

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

- Humanidades y bioética P.2
- La crisis y algo más P.5
- Sobre donación de órganos P.8
- Perfil psicológico P.24
- Caso clínico comentado P.29
- Decisiones en la clínica P.32
- Tal como anda el mundo P.35

Desde la redacción

Las cosas no van bien. Recortes, problemas económicos y sociales, dificultades, desesperanza... las cosas van realmente mal.

Parecería que no es momento de pensar, parecería que cuando está en juego la supervivencia, todo lo demás es superfluo, un lujo innecesario. Sin embargo, esta es una perspectiva peligrosa. Hay que defender la vida, pero con calidad. Hay que defender el trabajo, pero con condiciones dignas. Hay que defender la libertad, pero no a cualquier precio. Es necesario tener prudencia y no incurrir en la fácil marea de la destrucción. Sobre todo porque deja secuelas graves, de difícil recuperación.

Por eso merece la pena seguir pensando, seguir intentando mejorar la calidad, seguir promoviendo la creatividad y el análisis profundo de los temas importantes. Tomaré palabras de un gran músico, Jordi Savall (publicadas en MusicaAntigua.com):

«Tenemos que ser muy capaces de hacer cosas de calidad intentando controlar el gasto. También pasa en los hospitales y las escuelas y no sería lógico que no recortáramos la cultura. Pero en países como el nuestro, donde la cultura ya era escasa, eso puede ser grave. La cultura es lo que nos permite existir como país también. Lo que nos representa en el mundo es nuestra dimensión cultural. Hay que encontrar mecanismos para no ahogar las iniciativas, porque la cultura no es comercial. No podemos supeditarla a las leyes del mercado, porque sólo daríamos paso a una cultura muy superficial.»

«Vivimos tiempos de una enorme confusión. No hemos alcanzado el nivel de promoción de la cultura de otros países como Francia o Alemania y, sin embargo, se recortan estas partidas. Resulta absurdo suprimir algo que funciona. Me gustaría recordarle las palabras de Churchill tras ganar la guerra, cuando le dijeron que debía recortar un 15% en cultura. «¿Y para esto hemos ganado la guerra?», se preguntó. Y se negó.»

Seguiremos debatiendo sobre el mejor modo de lograr la eficiencia, de dar servicios públicos de calidad, con un menor gasto. Cosa harto difícil, obvia decir. Pero convendría, además de garantizar lo necesario (salud y educación), promover esas otras cosas, aparentemente prescindibles, que, sin embargo, son las que nos hacen más humanos, como el arte y el pensamiento.

Es preciso no ceder ante el abatimiento, poner en marcha iniciativas creativas y buenas ideas, no conformarse con la queja, sino preguntarse qué podemos hacer. Que se nos conozca por esta actitud es lo que proponemos en estos tiempos difíciles.

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^a. Gracia Alvarez Andrés
D. Juan Pablo Beca Infante
D. Diego Gracia Guillén
D. Frank Hamre Gil
D. David Rodriguez Arias

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 cartas al Director, sugerencias, aportaciones, opiniones, o cualquier comentario, contactar con: boletindebioetica@gmail.com



En las últimas décadas la bioética ha pasado de ser un espacio interdisciplinar, habitado por diversos personajes e interlocutores, a intentar profesionalizarse de algún modo. Así ha sido, al menos, en Estados Unidos, donde la figura del “bioeticista” es la de un profesional de esta disciplina, que incluso comienza a resultar sospechoso en la medida en que está contratado por una institución y cobra por sus servicios. De hecho, se han lanzado ya furibundas críticas ante lo que parece una perversión de la bioética, por su presunta falta de independencia respecto de sus patrocinadores.

Para lograr esta profesionalización, la bioética ha establecido programas de formación que tratan de ofrecer una enseñanza que pueda considerarse regulada, básica y estandarizada para todos los que la desarrollen, como corresponde a una disciplina madura que tiene sus propios métodos y corpus de conocimientos, y que, aun siendo interdisciplinar, trata de cobrar una relativa autonomía. Con ello responde a las características típicas de una profesión: prestar un servicio específico y tipificado, requerir una formación reglada y una acreditación oficial; establecer modos de actuación y funciones, con autonomía de decisión y control sobre los profesionales; exigir responsabilidad y compromiso.

Ciertamente, en nuestro ámbito nos encontramos muy lejos de este escenario. Ni las instituciones ni la sociedad en general han adquirido la conciencia de que la bioética es un saber necesario —la auténtica ética civil de nuestro tiempo, en palabras de Diego Gracia—, que no puede subsumirse en otros, que aporta indudables beneficios a la calidad de las decisiones en entornos socio-sanitarios, y que si es realizada con esmero, seriedad y rigor, conviene a un mundo plural y complejo en el que debería promoverse la deliberación como forma de pensamiento compartido, como salvaguarda contra la intolerancia, el dogmatismo o la imposición.

