligro amparados en su objeción."⁵

A pesar de que la Iglesia católica fue especialmente recalcitrante en este tema, no anduvo sola, ni ostentó la exclusiva en tal tipo de actitud, que había sido general hasta los años de la segunda guerra mundial. Y es que esto de la objeción de conciencia es muy moderno. De hecho, no ha sido posible más que en el interior de las sociedades liberales y democráticas. En todas las otras sociedades de las que tenemos noticia, a quien se ha negado a cumplir la ley se le ha castigado con la cárcel, los trabajos forzados, el destierro o la propia muerte. No tiene sentido hablar, como a veces se hace, de objeción de conciencia a propósito, por ejemplo, de los primeros cristianos. Es cierto que éstos se negaron a la adoración del emperador romano, pero fueron severamente castigados por ello. No fueron tratados como objetores sino como insumisos. Con anterioridad a las revoluciones liberales no hubo nada parecido a la objeción de conciencia, si por tal entendemos, como parece lógico, el respeto a la persona que, por motivos de conciencia, se resiste a ejecutar algo exigido o permitido por una ley. Ese respeto no ha existido nunca en las sociedades no democráticas. En las democracias, las leyes se aprueban por mayoría en las cámaras representativas. Se supone, por ello, que tales leyes expresan los valores morales, no de todos, pero sí de la mayor parte de los ciudadanos, razón por la cual éstos han de considerar moralmente correcto lo que estipula la ley. Pero también es obvio que una minoría no lo verá así. Pues bien, las sociedades democráticas han establecido un procedimiento de respeto a tales personas. Ese procedimiento es la objeción de conciencia, que permite a un ciudadano no intervenir en algo que tiene por moralmente incorrecto, por más que se halle aprobado o incluso exigido por la ley. La objeción es una excepción legal al cumplimiento de la ley. Caso de que el legislador o los tribunales de justicia consideraren inapropiada la objeción en un caso concreto, el objetor dejará de ser tal para convertirse en insumiso. Que es lo que fueron todos los que se opusieron a cualquier ley en las sociedades predemocráticas o no democráticas. Los primeros

cristianos que se negaron a adorar al emperador no fueron objetores, fueron insumisos, que es cosa distinta.

Dentro de las sociedades democráticas, la objeción de conciencia es también un fenómeno reciente. Aparece como tal figura con posterioridad a la segunda guerra mundial. Fue con ocasión de esta contienda cuando surgió el conflicto en los Estados Unidos, al negarse ciertos grupos del llamado protestantismo radical a empuñar las armas e ir a la guerra. Ahí comenzó el proceso de reflexión que acabaría por dotar de contenido a la objeción de conciencia. Ni que decir tiene que el ámbito al que se aplicó fue el militar. Es también lo que sucedió en España durante los años setenta, y lo que dio lugar al artículo de la Constitución de 1978 en el que se reconoce la objeción de conciencia al servicio militar.⁶ Esto es importante tenerlo en cuenta, porque la objeción médica, aquella que hoy ocupa y preocupa, habida cuenta de que la otra ha desaparecido al cambiar la ley, no entra en escena más que a partir del año 1985, como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley orgánica 9/1985 de interrupción del embarazo en tres supuestos.⁷

Dado que se trata de la excepción al cumplimiento de una norma legítimamente promulgada, es claro que la objeción de conciencia tiene siempre carácter excepcional; es una excepción a la regla, que no puede ser otra que el cumplimiento de la ley. La excepción se hace con el objeto de respetar los valores de las minorías. De ahí que resulten extrañas y atípicas dos figuras cada vez más frecuentes. Una es el querer convertir la objeción de conciencia no en excepción sino en regla, y además absoluta y sin excepciones. Y otra, el que se acojan a ella colectivos enteros de población, con lo que algo aplicable a minorías adquiere un uso mayoritario. Cuando esto último sucede, algo falla, pues si la mayoría está en contra de una norma, lo lógico es que ésta fuera sustituida por otra que dijera lo propugnado por los objetores. Cuando eso no sucede, hay que sospechar que la objeción no es auténtica, es decir, que se objeta por motivos que no son morales o de conciencia. En lo que sigue analizaré brevemente estas dos anomalías, tan frecuentes que oscurecen y enturbian el panorama de la verdadera objeción.

En primer lugar, el intento de transformar la excepción en ley, aún más, de convertir la objeción de conciencia en un derecho absoluto, superior a cualquier otro derecho y que, por tanto, debe considerarse prioritario en caso de conflicto con él. Esta tesis es la que defienden todos los partidarios del iusnaturalismo estricto, negando validez al principio, por demás obvio en cualquier sistema jurídico democrático, de que los derechos nunca son absolutos y pueden verse recortados cuando entran en conflicto con otros derechos. Hay situaciones en que todo derecho humano, por muy primario que sea, debe ceder ante la exigencia de otro u otros. Esto le sucede al derecho a la vida, y con él a cualquier otro. De ahí que cuando se afirma la objeción de conciencia como derecho absoluto se esté haciendo una enmienda a la totalidad del derecho liberal y democrático. Lo que se está afirmando es que los parlamentos democráticos no tienen legitimidad para aprobar normas que vayan contra ese pretendido derecho natural. De lo que se deduce algo de la máxima importancia, y es que quienes defienden la objeción de conciencia como un derecho absoluto están haciendo una enmienda total a la teoría liberal y democrática. Con lo cual se concluye en la paradoja de que al afirmar la objeción de conciencia como un derecho absoluto, se está negando legitimidad a la única estructura socio-política que ha hecho posible la objeción de conciencia. Los fanáticos de la objeción son sus más peligrosos enemigos.

Pero hay una segunda paradoja. Y es que si las leyes emanadas de parlamentos democráticos son el reflejo de las opciones morales de la mayoría de la población, no se entiende cómo la objeción puede convertirse en mayoritaria. Esto último es lo que ha sucedido en medicina, en el caso concreto del aborto. Se dirá que los médicos no son toda la población, y que por tanto puede suceder que la mayoría de la sociedad opte por algo que a la mayoría de los profesionales de la medicina les parece inadmisibile. Es posible que así sea, pero no deja de resultar raro. Los médicos son parte de la sociedad, y por tanto parece que deben compartir los valores de mayor vigencia en ésta. Cabría pensar que en ese cuerpo profesional, debido a sus características socioculturales, la proporción de los partidarios de interrumpir el embarazo fuera menor que en la población normal; cabe incluso asumir que fuera mucho menor, pero se hace difícil entender que sea casi unánimemente negativa, hasta el punto de que los no objetores son la excepción, no la norma.

La Fundación de Ciencias de la Salud publicó el año 2008 una guía de objeción de conciencia.⁸ Y entre las cosas sorprendentes del texto, están dos figuras que sus autores se vieron obligados a identificar y que denominaron “seudoobjeción” y “criptoobjeción”. La seudoobjeción se da al objetar como resultado de un acto clínico incorrecto. La objeción nunca puede amparar decisiones clínicas mal tomadas. Dicho en otros términos, al objetar se está lesionando siempre un valor, que es el derecho de una persona a una prestación sanitaria, y por

tanto la objeción constituye un curso extremo de acción. Siempre que haya cursos intermedios que permitan salvar los valores en conflicto o lesionarlos lo menos posible, la objeción no puede considerarse correcta. Los ejemplos son muchos. Hay médicos que objetan a operar sin sangre a testigos de Jehová, a pesar de que la operación no entrañe especial riesgo, o porque no quieren llevar a cabo una cirugía hemostática, etc. La objeción nunca puede ser amparo de la mala práctica.

Pero hay una segunda figura, por desgracia aún más frecuente que la anterior. Se trata de la criptoobjeción. Consiste ésta en la objeción por motivos distintos a los propiamente morales. Se objeta por comodidad, por ignorancia, por respeto humano, por el qué dirán, por tantas cosas más. En ciertos servicios, es mucho más fácil objetar que no objetar. Hay una auténtica coacción hacia el no objetor. Y la consecuencia es que se objeta, aunque no por razones de conciencia. Ni que decir tiene que esta objeción de conciencia es también incorrecta. La objeción de conciencia no puede ser más que de conciencia, por motivos morales. Los demás motivos no son legítimos.

La pseudoobjeción y la criptoobjeción son el gran lastre para el respeto de la auténtica objeción de conciencia. En nuestro medio no hay prácticamente nadie que considere que no se debe respetar la verdadera objeción de conciencia. Los enemigos de la objeción de conciencia no son quienes se oponen a ella, sino quienes abusan de algo tan íntimo, y por tanto tan difícil de controlar, como la conciencia. Los verdaderos enemigos de la objeción de conciencia son aquellos que quieren convertirla en un bastión inexpugnable, ante el que reboten todos los demás derechos, y quienes se aprovechan de ella, haciendo pseudoobjeciones o criptoobjeciones.

Es frecuente buscar la solución de todo esto en el derecho, pidiendo una ley o norma que regule el ejercicio de la objeción de conciencia. Personalmente soy muy escéptico ante ese tipo de regulaciones. Y ello porque la conciencia es el reducto último de la ética, y el derecho tiene muy difícil regular asunto tan íntimo. Esto sólo lo arreglará la correcta formación moral de los ciudadanos. La única labor que puede y debe hacer la ley es definir quiénes pueden objetar y quiénes no (quiénes son actores o colaboradores directos) y a qué normas puede objetarse y a cuáles no. Cualquier otro procedimiento, como la inscripción previa en registros, bien colegiales, bien administrativos, puede acabar produciendo mayores perjuicios que beneficios. Y es que en este tema, como en tantos otros, la solución no está en la búsqueda de normas estrictas de aplicación mecánica sino en la promoción de la prudencia y la responsabilidad moral en las personas implicadas. Algo que por lo general se nos escapa.

Publicado en *Rev Cal Asist.* 2011;26(3):143-145

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Bibliografía

¹ Real Academia Española: Banco de datos (CORDE) [en línea]. Corpus diacrónico del español. <<http://www.rae.es>> [3 de marzo de 2011]

² Bernhard Häring, *La ley de Cristo*, Barcelona, Herder, 2 vols, 4ª ed., 1965.

³ Antonio M^a Arregui, Marcelino Zalba, *Compendio de teología moral*, Bilbao, El Mensajero del Corazón de Jesús, 1965.

⁴ Concilio Vaticano II, Constitución apostólica *Gaudium et Spes*, nº 79. http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_sp.html. Consultado el 3-3-2011.

⁵ Antonio Peinador, *Moral profesional*, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1969, nº 148, pp. 86-7.

⁶ Constitución española, art. 30.2.

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.html. Consultado el 3 de marzo de 2011.

⁷ Ley Orgánica 9 de 5 de julio 1985 que modifica el art. 417 bis del Código Penal. B.O.E. núm. 166. 12 julio de 1985.

⁸ *Guías de Ética en la Práctica Clínica, Ética de la objeción de conciencia*, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud, 2008.

PRIMERA REUNION DE BIOETICISTAS DE LA IX PROMOCIÓN DEL MAGÍSTER EN BIOÉTICA DE LA UCM. Málaga 2011

PROGRAMA

Viernes 13 de Mayo

Cena en el Restaurante el Embarcadero.

Inicio de la reunión en un marco genuinamente malagueño, en una terraza cubierta sobre el mar alrededor de una mesa redonda y con un menú exquisitamente mediterráneo y ligero para permitir un sosegado y amable contacto cargado de anécdotas de las personas allí reunidas.

Sábado 14 de Mayo

A) Reunión de Trabajo en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. En la Sala de Juntas de Dirección, entre las 11h y 15' y las 14h y 45', tenemos las siguientes presentaciones:

1.- Presentación de un caso de neonatología por parte de las pediatras de Madrid, Dras. Parra y Garcia-Onieva. Indicación de alimentación por sonda en un lactante con hipotonía congénita irreversible. El caso se somete a un proceso de deliberación ética con el más académico de los protocolos aprendido en la escuela del profesor Gracia.

2.- Presentación del trabajo de tesis doctoral de Concha Gómez Cadenas sobre la historia y vida de Amparo Poch, una médico anarquista en la España de principios del XX.

3.- Presentación por el Dr. Estebaranz de la Revista Debática, revista de bioética en formato digital gestionada por soft libre OJS y adherida al protocolo de Vancouver para indexación, de la que él es Editor con el soporte de la Sociedad Andaluza de Bioética.

4. Concluye la reunión de trabajo el Dr. Melguizo con una breve intervención tras la que a propuesta suya se acuerda por unanimidad que las reuniones y encuentros futuros de los miembros de esta promoción se harán en mayo, oficializándose el encuentro una vez por año, con independencia de que informalmente, con ocasión de un evento o de motu proprio, tengan lugar otros encuentros espontáneos. Se acuerda que para la edición de 2012 nos encontraremos en Valladolid el día de mayo que sus organizadoras Maria del Mar, Paula y ambas Isabels determinen

B) Comida de trabajo en la cafetería de personal del Hospital Clínico de Málaga

C) Visita guiada al Museo Picasso de Málaga. De 17h hasta las 19h.

El Final, noche del 14 y mañana del 15 de Mayo

1.- Para los últimos en partir, la noche del sábado hubo una visita guiada a la Cofradía del Santo Sepulcro de Málaga, actuando como intermediario el Dr. D. Miguel Melguizo, visita con recepción por los miembros del cabildo, que nos obsequiaron con un aperitivo junto a la Cruz de Mayo y una audición en vivo de verdiales con orquestina original de tocaores, baile y canto típico de la Axarquía. La noche finalizó con un paseo por el Centro de Málaga, coincidiendo con la noche blanca de la ciudad.

2.- El Domingo 15, para los que aún quedaban en Málaga, el Dr. Estebaranz ofreció un brunch americano en la terraza de su domicilio de Benalmádena, entre limoneros y frente al mar.

Organizada por el Dr Javier Estebaranz



2ª CRÓNICA DEL MÁSTER DE BIOÉTICA: 1er ENCUENTRO DE LA UNDÉCIMA PROMOCIÓN EN MÁLAGA, DEL 13 AL 15 DE MAYO DE 2011

Al releer la 1ª crónica, escrita en un arrebato pasional de esos que los profesores nos enseñaron a controlar en nuestros repetidos ejercicios de deliberación, siento hoy un poco de vergüenza. Que, por otra parte, se me quita cuando recuerdo aquella clase sobre el emotivismo, donde, tras mostrarnos unas fotos especialmente “suggerentes”, nuestra profesora nos preguntaba sobre la experiencia que teníamos al verlas y aprovechando nuestras respuestas “humeanas” nos llevaba a plantearnos: ¿Es esta experiencia humana (sea positiva o negativa) más importante que la razón?

Me apoyo en Hume porque pretendo contar ahora nuestra última experiencia, y aún más, llegar a alguna conclusión interesante. Por ello me agarro a ese recuerdo y acallo una voz protestona que reclama a Kant, ya que fue capaz de tenernos 6 horas absolutamente atentos, o a Bentham y Mill, cuyo profesor hizo que no nos sintiéramos mezquinos por pretender beneficios o calcular consecuencias. Y tampoco olvido a otros tantos, que nos enseñaron que no es posible dar respuestas únicas, ni razonamientos absolutamente racionales (pero siempre razonables) y mucho menos soluciones “apodícticas”, y que, sin embargo, podemos acabar dando sentido a las cosas que nos pasan ahora, y que nos llevan a sentimientos pasados. Porque no es la razón la que entiende cómo, cruzando España en una furgoneta, llegué a Málaga, en donde volví a sorprenderme con ese *remanso de paz*, volví a reafirmarme en que podré seguir navegando (o furgoneteadando). O mejor: *debo* seguir haciéndolo. Y me refiero a seguir buscando, porque siempre que me cruce con vosotros estaré un poco más cerca de ese lugar, o de ese ideal.

Ehh, que no me salto *los Hechos*, que tengo el método incrustado y no querría *arrastrar ese terrible error durante todo el procedimiento*. Pero los hechos los cuenta muy bien Javier y, con su venia, son los que son, no dicen más ni menos: cena increíble, jornada de trabajo perfecta, ocio y cultura tan a propósito que podría parecer de mentira, como si estuviera preparado y al irnos nosotros fueran a retirar ese escenario bellísimo que fue Málaga. Perdón, me fuí. Dejo los hechos, pues ya veo que no puedo aportar más y se ha pasado el tiempo.

Los Valores: esos sí saltaban por encima de cualquier ensueño mío, agarrados a esos hechos, *cada uno con su percha*; un amigo, una *amistad con percha* que me sonrío, una *prudencia*, un amigo que me sonrío y reconduce el caso, y así hasta concluir que **es un valor mantener la unión de esta undécima promoción** y por lo tanto determinar un curso de acción entrando de lleno en el tercer escalón: ***debemos volver a encontrarnos en Valladolid el año que viene***.

Pasamos todas las pruebas de consistencia: 1ª Hoy repetimos el acuerdo. 2ª Excepto algún 120 que se coló en la ruta, no fuimos ilegales. Y 3ª, para probar la publicidad, valgan estos dos escritos.

Y todo este análisis me devuelve a Hume: sentíamos que debíamos estar allí y fue un absoluto placer, y quizá esto haga que los hedonistas lo clasifiquen como “lo bueno”. Para mí lo fue, pero hubiera sido “lo mejor” si otro sentimiento no hubiese estado presente: “el de echar tanto de menos a los que faltaron.” Pero habrá otras muchas veces ya que ahora sabemos que cruzando España de arriba abajo también se construyen valores.

Concha Gómez Cadenas



¿Hacer una tesis en bioética?

Investigar en bioética es todo un reto, pero no resulta imposible. Al interés del tema tratado y su complejidad, se une la dificultad metodológica de moverse en un terreno interdisciplinar, en el que es necesario saber desenvolverse. Sin embargo, lo que son sus desafíos, también constituye su interés: aportar conocimientos e innovación en este campo resulta imprescindible y apasionante.

Conviene tomar en consideración algunos de los tipos principales de investigación que pueden llevarse a cabo:

- 1) Investigación empírica con metodología cuantitativa: en este caso se trata de una investigación de tipo descriptivo, en la que el objetivo principal es la recolección de una serie de datos con el fin de mostrar una realidad con la mayor fidelidad posible. En este caso, la determinación de las variables que pueden influir en el fenómeno observado, así como los criterios para interpretar los resultados, son esenciales para que la investigación dé frutos.
Este tipo de investigaciones puede ser principalmente de datos técnicos (por ejemplo, conocer cuántos pacientes solicitaron un alta voluntaria en un servicio, o cuántos médicos utilizaron medidas paliativas y cuáles, en ciertas situaciones, etc.), o de datos ético-sociológicos (por ejemplo, cuántas enfermeras consideran que la retirada de tratamientos de soporte vital se hace de modo adecuado, o cuál es el porcentaje de pacientes de Alzheimer a quienes se ha retirado la nutrición por sonda, etc.)
- 2) Investigación empírica con aportación aplicada: también aquí es importante la recogida de datos, pero desde una perspectiva que pretende la innovación, llevar a la realidad un nuevo procedimiento y ver qué resultados se obtienen (por ejemplo, realizar un curso de 30h sobre consentimiento informado en un servicio y medir con un cuestionario antes y después del curso si han cambiado los modos de actuación de los profesionales, o implementar un nuevo modelo de información sobre directivas anticipadas y recabar información sobre cuántos pacientes firmaron finalmente estos documentos, etc.)
- 3) Investigación cualitativa: el objetivo en la investigación cualitativa también es describir la realidad, pero no pretende obtener significación estadística ni medias como en los casos anteriores, sino mostrar los argumentos, valoraciones, actitudes, etc. que las personas y los grupos emplean al tomar decisiones o al actuar. En este caso, lo relevante es descubrir lo que no se puede medir ni pesar (por ejemplo, recoger información sobre lo que los expertos opinan sobre el modo de manejar la información a los pacientes, y ver la correlación con lo que los profesionales de un centro consideran que es un buen modo de informar, añadiendo las razones de las posibles disparidades y recabando también sus sentimientos ante la realidad a la que se enfrentan, o preguntar a los pacientes cómo consideran que son tratados en una residencia de ancianos con asistencia socioasistencial, y cómo verían posible mejorarla, etc.)
- 4) Investigación teórica: en este caso el objetivo no es recoger datos, sino ofrecer un análisis y reflexión argumentada sobre un determinado problema. La metodología aquí es la propia de la filosofía y disciplinas afines (puede ser normativa, como en el caso del derecho). Se desmenuzan las razones, se busca la coherencia lógica de los argumentos, se extraen conclusiones, se aplican a los casos, se proponen nuevas hipótesis interpretativas, se discute con otros autores, etc. con el fin de aumentar el conocimiento, innovar en los presupuestos teóricos, y avanzar en el bagaje conceptual empleado para la justificación de las decisiones éticas (por ejemplo, analizar los argumentos empleados en el debate sobre el estatuto del embrión, tomando en consideración los datos científicos, la normativa existente, las posiciones éticas, antropológicas, religiosas o de otra índole, proponiendo una visión argumentada y razonada, o analizar el término "calidad de vida" y sus múltiples interpretaciones, en discusión con los autores que lo han tratado, a fin de fijar su sentido en un determinado campo de aplicación en bioética, etc.)