Pero no. En nuestro contexto, lamentablemente, la bioética no ha cobrado “carta de ciudadanía”, como muestra su casi invisible existencia en los programas de formación reglada, frente a la profusión de títulos propios y multiformes programas privados de enseñanza. De hecho, no hay apenas “profesionales de la bioética”, aunque abundan los que se autoproclaman expertos en la materia.

También contribuye a esta situación la dificultad para adscribirla a un área de conocimiento o generar un área propia. Así, la filosofía moral la reclama para sí, por la obvia definición de la bioética como rama de la ética y, por tanto, de la filosofía;

pero también la reclama el derecho, por cuanto buena parte de la bioética ha transitado al espacio del bioderecho, confundiendo la ética con lo normativo y confirmando la peligrosa convicción de que la debilidad de la educación en valores debe ser corregida con el poderoso brazo de la legislación y el control externo.

Y en medio de estas inútiles diatribas, los médicos —y otros profesionales sanitarios—, preocupados por los problemas que surgen diariamente en el ámbito asistencial, consideran que la bioética “académica” tiene poco que ofrecerles, por lo que resulta más útil una bioética específicamente clínica para la que son ellos los mejor cualificados.

Por si todo esto fuera poco, la bioética es un excelente teatro en el que se escenifican desencuentros ideológicos de todo tipo que no contribuyen al establecimiento de ese pretendido corpus de conocimientos, porque los esfuerzos más profusos se dedican a desacreditar y menoscabar las afirmaciones, métodos o convicciones de los que piensan diferente.

Todo esto, que no es exclusivo de nuestro contexto ni de esta disciplina, aunque quizá sí más destacado, se une a un notable y creciente entusiasmo por los enfoques empíricos en la bioética. Quizá para alejarse de las controversias en el ámbito de los valores, se dirige la vista a una aproximación presuntamente más objetiva, más aséptica, más “científica” y, también, es lamentable pero necesario decirlo, más inútil. Si la bioética no habla de los valores, de cómo promoverlos, defenderlos y realizarlos, ¿de qué va a hablar? Tratar los valores como hechos es confundir los territorios. La mera descripción de lo que ocurre no sirve como criterio para lo que debería ser. Incurrir en una nueva forma de la falacia naturalista, una vez más, a la altura de nuestro tiempo, es inaceptable. Y considerar que la opinión de la mayoría puede ser suficiente razón para que algo sea considerado válido es, más que ingenuo, peligroso.

Por eso hay que regresar a las humanidades. Hay que dirigir la mirada hacia saberes más omniabarcantes, más globales, que dicen algo acerca de lo humano.

Por supuesto, no se trata de recuperar las humanidades de la oscuridad y el olvido, como si de un afán arqueológico se tratara, sino de tomarlas en su valiosa perspectiva, y aprovecharlas en las aportaciones que pueden hacer.

No es éste el lugar para un profuso análisis sobre las aportaciones de las Humanidades en general y de cada una de las disciplinas que se amparan bajo ese

título, en particular. Ni tampoco para defender, como merecen, un puesto en el acerbo de saberes, independientemente de su utilidad. Las humanidades son útiles, pero, aunque no lo fueran, serían valiosas. Porque no sólo tiene valor lo útil. Antes bien, probablemente lo que nos hace más humanos —el amor, el arte, el asombro ante la vida— es perfectamente inútil, maravillosamente inútil.

Ortega lo dice con palabras inmejorables, refiriéndose a la filosofía, en su texto "Bronca en la física" de 1937: "La física sirve para muchas cosas, mientras que la filosofía no sirve para nada. Ya lo dijo, conste, un filósofo, el patrón de los filósofos, Aristóteles. Precisamente por eso soy yo filósofo, porque no sirve para nada serlo. La notoria "inutilidad" de la filosofía es acaso el síntoma más favorable para que veamos en ella verdadero conocimiento. Una cosa que sirve es una cosa que sirve para otra, y en esa medida es servil. La filosofía, que es la vida auténtica, la vida poseyéndose a sí misma, no es útil para nada ajeno a ella misma. En ella, el hombre es siervo de sí mismo, lo que quiere decir que solo en ella el hombre es señor de sí mismo. Más, por supuesto, la cosa no tiene importancia. Queda usted en entera libertad de elegir entre estas dos cosas: o ser filósofo o ser sonámbulo. Los físicos en general, van sonámbulos, dentro de su física, que es el sueño egregio, la modorra genial de Occidente".

¿Qué es eso tan especial que aportan las humanidades? Lo más importante: la capacidad de pensamiento crítico y de comprensión del sentido de la realidad. Las humanidades permiten adquirir un conocimiento de la historia y de la génesis de los acontecimientos y situaciones actuales, lo cual supone la posibilidad de analizar las razones de lo que ocurre y aprender de las equivocaciones (es repetida esa frase que afirma que un pueblo que no conoce su historia está condenado a repetir sus errores). Pero además, al aprender a distanciarse de lo propio, de lo conocido, se puede relativizar y cuestionar, buscando lo que nos iguala y lo que nos diferencia, entendiendo mejor la realidad. Se logra así un cierto orden mental, acompañado de un pensamiento lógico, una capacidad de argumentación y deducción, que resultan claves para no cometer errores, para no incurrir en falacias o inconsistencias, y para poder desarrollar una capacidad de razonamiento y de diálogo, del que tan necesitado está nuestro mundo.