Por supuesto, estos tipos no agotan el panorama de posibles aproximaciones. Precisamente por su carácter interdisciplinar, la bioética se mueve en un espectro amplísimo de posibilidades. Conviene, no obstante, tener en cuenta que no es posible mantener cada perspectiva absolutamente disociada y separada de las restantes, como si fueran compartimentos estancos. Por ejemplo, si se realiza una investigación descriptiva, con metodología cuantitativa, que resultan las más frecuentes, la recogida de datos no sólo debe ser cuidadosa y técnicamente impecable, sino que también debe ser exquisita la interpretación de los mismos y aquí, dado que nos movemos en el terreno de la ética, y por tanto donde hay valores implicados, es necesario justificar muy bien las afirmaciones que se hacen, discutir adecuadamente con otros autores (como, por otra parte, se hace en una investigación siempre, manejando la bibliografía existente), extraer conclusiones bien razonadas, y aportar algo novedoso que incremente el acervo de conocimientos. Pues tal es el objetivo de la investigación (de una tesis): ampliar conocimientos y aportar algo nuevo. Y quizá cabe pedir incluso algo más: dado el ámbito de cuestiones en que se mueve la bioética, y la responsabilidad que tenemos no sólo de conocer la realidad, sino de transformarla, no está de más solicitar que la investigación proponga, innove, que aporte algo que pueda cambiar el mundo, que pueda mejorar la realidad.

La autoestima

Decía Bertrand Russell que “No hay más que un camino para el progreso humano en la educación, como en todas las cosas humanas, y es la ciencia guiada por el amor. Sin ciencia el amor es impotente; sin amor la ciencia es destructiva”.

La autoestima es una protección contra la depresión y las dificultades de adaptación y de aprendizaje. Se construye en base a las relaciones de apego y complicidad que cada uno vive. Es el valor positivo por el que una persona se reconoce como individuo de forma global así como en cada uno de los aspectos de su vida. Todos tenemos una historia singular. Todos debemos ser tratados como sujetos-personas irrepetibles y peculiares. Todos llevamos dentro “las semillas de la grandeza” que esperan al jardinero para germinar debidamente.

El grupo canadiense del Hospital Sainte Justine de Montreal con Laporte y Sévigny ha trabajado intensamente en el tema de la autoestima. Contacté con ellos en Lyon el verano pasado.

Podemos favorecer la autoestima estando presentes de forma cálida y próxima con nuestros hijos o alumnos evitando la separación prolongada. La carencia afectiva durante los primeros años puede condicionar toda la vida del niño (hasta se han evidenciado lesiones neuro-anatómicas en situaciones graves de carencia). Estableciendo reglas familiares y escolares poco numerosas y claras. Haciendo vivir las consecuencias lógicas y naturales de lo que sucede cuando las normas no se cumplen. La persuasión y la paciencia suelen ser más útiles que la corrección o el castigo, que si llega, debe ser explicado razonadamente. Debemos aceptar a la persona aunque no aceptemos su comportamiento. Debe ser aceptado por bajo que sea su rendimiento o padezca una enfermedad. Todo discapacitado tiene muchas capacidades. El coeficiente intelectual de un niño/a depende también de la estimulación que realicen padres y maestros según amen, hablen, jueguen y participen en el mundo mágico del niño.

Controlando factores de estrés en el niño y ayudando a encontrar formas de calmarle cuando está agitado. Siendo un adulto generador de confianza. Ofreciendo seguridad física y psicológica en la casa y en la escuela. Reforzando las mejores cualidades y habilidades del niño. Ayudándole en sus necesidades dando ánimos y medios para mejorar. Estimulando

en cada momento aquellas facetas que más necesita nuestro hijo: Confianza en el primer año, Autonomía en el segundo y tercer año, Iniciativa entre el cuarto y sexto año, Destreza entre el séptimo y el décimo y Cohesión frente a la dispersión en el momento de la adolescencia. Inculcar la tolerancia y respeto a los inválidos y ancianos y personas de otras etnias y culturas. Respeto a los animales, plantas y flores y amor a la naturaleza, ese gran libro que pasa una página sabia cada día.

Utilizando un lenguaje rico en valores. Facilitando la expresión de las emociones y procurando que aumente continuamente su léxico, pues el lenguaje “es el vestido del alma, somos lenguaje”. Procurando instruir más que aleccionar. Además de conocimientos necesita conocer valores. Debemos intentar formar una persona que sea capaz de escoger su futuro y que profesionalmente pueda realizarse en lo que desee.

Permitiendo y facilitando que se abra a los demás. Facilitar que gestione él mismo sus conflictos suscitando su motivación. Explicando que los resultados de sus “empresas” son los que corresponden a sus planteamientos, estrategias y recursos que ha utilizado. Animarle a reconocer sus errores y las lecciones que esconden. Un error no es un fracaso. Animarle siempre con “¡inténtalo de nuevo!”. Solo prólogo es el pasado.

Consideran estos amigos canadienses como causas que destruyen la autoestima: la pobre autoestima de padres y educadores, la inconstancia en la aplicación de la disciplina, la ambivalencia, la permisividad sistemática, las palabras que hieren, el lenguaje convertido en un medio de comunicación no grato, con gritos o discusiones y peleas delante del niño o del joven, las críticas negativas de vecinos, amigos e instituciones sin solución positiva, el desánimo ante las dificultades, el acento puesto en las dificultades más que en las fuerzas, la percepción de errores como fracasos, las expectativas demasiado grandes o importantes no adecuadas a su capacidad, la falta de empatía y complicidad con el niño o el joven.

Podemos añadir un pequeño detalle: sus hijos y alumnos harán lo que vean, más que lo que oigan. Los valores se aprenden observando. Confucio dijo que “las palabras conmueven pero el ejemplo arrastra”. Hay que mostrar un hogar agradable, vivo, con alegría, afectos, creatividad y futuro. Los esquemas de vida de los padres deben ser comprensibles para la mentalidad infantil. Haga memoria de lo que recuerda de sus educadores familiares y escolares.

La autoestima es un resorte moral, una cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir. Anna Freud dijo que “con la autoestima alta hay vida después del jaque-mate”. Es la mejor herencia que podemos dejar a nuestros hijos y alumnos.

Joaquín Callabed

El cien

El cien viene detrás del noventa y nueve. Pero el que venga detrás no quiere decir que provenga del noventa y nueve. Es independiente del noventa y nueve. No puede existir sin él pero por ser el siguiente tiene no solo más capacidades sino que tiene también distintas capacidades, puede hacer cosas que el otro no puede. Esto se ve bien si comparamos las capacidades que tienen y, por tanto nos pueden dar, números más alejados entre sí, por ejemplo el 14 del 46. El segundo, desde un punto de vista económico, nos capacita para volar en avión a Atenas y volver mientras que el primero, desgraciadamente, no nos puede dar esa capacidad. Así pues podríamos decir que cada número por estar detrás de otro depende de éste para existir pero es independiente de él en sus capacidades. Tiene capacidades propias.

Por otra parte hay números especiales. No solo son elementos de una serie sino que son cabezas de serie. El dos es cabeza de las parejas de números, el diez de las decenas, el doce de las docenas, el cien de las centenas. Quizás desde cualquier número se podría empezar una serie pero ¿manejamos corrientemente la serie que comienzan en el diez y siete? Algo deben tener algunos números para que de ellos parta una serie. Porque no es que se derive como una rama o una bifurcación de un camino, no, es que la nueva serie tiene características y reglas propias y diferentes de la serie general. Así las parejas se suceden con un intervalo de dos, las decenas de diez, las docenas de doce y las centenas de cien. Pero aún más aparecen características nuevas y propias: la fuerza de la relación, unión o repulsión, entre los individuos de las parejas es mayor que entre los de las decenas, por ejemplo. Se puede decir por tanto que el cien es no solo el número que sigue al noventa y nueve sino también la cabeza de una serie que tiene características propias internas: intervalo y tensión entre sus elementos por lo menos.

La evolución de las especies se puede ver de una forma similar a la serie natural de los números: cada uno precisa del anterior para existir pero no surge de él y difiere no solo en la cantidad de posibilidades que tiene el anterior sino que aparecen capacidades nuevas no presentes en los que le preceden. Si consideramos al humano actual como el cien de la serie y a las bacterias como el diez o el once, por ejemplo, vemos presentes en éstas tal número de características comunes al hombre que permiten a Fernando Baquero (1) decir que el hombre desciende de la bacteria. Las bacterias son capaces de no solo alimentarse sino de moverse en

busca de la comida, se reproducen más fácilmente que el hombre y lo que es más extraño son capaces de inmolarse en masa cuando circunstancias adversas ponen en peligro la subsistencia de la especie: tienen comportamientos altruistas; viven en sociedades organizadas; tienen relaciones con sus prójimos y algunas características más que nos suelen parecer exclusivas de las especies superiores.