Ese diálogo está basado en una buena utilización del lenguaje, esencial en estos tiempos en que las palabras se encuentran asiduamente atropelladas y maltratadas, no pudiendo expresar correctamente las ideas, porque, no nos engañemos, quien no sabe hablar, no sabe pensar. Esa convicción de que existe una suerte de ideas residentes en nuestro cerebro, que habitan allí a pesar de no poder ser expresadas, se compadece mal con otra convicción, ligada a lo observado en los así llamados "niños salvajes", de que sin lenguaje no se puede pensar.

Esta cuestión del lenguaje, mediador indispensable que en las humanidades tiene una importancia capital, sería por sí solo suficiente para elaborar todo un tratado sobre la necesidad de su cultivo y promoción. Basta echar un vistazo al refranero o a las frases célebres para saber aquello de

que "si tenemos dos orejas y sólo una boca, es para escuchar más y hablar menos" (atribuida a Zenón, y a otros muchos), que "todos los hombres que no tienen nada que decir hablan a gritos" (Jardiel Poncela), o que "el que sabe pensar pero no sabe expresar lo que piensa, está en el mismo nivel del que no sabe pensar" (Pericles).

Por si todo esto fuera poco, las humanidades promueven una cierta flexibilidad, apertura y capacidad de comprensión y adaptación a un medio en constante cambio, pues conocer la historia, la filosofía o la literatura supone comprender la riqueza y pluralidad, el cambio como motor de avance, y la incertidumbre y lo efímero como características de lo humano.

Esta es también la idea que defiende M. Nussbaum, para quien las humanidades son la clave de la educación. En una de sus obras "El cultivo de la humanidad" insistía ya en el poder formativo de las disciplinas humanísticas y, por tanto, en la necesidad de su promoción. Las humanidades cumplen una función social tripartita: por un lado desarrollan la habilidad socrática de examinarse a uno mismo y pensar de forma crítica, en segundo lugar, permiten pensar los problemas del mundo en un contexto más amplio, desde el punto de vista de la historia, las religiones o las culturas, y finalmente, promueven el cultivo de la imaginación que, como una forma de empatía intelectual, permite ver el mundo a través de otros, lo cual ayuda a salir de uno mismo y a tener una perspectiva más completa de la realidad. En su libro "Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades", Nussbaum insiste en su planteamiento, apuntando una idea similar a la que expone Diego Gracia en el artículo que aquí publicamos: la crisis actual no es económica, sino educativa. Descuidar la educación puede llevarnos a algo muy perjudicial.

Esta es una "crisis silenciosa", como la llama Nussbaum, que pasa prácticamente inadvertida, y que recorta, arrincona y en muchos casos expulsa las disciplinas humanísticas de los planes de estudio. Precisamente esos saberes que enseñan a aplicar el pensamiento crítico necesario para actuar independientemente y para desarrollar una inteligencia capaz de evaluar, y, en su caso, enfrentarse, al poder y la manipulación. Nuestra sociedad, obsesionada por lo técnico y por lo que tiene utilidad inmediata y/o produce beneficios mercantiles, olvida los fines importantes. Como ya denunciara la escuela de Frankfurt, nos quedamos con la mentalidad estratégica, olvidándonos de la racionalidad emancipadora, sustituimos a las personas por los bienes. Y en ese escenario las humanidades son consideradas ornamentos inútiles.

Pero ya en los años 50 del siglo XX autores como C.P. Snow denunciaban que esa artificiosa separación entre las "dos culturas" (científico-técnica y humanística) nos lleva a nuestra propia destrucción. Lo que resulta

sorprendente es que aún no nos hayamos dado cuenta de que una mentalidad exclusivamente utilitarista y mercantil no nos llevará muy lejos, de que los valores son esenciales en la construcción de una sociedad donde todos podamos convivir, de que descuidar la educación es destruir el futuro, condenar a las generaciones más jóvenes a no poder entenderse en la diferencia, a no asumir responsabilidades, a no valorar la riqueza de lo humano –incluso de las cosas “inútiles”, como el pensamiento o el arte—, a no saber cómo resolver problemas que no sean técnicos sin recurrir a alguna forma de violencia, y, en definitiva, a no poder promover un mundo más humano.

Nussbaum es muy severa en el diagnóstico de esta situación que afecta tanto a la calidad de la educación como a la de la democracia. Sin una educación que incluya la historia, las artes y las letras, piensa que no es posible configurar las cualidades necesarias de los buenos ciudadanos: la primera, la de analizar los hechos para evaluar y, en su caso, cuestionar la autoridad. La segunda, la habilidad de verse como sociedad, no como un conjunto de individuos, lo cual implica la posibilidad de observar con respeto lo bueno y lo malo de otros entornos. Y la tercera, la capacidad de ponerse en la piel del otro, en orden a entenderlo más que a derrotarlo o dominarlo. Una capacidad que resulta crucial para constituir lo que llama verdaderos "ciudadanos del mundo", preparados para entender la propia nación como parte de un orden mundial complejo cuyos problemas y diferencias deben resolverse por medio del diálogo y no de la guerra, y comprender las culturas y los ámbitos extraños en un planeta más integrado que nunca.