Pero ¿juegan las bacterias? ¿tienen capacidad de gastar energías sin provecho para su vida y reproducción? En una palabra ¿son libres o están condicionadas por el medio? ¿responden a estímulos estereotipadamente? ¿están sus actos determinados previamente? Parece que la respuesta a todas estas preguntas es en detrimento de la libertad de las bacterias. Sin duda sin la previa existencia de las bacterias no hubieran evolucionado las especies hasta llegar a los homínidos y al hombre actual, pero esta evolución no fue una evolución analógica sino digital. Parecida a la serie de los números y como ésta no seguía una sola regla.

Hasta la aparición del homo sapiens la evolución siguió una norma que descubrió Darwin y que consistía en la selección natural por la adaptación al medio. El medio a lo largo de miles de años cambiaba, se sucedían periodos glaciales con terribles sequías y grandes convulsiones sísmicas. Cuando se dieron las circunstancias para la aparición de la vida ésta se hizo presente y comenzó un lento proceso de mantenimiento de la vida a través de esta ley de adaptación a las circunstancias reinantes en cada momento y situación.

Con la aparición del hombre surge una especie que no acepta la ley anterior pues es capaz de implantar una nueva forma de mantener la vida sin adaptarse a las necesidades del medio: adaptar el medio a sus necesidades. Podemos decir que una ley opuesta o, por lo menos, nueva. El hombre es capaz de proyectar el futuro, hacer hipótesis de futuro, encuentra un método, el ensayo error y acierto, el método científico, con el que consigue triunfos cada vez mayores sobre el medio y progresivamente lo modifica adaptándolo no solo a sus necesidades sino también a sus caprichos.

Por medio de la ciencia reduce el espacio: manejando el parámetro velocidad reduce la distancia siendo capaz de alcanzar algunas estrellas. Por medio de la sanidad la higiene y las medicaciones prolonga la vida de los individuos persiguiendo esa utopía que es la inmortalidad. Vencer a la muerte ya parece

para algunos una meta asequible. Es el viejo sueño de la transcendencia pero sin trascender, permaneciendo. (2)

Este sueño adquiere en los últimos años unas características que ponen en peligro la misma idea del hombre. En 1958 el entonces Director General de la UNESCO (como sabemos organización de las Naciones Unidas para la cultura) Julien Huxley (3) acuña la palabra "transhumanismo" para referirse a una nueva frontera de la humanidad cuya religión será biológica y deberá contar con la eugenesia como uno de sus componentes.

La idea de que la evolución no ha finalizado, la posibilidad del ciento uno, y que a través de la ciencia, la genética en este caso, podemos llegar a superar las deficiencias de los hombres actuales es intensa. Algunos autores, Savulescu (3) por ejemplo, piensan que el someter a sus futuros hijos en el estadio embrionario a diagnóstico no solo de salud sino de perfección con el fin de elegir los embriones mejores, es una obligación de los padres para con las generaciones futuras.

Estos planteamientos de la esencia del hombre le hacen decir a Hajahl que no sabe bien si consideramos al hombre como "un producto bastante deficiente del bricolaje tecnológico o tiene una dimensión vertical y misterios que se manifiestan a través de la palabra." (5)

Bibliografía

1. F. Baquero "El hombre desciende de la bacteria" Conferencia pronunciada en el Hospital Ramón y Cajal Abril 2011
2. Nick Bostrom "La fábula del dragón tirano" Traducción de "The Fable of the Dragon-Tyrant," Journal of Medical Ethics, 2005, Vol. 31, No. 5, pp 273-277
3. J. Huxley, L'Homme passe infiniment l'homme Intervención en el Patio de los Gentiles de la UNESCO Marzo 2001 "una política concertada necesaria para impedir que la ola de la creciente población sumerja todas las esperanzas de un mundo mejor
4. J. Savulescu Procreative Beneficence: Why we should select the best children. Bioethics 2001, 15, (5-6)
5. F. Hajahl Breve reflexión sobre lo Transhumano

Dr. Luís Sanjuanbenito
Neurocirujano

1000

Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

Juan es un varón de 78 años, sin alergias farmacológicas conocidas y con antecedentes de diabetes mellitus, dislipemia e hipertensión arterial. En enero de 2003 comenzó con angor a esfuerzos moderados, por lo que fue remitido al cardiólogo de zona. En mayo se realizó un cateterismo que mostró enfermedad coronaria de 2 vasos, por lo que se colocaron sendos stents, con fracción de eyección (FE) del 50%. El paciente se había mantenido asintomático hasta que, hace unos meses, ingresó vía urgencias en un hospital de otra comunidad autónoma con un infarto. Se realizó nuevo cateterismo en el que se objetivó obstrucción del stent colocado en una de las arterias, que fue cambiado por un stent farmacológico, y FE del 35%. Al alta fue remitido a su cardiólogo de zona para control de miocardiopatía dilatada isquémica. El cardiólogo, dados los antecedentes y la baja fracción de eyección, consideró oportuno remitirlo a la Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) de su hospital de referencia.

Aproximadamente tres meses después el paciente regresa a la consulta de su cardiólogo, con la hoja de interconsulta anotada por un colega de la UIC, que dice textualmente: "Paciente geriátrico bien controlado, sin historia clínica. Debajo de la firma hay una posdata con letra bastante clara: " Por favor, tened compasión de nosotros". El paciente refiere que se le olvidó llevar el informe de alta del hospital donde le trataron el infarto. No le han dado cita y se niega a volver, porque lo considera inútil.

Comentario

Deliberación sobre los hechos

Se trata de un cardiólogo que pasa consulta en el ambulatorio de especialistas desde hace 20 años. Habitualmente no mantiene otro contacto con el servicio de cardiología del hospital que el de las notas intercambiadas en las hojas de interconsulta. Hace 6 meses se enteró por un colega de otro ambulatorio de que se había abierto una UIC en el hospital de referencia de ambos, en donde se prestaba una atención multidisciplinar de alta calidad. Desde entonces ha remitido a algunos pacientes a la UIC sin problemas. Desconoce si existen criterios de remisión. Desconoce si hay información sobre la UIC destinada a los especialistas de zona, pero considera que su paciente se beneficiaría significativamente del seguimiento que se le podría brindar en la unidad, mejor que el que le pueden ofrecer él o el médico de familia.

Respecto al paciente, es un hombre poco hablador, antiguo fontanero, que suele ir a consulta con su mujer. Es independiente para las actividades de la vida diaria. Desde el alta presenta episodios de insuficiencia cardíaca leve-moderada de forma periódica, que son tratados por su médico de cabecera debido a la imposibilidad de conseguir consulta rápida con su cardiólogo. No ha vuelto a presentar síntomas de cardiopatía isquémica. Ha acudido a consulta con su mujer.

Deliberación sobre los valores

Lista de problemas éticos

- ¿Es ético que el profesional exprese una queja o sentimiento así en una hoja de interconsulta que se entrega a un paciente?
- ¿Debería haber mejor coordinación entre los especialistas hospitalarios y de zona, dado que se presentan problemas que estorban la atención del paciente?
- ¿Es ético no atender al paciente y remitirlo de nuevo al cardiólogo de zona, con el retraso que ello comporta?
- ¿Sería ético desechar la posibilidad de que el paciente vaya a la UIC, en vista de la mala impresión que causa la respuesta?
- ¿Debería intentar convencer al paciente de que vuelva a la UIC, puesto que el beneficio sería significativo?
- ¿Debería informarse el cardiólogo antes de volver a remitir el paciente para evitarle otro posible viaje en balde?
- ¿La presión asistencial puede justificar una conducta poco ética hacia el paciente y/o los otros profesionales?
- ¿Debería haberse informado mejor el cardiólogo hace 6 meses, cuando supo que se había abierto la UIC?
- ¿Debería haber informado la UIC a los cardiólogos de zona?
- ¿Es ético descartar a un paciente para un seguimiento de alta calidad por razón de su edad?
- ¿Es ético que los pacientes que necesitan seguimiento frecuente y especializado tengan que ser remitidos a unidades hospitalarias porque los especialistas de zona carecen de tiempo para verlos?

Elección del problema a analizar

- ¿Sería ético desechar la posibilidad de que el paciente vaya a la UIC, en vista de la mala impresión que ha causado la respuesta?

Identificación de los valores en conflicto

- Profesionalidad
- Salud

- Confianza del paciente
- Empatía
- Buena relación médico-paciente
- Respeto a la decisión del paciente

Deliberación sobre los deberes

Identificación de los cursos extremos de acción

Aceptar la decisión del paciente y no volver a hablar de ello
Hacerle una nueva remisión y entregársela aunque el paciente no quiera

Identificación de los cursos intermedios de acción

Intentar convencer al paciente explicándole los beneficios para su salud
Citarlo de nuevo después de haber hablado con los cardiólogos de la UIC
Citarlo de nuevo después de haberse informado de si existen criterios de inclusión en la UIC que a él no le hubieran llegado
Explicarle detalles de la UIC: es un equipo multidisciplinar que lo atenderá una vez al mes hasta que deje de tener tanta falta de aire, etc.

Valorar involucrar a la mujer en la toma de decisiones

En caso de que no acepte de ninguna manera, citarlo antes para volver a intentarlo

Intentar que haya más comunicación y mejor coordinación entre unos y otros especialistas en el futuro

Identificación de los cursos óptimos

Citarlo de nuevo en poco tiempo, después de haberse informado mejor o de haber hablado con los cardiólogos de la UIC, con vistas a intentar convencerlo y mantener su confianza.

Explicarle detalles de la UIC: es un equipo multidisciplinar que lo atenderá una vez al mes hasta que deje de tener tanta falta de aire, etc.

Valorar involucrar a la mujer en la toma de decisiones

Intentar que haya más comunicación y mejor coordinación entre unos y otros especialistas en el futuro

Pruebas de consistencia

Los cursos óptimos escogidos son legales, han sido fruto de una valoración ponderada y no de una primera reacción ante la mala impresión causada por el escrito, y no habría inconveniente en defenderlos públicamente.

Teresa Parajón
Médico



LA EXPERIENCIA MORAL Y LA EXPERIENCIA RELIGIOSA

Revisión del "Ensayo sobre el don" de M. Mauss después de escuchar a Diego Gracia

Dice el profesor Diego Gracia que es fundamental saber diferenciar una experiencia de otra, que han sido muchas las veces que la Ética ha sido reducida a la Religión y viceversa, y que es tan mala una reducción como la otra.

Mi interés personal por el tema radica precisamente en esto, aclarar(me) y no mezclar lo que no debe mezclarse (como debe hacerse en las reacciones químicas para evitar provocar explosiones). Sin embargo, en mi afán por relacionar ideas para comprender mejor, y en el juego de relacionar autores que han sido referentes en mi formación, vuelvo una y otra vez a darle vueltas a ambos conceptos.

Y así, hago esta reflexión desde Mauss hasta el profesor Diego Gracia, encontrándome en el camino con Lacan y Malinowski.

Dice también el profesor Diego Gracia que si pasan cinco años sin trabajar en unos estudios, éstos se pierden. Esta idea siempre me ha preocupado y por eso retomo la asignatura de Antropología Económica, que justo ahora hace cinco años que cursé. En concreto, a Marcel Mauss y su "Ensayo sobre el Don" (1), que ha dado lugar a interpretaciones en contra de la economía de mercado y del sistema capitalista afines a pensadores anarquistas como Kropotkin, con su idea de la ayuda mutua y la reciprocidad, pero también a otro tipo de explicaciones, morales para unos, religiosas para otros, y hasta mágicas, como cuando los maoríes dicen que el don tiene que ver también con el espíritu de la cosa "dada", que tiende a volver con el "dador" o "donador" que es su dueño.

Diego Gracia enseña que la experiencia moral refiere al deber, al mérito, al "qué debo hacer o no hacer", y al "qué se me debe o no por haber hecho tal o cual cosa". Entiendo que entra aquí la obligación sentida como deber impuesto por uno mismo. La experiencia religiosa alude al don, al regalo, a la gratuidad; no implica el deber, sino la gracia.

Mauss escribió su libro "Ensayo sobre el don" en 1924, y en él hablaba sobre ciertas ceremonias que realizaban varias tribus en las que se intercambiaban regalos. Estos podían ser objetos, alimentos, honores, etc. Una de estas ceremonias es el Potlach de los indios canadienses, en la que las donaciones eran grandiosas, desmesuradas, y Mauss interpretó que lo que allí se producía era un sistema de "*prestaciones sociales totales*, porque va a implicar el total de la vida simbólica de esa comunidad (...) Se trata de un intercambio sofisticado y simbólico (...) se trata de destruir, quemar, tirar al mar, hacer añicos la riqueza, de *consumirla* en el sentido en que se consume un leño en el fuego. Es una prestación de tipo agonístico..." (2)

De esta forma Mauss iba más allá de la explicación meramente económica que postulaba que las ceremonias tipo Potlach se realizaban para equilibrar y repartir recursos de primera necesidad (mantas, alimentos como pescado y aceite, etc.) en zonas donde existían importantes cambios estacionales que provocaban grandes oscilaciones, con temporadas de gran abundancia y momentos de gran escasez, y que por ello, cuando sobraban productos perecederos, estos se regalaban a jefes de tribus vecinas y así aseguraban que estos harían lo mismo y se repartirían mejor los recursos. Pero para Mauss esto no justificaba que se llegara a destruir y quemar la riqueza en un ejercicio de ostentación excesivo, donde el jefe lo que se jugaba era su "honor" pudiendo "perder la cara" si no devolvía con desmesura los regalos antes recibidos, sino que además respondía a un modo de organizar la sociedad que se regía por tres obligaciones: DAR, RECIBIR Y DEVOLVER. El buen jefe está obligado a dar, cuanto más "dona", mejor jefe es. El otro jefe (y el pueblo) están obligados a admitir esos regalos y a devolverlos, pero no en ese momento, sino más tarde, y si es posible en mayor cantidad y con mejor calidad, hasta llegar a una especie de locura donde se termina en la destrucción (quemando aceite o tirando al mar alimentos que se ofrecen en demasía), todo ello fruto de la rivalidad. Por eso se dice que es un intercambio agonístico.

Hay dos clases de ceremonias en las que se intercambian regalos o dones: las agonísticas y las no agonísticas. En las agonísticas está en juego la confrontación, la rivalidad, el antagonismo, incluso la humillación. Se intenta humillar al rival "regalándole más y mejor". Al don no agonístico simplemente se lo pone a circular, se espera que sea aceptado y que sea devuelto pasado cierto tiempo, sin que estén en juego ni el prestigio ni la rivalidad.

Tanto Mauss como otros autores que han estudiado esta práctica social afirman que lo que está en juego en el don agonístico es la imposibilidad de devolver; se trata de forzar que el otro no pueda dar más y “pierda la cara”. Se trata de humillar al otro, pero si el otro me devuelve, me re-dona más de lo que yo doné, el humillado soy yo y por tanto debo volver a donar. Hay un empuje hacia el mantenimiento, la eternización de la deuda, la circulación de los dones. Los dones circulan, pero las deudas no se pagan.

Veamos ahora cómo relaciono esto con lo dicho por mi profesor:

Por una parte Mauss habla de dones, porque en principio son regalos que se hacen voluntariamente (al menos la primera vez), pero a partir de aquí se generan obligaciones y por lo tanto se convierten en un “deber” y no entra en la experiencia religiosa. En ese caso llamarlo “don” o “regalo” con ese sentido religioso sería un error.

Por otra parte, parece que lo que allí se entrega no es gratis. Desde el momento que implica el contra-don, el que lo recibe se queda “en deuda” y el que lo da se queda “en espera”: el uno deberá y el otro merecerá, y estos términos remiten a la experiencia moral.

Sin embargo, hay en la explicación de Mauss un elemento extraño. Habla de que lo que obliga en realidad es “el espíritu de la cosa”, y para mayor complejidad afirma que en el Potlach la importancia no recae en los objetos intercambiados, sino en el hecho de que se produzca el intercambio, porque al dar algo, das parte de tu espíritu. Mauss al fin dice que los dones aparentemente voluntarios en realidad no lo son, porque obligan al contra-don, y lo que obliga es ese espíritu, “el hau”, como lo llaman los maoríes, que contiene algo del donante y por eso debe volver a él en forma de otro regalo.

¿Podríamos aquí encontrar esa experiencia religiosa, o se inclina más hacia lo mágico?

Para ser conceptuada como experiencia religiosa, la gracia, el don, el regalo, no conlleva la obligación, sino que exige gratuidad. No obstante, gracia y “dar las gracias” son muy próximos, porque agradecer es lo único que puedo hacer ante un don imposible de compensar, “ser agradecida”, y admitirlo como gratuito. Gratis, sí, pero dando las gracias. Y por más que intento separar gracia de deuda, este ser agradecida me hace sentirme de nuevo “en deuda”; no obro bien si no lo siento o, como dice el refrán, “es de bien nacido ser agradecido”. Quedo otra vez enganchado en la espiral “dar-recibir-devolver” y se me ocurre que sólo puedo evitar ese círculo rompiéndolo, por ejemplo, en el recibir: rompo con la segunda obligación y no admito regalos...y entonces no necesito ser agradecido y no quedo en deuda... ¡Terrible! Porque en el fondo yo creo que lo que evito es el compromiso, evito cualquier relación que pueda llevar a que alguien me regale algo, y si amplío el concepto “regalo” más allá del objeto, e incluyo la amistad, el amor, o simplemente un buen deseo, cualquier cosa me dejaría en deuda. Llegado aquí entiendo que es imprescindible separar regalo o don de obligación de reciprocidad, o caemos en una espiral sin fin. Esa espiral es al parecer lo que se buscaba en los dones agonísticos de Mauss y se aleja de cualquier forma de religiosidad, y en la medida que incluye la humillación, también de cualquier forma de amor.

Llegado a este punto sólo consigo aproximarme a la comprensión de la experiencia religiosa por medio del amor, y al buscar ahora cómo salir de este enredo, encuentro en el Psicoanálisis de Lacan una aproximación que combina el don con el amor, y todo ello con el crecimiento del niño y su relación con la madre (3). Por una parte ese don iría más allá de lo que la madre hace para satisfacer las necesidades básicas, y Lacan cree que existe todo un orden de intercambio que trasciende lo biológico para adentrarse en el terreno de lo propiamente simbólico.

Lacan dice que hay un más allá de la donación del objeto que hace referencia al amor de la madre, por lo que él habla de don como signo de amor.

Es muy conocida en la enseñanza de Lacan su definición del amor como don simbólico:

“Amar es dar lo que no se tiene”.

La explicación de todo esto se pierde posteriormente en otras disquisiciones que escapan totalmente a este análisis y a mi interés, pero sí tomo prestadas del artículo de Michel Sauval “El don de amor” frases como las siguientes:

Lo que interviene en la relación de amor, lo que se pide como signo de amor, es siempre algo que sólo vale como signo y como ninguna otra cosa

Lo que establece la relación de amor es que el don se da, digámoslo así, por nada

En el don de amor se da algo por nada, y sólo puede ser nada (...) Lo que constituye el don es que un sujeto da algo de forma gratuita, pues tras lo que da está todo lo que le falta, el sujeto sacrifica más allá de lo que tiene

Lo que se ama en el objeto de amor es algo que está más allá

Amor a cambio de nada, puro acto de dar, puro instante sin pasado ni futuro (4)

Retomemos el concepto de donar: si se dona es porque se hace sin condiciones y no puede ser un don si se le añaden cláusulas. Y si pierde la "calidad" de don, pierde el sentido religioso. Luego en primer lugar debe romperse la obligación en el círculo "dar-recibir-devolver", y tampoco puede convertirse en una obligación conservar un don; se me ocurre que "no está en su naturaleza ser conservado", porque si tiene una esencia el don, debe ser la de ser dado, aunque quizá sí pueda ser cuidado: un don, un regalo que se estima, se cuida.