Todo esto, nada más y nada menos, es lo que aportan las humanidades.

Dejando de lado esta cuestión, lo cierto es que las humanidades pueden aportar valiosas perspectivas a la bioética. Más aún, la creatividad y la novedad en las propuestas de la bioética pasa, como afirma J. Fins, por acoger e incorporar en ella a quienes proceden de otro tipo de formación y disciplinas, que, al no haber sido persuadidos y sugestionados por la enseñanza “típica” de la bioética, pueden tener una visión crítica, amplia e innovadora, que podrá hacer avanzar la bioética. Y quienes están mejor cualificados para tener una visión amplia, que reflexiona sobre lo humano en sus contextos socio-políticos, económicos y culturales, con la necesaria sensibilidad e interés en los temas de la bioética, son quienes tienen formación humanística.

Y, desde las humanidades, hay que recuperar el espacio propio de la bioética. Ni es buena la disolución de la disciplina en una magnífica confusión de aproximaciones dispares, ni probablemente es tampoco deseable una unificación y uniformidad de la bioética, pues perdería una enorme riqueza en la pluralidad, variedad y diversidad de perspectivas, que son rasgos esenciales que la caracterizan. Si algo hemos defendido hasta la saciedad es que la bioética es uno de esos pocos espacios donde se ha intentado –y logrado hasta un cierto punto— una interdisciplinariedad real, en la que, además de disciplinas científicas o sociales, están, como elemento esencial, las humanidades.

Lydia Feito. Profesora de Bioética
Universidad Complutense de Madrid



El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia

De la crisis y algo más

Procedamos como es de rigor en medicina y preguntémosnos por el diagnóstico de la crisis. Si hiciéramos una especie de metaanálisis entre los más conocidos, veríamos que los hay de dos tipos, unos que cabe llamar internalistas y otros externalistas. Los primeros consideran que esta es una crisis interna de la economía, debida a que los gestores y gobernantes no han tenido en cuenta las inevitables leyes de esa ciencia. Esas leyes son implacables, y cuando se las desafía la cosa acaba siempre mal, con frecuencia en catástrofe. Los externalistas, por el contrario, piensan que la presente crisis no es sólo económica, que sus raíces son más profundas y afectan a un mundo, un estilo de vida y un sistema de valores, aquel por el que ha optado la sociedad occidental durante las pasadas décadas, o incluso antes, en las últimas centurias.

Personalmente creo que ha habido mucho de ambas cosas. No se han respetado las sacrosantas leyes de la economía, y a eso se ha sumado, o más que sumado, un problema de valores. Esto puede parecer pasteleo o componenda, pero disto de entenderlo así. Hoy es usual en filosofía, casi diríamos una ley, si no fuera porque esta palabra resulta casi hiriente a los oídos del filósofo, que no hay hechos sin valores, ni valores sin hechos. La ciencia económica, la llamada economía positiva, conoce bien los hechos que están en la base de la presente crisis. Ese es su campo de análisis, y ahí suelen quedarse. Aún más, recelan algo de quienes les vienen con eso de que esta es una crisis de valores, porque sospechan, no sin razón, que la mayor parte de las veces eso esconde un nulo o muy deficiente análisis de los hechos. Y por lo general tienen razón.

Pero tener razón no es lo mismo que tener toda la razón. Esto es lo que generalmente nos pierde a los seres humanos, que tendemos siempre a absolutizar nuestra parte de razón, cometiendo de ese modo un sofisma que los lógicos denominan *pars pro toto*. No hay hechos sin valores, ni cabe hacer un diagnóstico adecuado atendiendo sólo a una de esas partes del problema. A los médicos nos ha costado mucho, siglos, convencernos de esta elemental verdad. Con el orgullo propio de quienes poseen una ciencia y dominan unas técnicas, nos hemos empeñado en definir la salud y la enfermedad como meros hechos biológicos. El resultado ha sido desastroso. Más del cuarenta por ciento de nuestros enfermos quedaban fuera de las categorías que con tanto esfuerzo habíamos elaborado, no tenían hechos objetivos que permitieran catalogarlos como enfermos, pero era evidente que se encontraban muy mal, y que en algún sentido lo eran. Y es que la salud y la enfermedad son hechos, pero no sólo hechos, son valores. Mi idea de la salud no se identifica con la que tenía mi abuela, y tampoco coincide con la de mis hijos; aún más, yo no valoro hoy la salud como hace diez años, por más que no se haya producido una variación sensible en el orden de los hechos.

Las crisis de la economía se parecen mucho a las enfermedades que sufrimos los seres humanos. Digo los seres humanos, no los animales, porque en estos sí que se trata, o al menos eso creemos, de meros hechos sin valores. En la especie humana eso no es así ni puede serlo. Tal es la razón de que nos veamos obligados a enfocar las crisis, de igual modo que las enfermedades, desde ambos puntos de vista. Absolutizar cualquiera de ellos es condenarse a no entender nada, o muy poco. Y las cosas no están como para emitir juicios precipitados ni hacer experimentos cuyo resultado ya se conoce de antemano.

Es preciso partir de buenos hechos. Y estos no pueden ofrecérsenos más que los economistas. De mí sé decir que cada vez dedico más tiempo a estudiar esta tan compleja como fascinante disciplina. Pero cuanto más escudriño sus entresijos, más similitudes encuentro entre lo que sucede en ella y lo que he intentado combatir durante décadas en medicina. No todo son hechos, ni es posible reducirlo todo a hechos. Esto

es tan obvio, que resulta casi ocioso el repetirlo. Tampoco cabe el ardid de limitar el propio cometido al ámbito de los hechos, diciendo que lo otro, los valores implicados, no es asunto de la propia competencia. Y ello por una razón tan obvia como desconocida. Es que actuando de ese modo estamos ya haciendo una opción de valor, y no precisamente la más ingeniosa. No hay escapatoria: quien se abstiene de valorar ya está valorando, por lo general negativamente. Y cuando ello no es así, la cosa es aún peor: es que está incluyendo, consciente o inconscientemente, sus valores en el asunto, haciéndoles pasar por los fundamentales, los importantes, aquellos que merece la pena tener en cuenta, cuando no los únicos.

Con esto llegamos al punto central. El grave problema es que en este campo de los valores todo son palos de ciego. Es un ámbito en el que tanto el científico como el hombre de la calle se sienten inseguros. Y la inseguridad genera necesariamente angustia, que a su vez dispara los que desde el tiempo de Freud se denominan “mecanismos de defensa del Yo”. Su función es proteger de la angustia que nos acecha. Los mecanismos que antes se disparan son los más inconscientes o irracionales. Uno típico es la negación, el negarse a ver la realidad, el esconder la cabeza debajo del ala. Lo pudimos contemplar en directo el 11 de septiembre del año 2001. Cuando los aviones estaban impactando contras las torres gemelas de Nueva York, la gente que pasaba por allí no pudo menos de exclamar: “No puede ser”, “no puede ser.”

Las emociones tienen dos características muy particulares. Una es que se disparan con extraordinaria rapidez. Ante un acontecimiento cualquiera, las emociones reaccionan inmediatamente, en tanto que la razón es lenta, se paraliza en un primer momento y sólo con el paso del tiempo consigue controlar la situación y hacerse cargo del problema. La otra característica es que las emociones son extremas. Las personas nos caen bien o mal, ante ellas reaccionamos positiva o negativamente, con buena o mala química. Es más difícil decir de alguien que nos cae regular. Y es que las emociones son polares.

Un psiquiatra alemán de la primera mitad del siglo XX, Ernst Kretschmer, describió las dos reacciones extremas que se disparan en las situaciones de crisis. Las llamó “reflejo de inmovilización” y “tempestad de movimientos”, y en nuestra lengua López Ibor las denominó, muy acertadamente, “reacción de sobrecogimiento” y “reacción de sobresalto”. Ambas son inmaduras, inconscientes, irracionales. Pudimos ver ambas en la tragedia del 11 de septiembre. Hubo quien se quedó paralizado por el miedo y quien se tiró por la ventana. Lo sensato, lo racional, es controlar los primeros impulsos, no caer en la inhibición ni en la tempestad de movimientos y buscar la salida razonable y prudente al problema. Es lo más complicado, lo más difícil, aquello que requiere una mayor madurez psicológica y personal. A veces no da resultado, porque la cosa no tiene salida. Para tales situaciones reservamos el nombre de “tragedia”.

La actual crisis está propiciando reacciones, tanto de sobresalto como de sobrecogimiento, en muchos aspectos distintos. Uno de ellos es el de los valores. Para unos estamos ante una gravísima crisis de valores, y otros consideran que este es un problema económico, por tanto científico y técnico, que nada tiene que ver con los valores. Es probable que ambos anden cargados de razón, y más probable aún que ninguno la tenga del todo. Y surge la pregunta: ¿pero de qué valores estamos hablando? ¿Qué son los valores? Pero sobre esto, de modo sorprendente, se dice poco o nada. ¿Por qué no hacer de ello un tema de estudio y debate?

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Nueva promoción del Magíster de Bioética



El Master de Bioética es un título diseñado para cubrir las necesidades de los médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios y sociosanitarios en el campo de la bioética, dado que, entre otras cosas, tienen que formar parte de Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación.

El Título Propio de Magíster en Bioética, puesto en marcha por el Dr. Diego Gracia, viene desarrollándose desde el año 1988 en la Universidad Complutense de Madrid. A partir del curso 2002-03 se inició una nueva etapa, en la que el aprovechamiento de los recursos informáticos y telemáticos disponibles permitió una reducción de las actividades presenciales, sin por ello disminuir la calidad que le ha venido caracterizando desde sus mismos orígenes. Este formato semipresencial ha sido bien acogido y valorado por quienes lo han cursado.