El amor se cuida, el amor se da y no puede exigirse, no funciona con exigencias, y lo más importante es que el amor implica a alguien amado, a alguien a quien dar amor, y a alguien que da y que, aunque espere ser amado, no puede exigir este amor como un pago de una deuda. Luego aquí se rompe el círculo, dar sí; recibir, depende; y devolver, quizá, en función de que el otro haya aceptado el regalo. Y aun habiéndolo hecho, si no ama al primero no devolverá ese don de la forma deseada por el amante, es decir dándole amor, sino que simplemente se dejará querer, admitiendo el don pero sin sentirse obligado a devolverlo, pues no puede forzarse un sentimiento para cumplir con una obligación. Pero si dando un paso más admitiéramos que para el amante ese "dejarse querer" por parte del amado es pago suficiente, como parece pasar en los "amores más puros" o en el modelo de Lacan de la madre, en tal caso sí cerraríamos el círculo "dar-recibir-devolver", pero sin obligación ni deuda, y por fin pasaríamos a hablar de experiencia religiosa dejando la moral y sus obligaciones aparte y buscando entonces en esa cosa dada, en ese don que ahora llamo amor, la razón de tanto movimiento, de tanto ir y volver de un dador al receptor y vuelta al comienzo, porque como decían los maoríes, el hau, que aquí llamo amor, contiene el espíritu del donante y ahora sí -coincidiendo con Mauss- está en su esencia el circular, ya sea magia o religión.

Concha Gómez Cadenas.

Enfermera Centro de Salud Monreal del Campo (Teruel)

Bibliografía

- 1.- Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas; 2009 Katz editores, 1ª edición 1924: Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques
- 2.- El acto educativo. Del intercambio al don – III. El Acto de Donar'. P. Zenón; L. Bourband.
- 3.- Seminario IV. La relación de objeto. J. Lacan. Referencia tomada del artículo de Sauval M "El amor es dar lo que no se tiene...¿a quién no lo es?" <http://www.sauval.com/articulos/amor3.htm>
- 4.- Jacques Lacan, Seminario VI "La relación de objeto", Editorial Paidós, página 142. Referencia y citas tomadas de: Sauval M. op cit.



La relación médico-enfermo en un mundo técnico (Primera parte)

La relación médico-enfermo padece de inanición y ha empaldecido. Desde el momento en que se ha pretendido que en cinco minutos un médico conozca con claridad el trastorno que ha llevado al enfermo a pedirle ayuda, y que le indique un tratamiento eficaz y seguro para solucionarlo; en ese mismo momento, la relación médico-enfermo deja de ser importante para el arte curativo, y el encuentro entre ambos deja de ser crucial para el ejercicio médico.

Esta situación no deja indiferente a ninguna de las partes, al paciente descontento de que no se haya atendido a su integridad personal, y al médico insatisfecho de no haber llegado a "conectar" con el enfermo y responder a su situación integral.

1. Visión filosófica de la crisis actual

Este dejar-de-ser-importante del encuentro personal en el ejercicio médico no se ha improvisado, refleja una mentalidad en la que ha desembocado el itinerario del pensamiento Occidental, marcado por sus revoluciones científicas, industriales y burguesas, y por las Guerras Mundiales del pasado siglo. El pensar busca la verdad, y Occidente optó, desde la Grecia clásica, por concebir la verdad como *adequatio*. Concebir así la verdad presupone que en la realidad late una *idea*, una esencia, y que ésta es accesible para el entendimiento humano, o, como mínimo, se produce algún contacto con ella. La *idea* (esencia) de las cosas reales, sobre todo a partir de la modernidad, creará poseer esa verdad en la descripción precisa de las cosas, y en este proceso, la técnica será decisiva, porque se presenta como el elemento primordial para acceder a la verdad como *adequatio*, y no sólo para penetrar en lo inaccesible para los sentidos, sino como el 'artificio' que asegura el no desviarse del camino hacia la verdad. La técnica se presenta como garante de la verdad cuando lo que proporciona es una certeza subjetiva. La lógica interna del pensamiento técnico puede tener validez prescindiendo de la realidad. Esto puede llevar a confundir la certeza subjetiva con la verdad objetiva, y provocar posturas totalitarias donde lo subjetivo se absolutiza, o de un relativismo exacerbado. No obstante, la técnica ejercerá un peso decisivo para la comprensión de la verdad del mundo y del hombre, hasta el punto de ser aupada como categoría de comprensión histórica. Detrás de la mentalidad técnica del hombre contemporáneo occidental se ignora una opción que no es científica, sino filosófica y teológica.

El peso moderno de la relación médico-enfermo se halla en la técnica. Permanece, sin embargo, la confianza de poder penetrar en las causas de la enfermedad a través de sus manifestaciones, de la mano de la razón; pero esta continuidad 'ilustrada' colisiona con la pérdida de densidad de la realidad, la cual se vacía progresivamente de su ser-verdad, hasta disolver la confianza de que las cosas reales tengan alguna cosa que decirnos.

Por un lado, la técnica supone una ayuda para penetrar en la realidad con una precisión nunca antes conocida, llevando a su máxima expresión la concepción de verdad como *adequatio* (nunca antes se habían definido como hoy las enfermedades y sus tratamientos). Y hoy, todavía parece respirarse en ciertos ambientes un optimismo epistemológico, aunque más moderado en sus pretensiones existenciales que en la modernidad. Por otro lado, la técnica es la expresión más radical de la 'voluntad de poder' (Nietzsche). Quien tiene el control de la técnica y su dominio, éste tendrá el poder y la autoridad para ejercerlo, éste podrá determinar lo verdadero y lo justo. Desde la técnica se explicará el continuo movimiento de las peripecias de la vida humana y su desarrollo a lo largo de la historia, que lleva al convencimiento de que es necesario el dominio de la técnica para un 'mundo feliz' que no tiene en el horizonte a Dios ni a trascendencia alguna. El hombre se convierte en un 'animal técnico', sin más límites morales que el progreso (contradicción *in termini*) y la 'voluntad de poder'.

Estas opciones se respiran en la sociedad y la configuran; y ello se traduce en una nueva concepción de la medicina y su sentido de ser. La mentalidad técnica ha conducido a descubrimientos asombrosos que dan al hombre una especial gloria. Esta mentalidad aspira a un diagnóstico logrado mediante signos puramente objetivos (cifras analíticas, trazados gráficos,...) y a un tratamiento limitado a la fiel ejecución de algunas prescripciones escritas. El arte de curar no se ejerce tanto a través del *logos* (diálogo en todos sus dimensiones comunicativas: mirada, palabra, silencio, contacto manual) entre médico y enfermo, como a través de los resultados analíticos de la técnica. Curiosamente, la mentalidad técnica coincide con la mentalidad mágica de las culturas 'primitivas': sanar al enfermo sin contacto directo con él. Y esto conduce a ambas mentalidades a separar físicamente al médico del enfermo, los dos extremos coinciden en pretender hacer innecesario o no crucial el encuentro personal entre el médico y el enfermo para el ejercicio médico.

Y si la sociedad configura la relación médico-enfermo, ésta también ha provocado cambios sociales. La entrada del sujeto en la sociedad burguesa tuvo un ingrediente médico. La rebelión del sujeto surgió de un cansancio de ser tratado como titular de una objetividad (el cuerpo) y protestar por el trato en las formas de asistencia médica. La alta mortalidad que se producía en las clases humildes de las ciudades industriales llevó a un levantamiento. La rebelión no iba contra la relación médico-enfermo, sino que buscaba igualar las condiciones médicas: tanto en la asistencia sanitaria, cuanto en las compensaciones económicas,...y las diferencias entre la asistencia pública y privada. Pero esto desembocó en un cambio en la relación médico-enfermo. El enfermo ya no se acercará confiadamente sin condiciones al médico, sino que le presentará el

cuerpo con la conciencia del derecho a la asistencia que va a recibir; y la ayuda médica dejará de ser un acto de beneficencia hospitalaria y tomará un aire contractual. De esta manera el médico ya no es sólo el 'técnico' de curar, sino también el representante (impersonal) visible de la sociedad sobre el que recae el deber de la asistencia. Y a partir de ese momento, no sólo se acudirán al médico para enfermedades graves sino que se le exigirá la ayuda médica para toda posible dolencia. La enfermedad no sólo se contemplará como una calamidad, sino también una situación de la que se podrá obtener una indemnización, lo cual provocará la práctica de una "medicina defensiva". El cuerpo se privatiza y ya no se podrá intervenir en él sin prestar su consentimiento.

Esta protesta brota del hecho de haberse sentido tratado como un objeto, valioso o no, y no como una persona que posee una intimidad, una inteligencia y una libertad. Freud revolucionará la relación médica tratando al enfermo no como aquél que padece una enfermedad objetiva sino su enfermedad única. La sociedad ya ha cambiado, en un mundo técnico, surge la soledad del sujeto moderno, el aburrimiento, la asfixia existencial, así como el stress de carácter social. Y esto provoca un nuevo género de enfermedades, donde la neurosis aparece como prototípica, aunque, se podría decir, que en toda enfermedad late alguna neurosis. ¿No es el hombre una unidad psicosomática? Freud intenta rescatar a través de la palabra (del diálogo) lo que late en lo oscuro del subconsciente y traerlo a la luz de lo consciente. Este proceso es único, de manera que la enfermedad se concibe como una recepción subjetiva de una realidad objetiva. En un mundo, en el que la 'objetividad' técnica se impone a la individualización del diagnóstico y el tratamiento, se hace difícil el equilibrio entre el amor al arte médico (*tekne iatriké*) y la amistad médico-enfermo (*philantropia*). Freud intenta dar una respuesta a las necesidades humanas en un mundo que padece la opacidad de lo técnico. ¿Y hasta qué punto puede satisfacer una medicina que desconoce teóricamente la índole personal de la realidad sobre la que actúa?

Estos cambios en la sociedad y el papel de la medicina y la enfermedad que tiene en ella, han llevado a unas exigencias sorprendentes en la relación médico-enfermo. Mientras los centros de atención primaria y los hospitales se masifican y parte del tiempo de los médicos se dedica a controlar y regular el 'tráfico' de enfermos, éstos tienen el derecho de exigir un tratamiento personal de su médico. Éste sufre la presión de tener que responder ante el enfermo en escasos minutos y con la precisión de una ciencia exacta, sin apenas poder 'desperdiciar' unos segundos en 'mirar' el 'rostro' del enfermo, y así se dirige a la dolencia específica que le ha llevado a pedirle ayuda, y no a la persona que la sufre. No es de extrañar el malestar entre los enfermos que lamentan que el médico se relacione con su trastorno de manera 'objetiva', sin atender a su unidad personal, donde se halla su trastorno.