Para facilitar el aporte personal de cada participante y para enriquecer el proceso de enseñanza y aprendizaje mediante la utilización de las nuevas tecnologías, parte del curso se desarrolla en forma de clases presenciales y parte en forma de trabajos a distancia. Esto facilita una mayor reflexión individual y al mismo tiempo permite el intercambio de los

conocimientos alcanzados a través de la participación en foros, tanto reales como virtuales.

El curso consta de diez módulos presenciales por cada uno de los dos cursos académicos. Los módulos primero y último de cada año tienen una duración mayor que los demás. Van de miércoles por la mañana a sábado a medio día. Los otros ocho módulos de cada curso duran día y medio, y cubren todo el viernes y el sábado por la mañana. Se imparten en la Facultad de Medicina.

En el curso 2012-13 comienza una nueva promoción del Magister, que durará hasta 2014. Se ofertan 35 plazas. [El plazo de preinscripción está abierto.](#)

Toda la información, y el formulario de inscripción, se encuentra en la página web de la Universidad Complutense de Madrid. En la sección de Títulos Propios.

<http://www.ucm.es>

Contacto:

Dr. Miguel Sánchez: migsan@med.ucm.es

Dra. Lydia Feito: lydia.feito@med.ucm.es

Primer año	Segundo año
1. Introducción a la Bioética	1. Introducción a la bioética clínica
2. Historia de la Bioética	2. Ética de la relación clínica
3. Éticas teónomas	3. Consentimiento informado y capacidad
4. Éticas naturalistas	4. Metodología y ética de la investigación clínica
5. Éticas emotivistas	5. Metodología y ética del ensayo clínico
6. Éticas de la autonomía	6. Problemas éticos del origen de la vida
7. El utilitarismo moral	7. El estatuto del embrión humano
8. Liberalismo y ética	8. Ética y medicina intensiva
9. Éticas comunitaristas	9. Ética y enfermedades terminales
10. Éticas de la responsabilidad	10. Presente y futuro de la Bioética

El Seminario de Investigación en Bioética es un espacio de deliberación en el que se exponen, analizan y debaten investigaciones y reflexiones de los miembros. *Bioética Complutense* recogió lo tratado en una de las sesiones del Seminario con la publicación del artículo **Corazón que no late; ¿Cerebro que no siente? La dificultad de determinar la muerte de los donantes de órganos** (publicado en *Bioética Complutense* nº10). Este artículo suscitó las réplicas de otros miembros del Seminario: Antonio Blanco y Teresa Parajón (publicadas en *Bioética Complutense* nº11). Ahora los autores responden de nuevo.

El debate bioético sobre la donación de órganos tras parada circulatoria: raíces de los desacuerdos

David Rodríguez-Arias (Instituto de Filosofía, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC)

Iván Ortega Deballon (Servicio de Emergencias Médicas de Madrid y Facultad de Enfermería de la Universidad de Alcalá de Henares)

Introducción

Según la Comisión Europea, más de 60.000 personas en Europa están esperando para ser trasplantadas¹, y cada día mueren 12 de esos pacientes en listas de espera.² La necesidad de atender a la urgencia creciente –muchas veces vital– de quienes se encuentran esperando un órgano explica el recurso a soluciones creativas para obtener órganos, y también parte de los retos éticos a los que se enfrenta la donación de órganos en la actualidad. Tales retos se caracterizan por la dificultad de encontrar compromisos aceptables entre la maximización del beneficio para los receptores y el respeto de ciertos valores ampliamente compartidos, como la seguridad y la integridad de los donantes, la veracidad, o el respeto a las decisiones individuales. (Veatch 2000; Rivera 2001; Richards 2012)

Cada país ha diseñado estrategias específicas para combatir el problema global de la escasez de órganos. España cuenta con una enorme reputación internacional por su capacidad demostrada para obtener y trasplantar órganos exitosamente. (Blanco 2012; Organización Nacional de Trasplantes 2012) Una de las estrategias en las que España ha sido pionera y ha basado su éxito es la donación en asistolia (DA); más concretamente los llamados “protocolos de donación en asistolia tras paro circulatorio no controlado” (también llamados “Maastricht II”). Estos protocolos se diferencian de los que tienen lugar tras parada circulatoria controlada (Maastricht III) (Kootstra, Daemen et al. 1995), en que los pacientes sufren un paro circulatorio inesperado, generalmente, fuera del hospital. Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y Holanda, entre otros países, tienen más experiencia en los protocolos de Maastricht III (intrahospitalarios, tras una decisión de limitación del esfuerzo terapéutico que provoca un paro circulatorio esperado), que en España ya han empezado a realizarse (Organización Nacional de Trasplantes 2012). Ambos tipos de protocolos plantean problemas éticos específicos (Zamperetti, Bellomo et al. 2003; Tortosa, Rodríguez-Arias et al. 2010; Joffe, Carcillo et al. 2011) sobre los que no podremos extendernos aquí. Desde los años 90 existe una amplísima literatura extranjera sobre los aspectos bioéticos de la donación en asistolia tras parada circulatoria controlada. (Arnold, Youngner et al. 1995) En cambio, puede decirse que todavía no se ha desarrollado un debate ético de equivalente amplitud sobre la donación tras parada circulatoria no controlada. Nuestro artículo publicado en el nº 10 de este Boletín de Bioética (Rodríguez-Arias and Ortega 2012) hacía alusión a dos aspectos controvertidos de los protocolos de DA tras parada circulatoria no controlada.