Carece de importancia en una medicina tan tecnificada el que la unidad de la persona sea algo más que la suma de sus partes. El médico intenta cumplir con el deber encomendado por la sociedad: se le pide que cure el trastorno, y para ello tiene que analizar, descomponer, aislar, para erradicar con precisión la enfermedad. De él se espera que reajuste una maquinaria que fallaba. Sin embargo, tanto entre los médicos como entre los enfermos late un malestar tal como Laín Entralgo recoge de la estadística de E. Koos y R.H. Blum realizada en Estados Unidos donde se refleja el malestar de la relación médica. (cf. Laín Entralgo 1983, *La relación médico-enfermo*. Madrid, Alianza Universidad p: 261-262).

El desplazamiento del arte curativo del médico a un simple gestor técnico de datos muestra la carencia de algo decisivo para la práctica humana del arte de curar: el encuentro personal entre el médico y el enfermo. Esta es la tesis de Laín Entralgo en su libro *La relación médico-enfermo*. Sus fundamentos filosóficos, son los de la filosofía personalista, tal y como queda reflejado en su obra *Teoría y realidad del otro*. La estructura de esta relación médico-enfermo que despliega Laín Entralgo en su obra, destaca el aspecto más importante de ella: la comunicación entre el médico y el enfermo, y su importancia para un ejercicio médico que aspire a curar a la persona enferma en su totalidad.

2. Estructura de la relación médico-enfermo

A pesar del debilitamiento que ha supuesto la mentalidad técnica, lo más elemental y fundamental en el quehacer del médico sigue siendo la relación inmediata con el enfermo. Esta relación es muy sensible a los cambios de la historia. Los cambios que se producen en la convivencia entre los hombres alteran el fundamento de la relación médico-enfermo. La *polis* griega, un monasterio medieval o una ciudad del s. XXI, tienen modos de asistencia médica distintos entre sí, con sus supuestos antropológicos, históricos y sociales, que dan un contenido y una forma a las relaciones interhumanas. Y el médico, al igual que el enfermo, es 'ateniense', 'cristiano medieval', 'londinense' o 'barcelonés'. La relación médico-enfermo es problemática en todas las épocas porque es causada y condicionada por todos los niveles de lo humano –social, psicológico, técnico, moral, religioso. En nuestros días se halla en una profunda y fecunda crisis debido a una doble pretensión. Por un lado, la mentalidad técnica que se ha impuesto en la medicina aspira a curar sin contacto inmediato con el enfermo. Y por el otro, la socialización de la medicina, conlleva un alto grado de exigencia a la asistencia médica de nuestro tiempo, "vacunar a todos los ciudadanos de un país no es cosa, por lo que vemos demasiado difícil; tratar psicoterápicamente a todos los enfermos que lo requieren será, si el Estado llega alguna vez a proponérselo, empresa sobremanera ardua" (Laín Entralgo).

Sin embargo, y a pesar de los cambios que ha padecido a lo largo de la historia, la relación médico-enfermo, mantiene una estructura invariable. Laín Entralgo discierne hasta cinco momentos principales:

2.1. El fundamento: Es la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el enfermo por el hecho de haberse encontrado. Refleja, un *fundamento genérico*, un hombre ayuda a la necesidad de otro, y una *antropología*. El hombre como *ens indigens*, está necesitado: del cosmos energético y material (respira, come, se viste,...); de los otros (compañía, amor,...), y de alguna convicción personal acerca del fin último de su existencia, de una referencia simbólica sobre un horizonte último. Y estas complejas necesidades del hombre se agudizan o aparecen con un especial relieve en la enfermedad; el enfermo pide actos de ayuda, de donación amorosa hacia él. En contraste y como posibilidad del hombre contemplado como *ens indigens*, está el hombre como *ens offerens*. Ciertamente que la libertad puede llevar al hombre a la indiferencia o al odio hacia el que está necesitado. Pero será el binomio necesidad-amor el fundamento de la relación médico-enfermo. Este fundamento se especificará según dos direcciones: a) la histórico-social, que configurará la *amistad médica* y la forma de concebir la ayuda a la necesidad del otro, y b) la técnica y el amor a ella. *Las diversas situaciones típicas de la existencia humana –polis griega, monasterio o burgo medieval, sociedad moderna, etc.–, especifican de un modo histórico y social la ayuda al menester del otro; el hecho de que el menester se llame ahora “enfermedad” y el acto de ayuda “asistencia médica”, concede a éste su especificación técnica.* (Laín)

2.2. El momento cognoscitivo o diagnóstico: Como en todo encuentro humano, la relación médica pasa del inicial 'encontrarse con' a un 'conocer a' y un 'pensar de'. El médico ha de conocer lo que el enfermo tiene. El diagnóstico se realiza en los dos ámbitos en los que la relación médica cobra su realidad propia: el dual, resultante de la mutua vinculación de dos individuos aislados; y el social, determinado por la interrelación de dos entes sociales. Lo que llamamos 'diagnóstico' es la fórmula de un conocimiento dual. Pero, ¿de qué tipo será la relación médico-enfermo? La *amistad médica* no puede ser una pura relación interpersonal, pero tampoco una pura relación objetivante. *Entre el sujeto-objeto de la objetivación y la diáda de la unión interpersonal hay por lo menos dos realidades típicas intermedias, el dúo y la cuasi-diáda* (Laín) La amistad médica no es tanto un dúo, dos individuos unidos entre sí para el logro de una meta (la salud) situada fuera de ellos, como una relación cuasi-diáda, ya que no es un *yo* y un *tu* amorosamente fundidos entre sí sin mutua confusión física (diáda), sino una relación de ayuda, donde hay consejo, educación y asistencia médica. *‘...en la relación diádica de la pura amistad interpersonal, la objetivación es desde luego necesaria, pero sólo con necesidad de medio (así contemplan el amigo a su amigo y el amante a la persona amada); lo decisivo y terminal en ella es la coejecución unitiva; al paso que en la relación cuasi-diádica de ayuda se invierten los términos: la coejecución es en ella necesaria de medio, y la objetivación, bajo forma de contemplación, unas veces, y de manejo instrumental, otras, se eleva a fin propio de la relación interhumana, porque lo que con ésta se pretende ahora, aun en el caso del consejo más delicado y respetuoso, es una modificación efectiva de la realidad del otro. De ahí que de la amistad haya una ascética y no pueda haber una técnica; y recíprocamente, que la actividad de aconsejar, la de enseñar y la de curar estén ordenadas –deban estar ordenadas, si han de ser eficaces- por sus técnicas respectivas, tanto más acusadas y rigurosas, en tanto que tales técnicas, cuando más próximas se hallen a la pura objetivación. Diremos, pues, que dentro del cuadro de las relaciones interhumanas, la relación médica es una cooperación cuasi-diádica de ayuda enderezada hacia el logro del hábito psicosomático que solemos llamar salud; y que, entre todas las relaciones de ayuda -si no se cuenta el caso de salvamento de un naufrago u otros semejantes- ella es la más próxima a la que antes, de un modo genérico, he llamado objetivamente* (Laín).

La expresión cognoscitiva de esta relación es el diagnóstico, el cual se realiza en un ámbito cuasi-diádico. No es el conocimiento de un objeto pasivo por una mente activa, sino el resultado de una conjunción entre la mente del médico –activa- y una realidad, la del enfermo, dotada de iniciativa, libertad e intención. La inteligencia y la libertad de la persona condicionan activamente el acto de conocer la realidad de un ente personal, de aquí la peculiaridad de esta relación. No se trata de conocer algo 'objetual' o algo que no se piensa a sí mismo, como puede ser una célula, sino a una persona, con autoconciencia y una autocomprensión de sí. Si se aspira a ser integral o personal, y no meramente objetivo, el diagnóstico médico es la configuración cognoscitiva de una relación cuasi-diádica entre el médico y el enfermo. Y esto, no será completo si no es 'social', además de cuasi-diádico, es decir, si no se tiene en cuenta lo que en el condicionamiento y en la expresión de la enfermedad haya puesto la pertenencia del paciente a un contexto social concreto y determinado.

2.3 El momento operativo: La actividad conjunta del médico y el enfermo no se agota con el diagnóstico, sino que este conocimiento debe ordenar y ordenarse para la ejecución de un tratamiento. Pero no se trata exclusivamente de 'diagnósticos' ni de solo 'terapias', sino que el primer acto terapéutico se produce ya en el primer contacto entre el médico y enfermo; el médico es el primero de los 'medicamentos' que él puede prescribir, es decir, lo que éste supone para el enfermo tiene ya efectos terapéuticos.

La relación médico-enfermo ideal no solo consiste en dos hombres que colaboran en una empresa, *compañeros de camino*, es también una relación cuasi-diádica, donde el momento terapéutico debe contemplar todos los registros de su personalidad, desde el nivel intelectual hasta las peculiaridades de la vida afectiva.

El tratamiento médico es por su esencia misma un acto social. La eficacia terapéutica de los remedios se halla sencillamente condicionada por el modo de 'estar en sociedad' de aquél sobre el que se actúa.

2.4 El momento afectivo: En la relación médico-enfermo están mutuamente implicados lo cognoscitivo (diagnóstico), lo operativo (tratamiento) y lo afectivo (transferencia). Lo afectivo posee una trama personal y heterogénea, una a dos personas que se relacionan desde dos situaciones vitales –una como ‘enfermo’ y otra, como ‘médico’- muy diferentes entre sí. Cada uno pone lo suyo, el enfermo pone lo aflictivo, la expectante vivencia de su necesidad y su confianza en la medicina y el médico; mientras que el médico pone su voluntad de ayuda técnica, cierta compasión genéricamente humana, la pasión de gobernar científicamente la naturaleza, y un posible deseo, más oculto o más patente, de lucro y prestigio.