Por un lado, argumentamos que *algunos* de estos donantes podrían beneficiarse de ciertas medidas no convencionales de reanimación cardiopulmonar (RCP-NC) antes de que se abandone definitivamente la RCP y comiencen a ser manejados como donantes. En aquel artículo no

insinuamos que el propio proceso de la donación reste oportunidades de supervivencia a esos pacientes, sino solo que algunas oportunidades existen, y no se ofrecen.

Por otro lado, afirmamos que las medidas que actualmente se emplean con el propósito de la preservación de órganos en ese tipo de donantes pueden cumplir la función, no prevista ni buscada, de preservar o restablecer las funciones cardíaca y neurológica de esos individuos, como de hecho ha ocurrido. (Nau 2008; Mateos-Rodríguez, Pardillos-Ferrer et al. 2010)

La conclusión que se desprende de ambas afirmaciones es que *algunos* de esos donantes podrían no cumplir los criterios legalmente aceptados para el diagnóstico de muerte (ni el neurológico ni el cardiorrespiratorio). Concluimos además –coincidiendo con otros autores en este punto- que, en determinados casos, dependiendo del alcance del daño neurológico del donante, no se puede descartar que el individuo preserve cierta capacidad para experimentar alguna forma de sufrimiento durante el proceso. (Shemie, Baker et al. 2006; Bernat, Capron et al. 2010; Rodríguez-Arias, Smith et al. 2011) Esta posibilidad se elimina –o por lo menos se reduce al máximo- con la inserción de un globo que obtura la aorta a nivel supra-renal, y que impide que la sangre oxigenada fluya hasta el cerebro. Afirmamos, como ya han hecho otros autores, que esa práctica –que en sí misma no nos parece injustificable- puede no obstante considerarse una causa próxima de la muerte del donante. (Bernat, Capron et al. 2010; Joffe, Carcillo et al. 2011; Rodríguez-Arias, Smith et al. 2011; Wall, Kaufman et al. 2011) Nuestro artículo ha suscitado un importante debate en dos artículos publicados por Teresa Parajón y por Antonio Blanco en el nº 11 de este Boletín. (Blanco 2012; Parajón 2012)

Teresa Parajón argumenta, en primer lugar, que los protocolos estándar de reanimación cardiopulmonar (30 minutos de RCP avanzada, previos a la activación del protocolo de donación en asistolia extrahospitalaria) sí permiten establecer con una seguridad aceptable la irreversibilidad de la parada cardiocirculatoria. En segundo lugar, niega que “quepa la posibilidad de que el donante mantenga algún nivel de conciencia o experimente sufrimiento”, afirmación que, en su opinión “carece de rigor y contradice todos los datos empíricos y fisiológicos con que contamos”. (Parajón 2012: 12) Por último, ofrece un argumento de por qué la insuflación de un balón intravascular en el donante “no tiene como objetivo evitar la reperfusión cerebral ni niega retroactivamente la muerte” (ibid.), ni altera el diagnóstico ni el pronóstico del donante.

Por su parte, Antonio Blanco reconoce la validez de nuestras conclusiones pero duda que sea oportuno implementar de forma sistemática las medidas de reanimación no convencional, en particular en un contexto de crisis como la actual, por su cuestionable relación coste/beneficio. Advierte, más concretamente, que nuestra propuesta de extender el alcance de la RCP a medidas no convencionales de reanimación podría implicar la “aparición de casos de pacientes con severos daños neurológicos”. (Blanco 2012: 13)

Consideramos sumamente saludable que se publiquen opiniones divergentes sobre un tema tan controvertido como la donación en asistolia. Queremos agradecer a los autores por habernos proporcionado sus valiosos comentarios, y felicitar a la edición de este boletín por haber posibilitado la primera discusión propiamente bioética que se publica en España sobre este tema. Nos gustaría continuar enriqueciendo este debate a través de esta respuesta, con la que esperamos atender a las objeciones que nuestro artículo ha recibido.

¿Cuándo un individuo debería dejar de ser considerado paciente para comenzar a ser considerado donante?

España dispone de unos servicios de emergencias médicas que cuentan entre los mejores dotados del mundo. (Barroeta and Boada 2011) Han sido precisamente los recursos humanos y materiales disponibles en nuestras emergencias médicas extrahospitalarias los que ha posibilitado en este país –no así en otros- instaurar con éxito los protocolos de donación en asistolia extrahospitalaria.