2.5 El momento ético-religioso: Los actos humanos son constitutivamente morales, la libertad humana lleva en su estructura un ‘para qué’, una intencionalidad que lleva inscrita una moralidad. Y de esto no es excepción la relación médico-enfermo. El enfermo busca la salud, pero no hay salud plena si no puede responder a la pregunta: ¿para qué salud? Es obvio que no vivimos para estar sanos, sino que estamos y queremos estar sanos para vivir y obrar. A la salud humana le pertenece un ‘para qué’ no incluido naturalmente en ella misma, de manera que uno pueda desear estar sano moral o inmoralmente. El médico, en cambio, se halla en una tensión, entre la tendencia a ayudar al enfermo o la de abandonarlo, que debe resolver. Ser médico significa hallarse en disposición favorable de la tensión ayuda-abandono.

La relación médica muestra diversas éticas a lo largo de la historia. La moral de los médicos helénicos no coincide con la moral profesional de los médicos cristianos, y ésta difiere de la ética de los médicos agnósticos o ateos. La ética descansa sobre una visión religiosa del mundo, de manera que la relación médico-enfermo estará explícitamente arraigada en una posición determinada del espíritu frente al problema último de la religión. Y más, teniendo en cuenta que la enfermedad, como todo lo que pone en juego la totalidad de la existencia humana, tiene siempre para el hombre, hasta para el hombre secularizado, un secreto con un halo de sagrado. Como dice Henri de Lubac, *el respeto del hombre está hecho, en gran parte, por el respeto a su sufrimiento* (H. De Lubac). Ante la enfermedad, la actitud del hombre es de respeto ante lo que falta y no cae del todo bajo su dominio.

A través de estos cinco momentos, Laín Entralgo explica la estructura permanente a lo largo de la historia de la relación médico-enfermo. Desde su fundamento genérico, el binomio necesidad-amor, que se especifica en cualquier situación histórica y social, hasta su expresión en cuatro direcciones principales: el diagnóstico, el tratamiento, la relación afectiva o *amistad médica*, y la ética-religiosa. Y en todos estos momentos de la relación médico-enfermo está subyacente la comunicación entre ambos. Es decir, el ideal personalista de la relación médico-enfermo busca quedar plasmado en una *amistad médica* realizada bajo la forma de diagnóstico y tratamiento. Para que esto sea posible, se espera del médico que ponga la suficiencia técnica y la buena voluntad, y que el enfermo confíe en la medicina y el médico. Y esto –la suficiencia técnica, la buena voluntad y la confianza- se hace realidad a través de la comunicación entre sí. En una relación médico-enfermo donde lo técnico predomine, el encuentro personal se reducirá a mínimos; la mirada, las palabras, los silencios o el contacto dejarán de ser importantes, no habrá posibilidad para la *amistad médica* como recurso principal del diagnóstico y fundamento científico del tratamiento, no habrá posibilidad del encuentro personal para una práctica humana del arte médica. Encuentro que tiene que tener unos determinados aspectos para que de esa comunicación pueda seguirse una práctica curativa que considere la totalidad de la persona.

Rubén García Cruz, alumno 4º curso de Filosofía URL
Mª Pilar Núñez-Cubero, médico y Prof. de Bioética URL

(En el próximo Boletín *Bioética Complutense* se publicará la segunda parte de este artículo)

Cajón de bioética y más



El castor

Director: Jodie Foster. *Intérpretes:* Mel Gibson, Jodie Foster, Anton Yelchin, Jennifer Lawrence, Michelle Ang. *Nacionalidad:* USA *Año:* 2011. *Guión:* Kyle Killen. *Fotografía:* Hagen Bogdanski. *Música:* Marcelo Zarvos. *Más información:* <http://www.filmaffinity.com/es/film619617.html>

El castor narra la historia de Walter Black (Mel Gibson), un hombre que padece una profunda depresión. Su solución vendrá de la mano de una marioneta en forma de castor. Esta marioneta contribuirá a sacarle de la depresión y le ayudará a relacionarse con las personas de su entorno. Pero a veces las grandes ayudas pueden ser los mayores obstáculos...

Se trata de una película que se mueve entre la comedia y el drama; un buen recurso —sin duda— para acercarnos al sufrimiento humano, a la enfermedad. La película es una buena ocasión para reflexionar sobre la enfermedad mental, la depresión.

Sin llegar a ser una película excelente, sí se puede considerar una buena película, en la que destaca la dirección de Jodie Foster —quizás una dirección excesivamente lineal y carente de riesgo—, y el trabajo de los actores, tanto

Mel Gibson, la propia Jodie Foster, los hijos (Anton Yelchin, Michelle Ang) y la recientemente nominada a los oscar Jennifer Lawrence (2010, *Winter's Bone*).

Más allá del tema de la depresión psicológica y su aparente 'solución' con el castor parlante (de lo que mucho tendría que decir el psicoanálisis, cfr. la teoría de los objetos transicionales de D. W. Winnicott o la teoría de los objetos mediadores de Melanie Klein), el gran tema de la película es el crecimiento personal o, dicho de otra manera, la autonomía.

El castor se ofrece al protagonista, Walter Black, como una forma de ser autónomo; ya que su vida no tiene control, aparece él para controlarlo, para dirigirlo. Ante la apatía, intentos de suicidio, la marioneta se presentará como una voz, a la manera de Pepito Grillo, que le empujará a ser decidido y arriesgado. Pero la pregunta que se cierne es si esa voz es suya realmente. ¿No está siendo dominado por algo, o alguien, que no es él? Ser autónomo no es simplemente "seguir una voz", que creemos propia, sino ser capaces de distinguir las voces auténticas, distinguir las voces de los ecos (A. Machado). La autonomía no reside sólo en seguir una voz, ni tan siquiera la de uno mismo, sino en la manera de hacerlo. La película, narrativamente, nos da pistas sobre lo que significa o puede significar seguir, o no seguir, una 'voz'.

Los demás protagonistas también están movidos por la búsqueda de autonomía. ¿No es eso lo que quiere la mujer del protagonista (Jodie Foster)? Y, ¿no es eso, sobre todo, lo que quiere su hijo mayor, que si bien no quiere ser como su padre, sin embargo se refugia, como él, en su propio mundo (representado por la escritura)? ¿No es esa búsqueda de autonomía la que encontramos en la joven amiga del hijo mayor que no quiere aceptar que su hermano ha muerto ni reconocer sus propias capacidades?

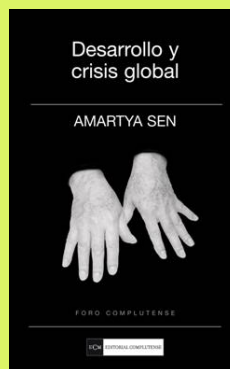
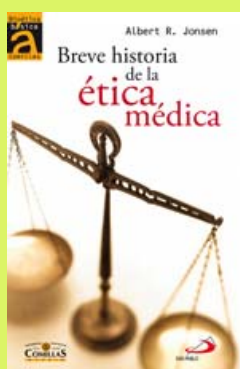
Es, por tanto, una película sugerente para tratar temas y cuestiones como el crecimiento, la madurez, las relaciones paterno-filiales, relaciones de pareja, la enfermedad mental, la autonomía, las capacidades humanas, etc. Tras una película aparentemente sencilla nos encontramos con un universo humano de profunda complejidad. Y de nuevo, desde la narración estamos lanzados a la deliberación.

Dr. Tomás Domingo Moratalla
Profesor de Filosofía Moral
Universidad Complutense de Madrid
tomasdomingo@filos.ucm.es

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- X Congreso Nacional de Bioética. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Pamplona 6-8 Octubre 2011. "Construyendo valores en la diversidad". <http://www.congresobioetica.com/>
- VII Congreso Mundial de Bioética "Medioambiente y desarrollo sostenible, aspectos bioéticos", organizado por la SIBI (Sociedad Internacional de Bioética) del 19 al 22 de Septiembre en Gijón (Recinto Ferial Luis Adaro). <http://www.sibi.org/act/7congreso/pinf.htm>
- Global Health 2011, *Policy for sustainable and effective healthcare*. 29-30 Septiembre 2011, BMA HOUSE, Londres. <http://globalhealth.bmj.com/>
- El programa Erasmus Mundus Master of Bioethics, organizado por un consorcio de tres universidades europeas: Katholieke Universiteit Leuven (Bélgica), Radboud Universiteit Nijmegen (Holanda) y la Università degli Studi di Padova (Italia), ha puesto en marcha un programa de cursos intensivos de bioética. El primero de ellos es el "Intensive Course on research and publishing in the field of bioethics". Organizado por *The Centre for Biomedical Ethics and Law* de la Universidad de Lovaina del 3 al 5 de octubre de 2011. www.masterbioethics.org
- II Congreso Internacional de Bioética "Ética de la diversidad: Género y Cultura". 24, 25 y 26 de octubre de 2001 en Barcelona (Facultad de Filosofía de la UB). <http://investigacionbioetica.info>
- XXV Congreso Internacional de Bioética IAB 2012 "Bioética para el futuro. El futuro de la bioética" Organizado por la *International Association of Bioethics*. 26 a 29 de junio 2012. Rotterdam. <http://bioethicsrotterdam.com> Límite de presentación de abstracts: 1 de diciembre de 2011

Bibliografía y fuentes de Bioética



- *Muerte cerebral y trasplante de órganos: un problema de ética jurídica*. Paolo de Vecchi. Trotta. Madrid, 2011.
- *Bioética y cine. De la narración a la deliberación*. T. Domingo Moratalla. San Pablo. Madrid, 2011.
- *Breve historia de la ética médica*. A.R. Jonsen. San Pablo. Madrid, 2011.
- *Desarrollo y crisis global*. A. Sen. Editorial Complutense. Madrid, 2011.
- *Comunicación y salud. Nuevos escenarios y tendencias*. Ubaldo Cuesta, Tania Menéndez y Aitor Ugarte (coords.) Editorial Complutense. Madrid, 2011.
- *Democracia y universidad*. J. Saramago. Editorial Complutense. Madrid, 2010.