(Barroeta and Boada 2011; Organización Nacional de Trasplantes 2012) Cuando se dan por concluidos los esfuerzos habituales de reanimación (genéricamente 30 minutos de RCP avanzada), si el individuo se considera un donante potencial de órganos, los integrantes de esos equipos siguen realizando maniobras en la víctima del paro circulatorio, pero ya no para tratar de reanimarla, sino para preservar sus órganos (cuya calidad se ve inminentemente amenazada por la ausencia de flujo sanguíneo). Sorprende que haya habido casos en los que, contra todo pronóstico, esas medidas empleadas sólo para la preservación de órganos hayan provocado una recuperación parcial o total de las funciones vitales de los algunos donantes. (Nau 2008; Mateos-Rodríguez, Pardillos-Ferrer et al. 2010) Desconocemos la incidencia total de estos casos. Analizaremos el alcance y las implicaciones que tienen más adelante. La pregunta inmediata que plantean es hasta qué punto habría tenido sentido haber continuado el esfuerzo de reanimar a esos pacientes, en lugar de haberse interrumpido tras los 30 minutos genéricos.

Las medidas de preservación (masaje torácico y asistencia ventilatoria en un primer momento, y circulación extracorpórea en el hospital) pueden parecerse –sin ser totalmente idénticas– a las que se emplearían con el objetivo de salvar vidas. Esto, y el hecho de que se lleven a cabo por los propios profesionales de los servicios de emergencia médica, explica que los familiares –cuando no se les informa del propósito de tales intervenciones– asuman que su ser querido sigue recibiendo una asistencia de tipo terapéutico después de esos 30 minutos y durante su traslado en una UVI móvil, terrestre o aérea, al hospital. El hecho de que el certificado de fallecimiento de los donantes no es firmado sino tras llegar al hospital, (aunque podría ser firmado en la calle, como ocurre con los individuos que no son donantes) puede explicar la ambigüedad del estatus en que se encuentran esos individuos desde que se abandonan los esfuerzos de reanimación en la calle hasta que se firma su certificado de defunción en el hospital.

Consecuencias derivadas de ser considerado, simultáneamente, paciente y potencial donante

Antes de que comenzaran los protocolos de donación en asistolia en España (en 1986 y, con mayor fuerza, en la década de los 90), (Organización Nacional de Trasplantes 2012) a todos los individuos con una parada cardiorrespiratoria no revertida al cabo de un mínimo de 30 minutos de RCP avanzada se les interrumpía esta y eran declarados muertos *in situ* por el médico del servicio de emergencias, para a continuación facilitar el inicio por la familia de los trámites oportunos y ritos funerarios. Esta práctica sigue siendo habitual, salvo para aquellos individuos que cumplen criterios de donación en asistolia extrahospitalaria. (Organización Nacional de Trasplantes 2012) En las regiones españolas donde hay hospitales que realizan estos protocolos (Madrid, Cataluña, Galicia, Andalucía, Castilla La Mancha y Comunidad Valenciana), a esos posibles donantes no se les declara legalmente fallecidos *in situ*, sino que se espera a hacerlo en el hospital. Durante el traslado, y hasta que se declara la muerte, ese individuo se encuentra en una suerte de limbo legal. No se puede decir que sea un paciente, pues las medidas de preservación (compresiones torácicas y ventilación asistida) se realizan con el propósito de preservar sus órganos. (Organización Nacional de Trasplantes 2012) Pero tampoco es un cadáver, pues no se ha certificado legalmente su fallecimiento. Está en una UVI móvil terrestre o aérea, pero ya se ha contactado con el equipo de coordinación de trasplantes del hospital antes de iniciar el traslado, alertándoles de la existencia de un candidato para donación. De hecho, la consideración del individuo como potencial donante hace que el destino del traslado no sea el hospital que correspondería al individuo por domicilio o por patología, sino aquel que tenga programa de DA implantado. (Ortega 2002)

Puesto que tras los 30 minutos preceptivos de RCP avanzada no se trata ya de salvar la vida de ese individuo, sino sólo de preservar sus órganos en las mejores condiciones posibles para un posible receptor, la expresión más adecuada para referirse a esas maniobras no es “reanimación cardiopulmonar básica” (Parajón), sino “preservación de los órganos”. (Organización Nacional de Trasplantes 2012) Si, en efecto, el propósito fuese (todavía) salvar la vida del paciente/donante, no tendría sentido que se dejen de buscar las posibles causas reversibles de la parada circulatoria (la llamada “regla de las 4 Hs y 4 Ts”³) (Nolan, Soar et al. 2010; Vanden Hoek, Morrison et al. 2010), ni que se suspenda la administración de drogas vasoactivas (adrenalina) –indicada en las

maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada cada 3-5 minutos (ref ILCOR 2010)- y de fluidos (sueroterapia). (Organización Nacional de Trasplantes 2012) Tampoco se entiende por qué deberían beneficiarse de esa supuesta “RCP básica” solo los individuos que cumplen los criterios de inclusión en los protocolos de DA. La elección de los términos en este caso no es en absoluto banal, pues permite disolver la ambigüedad del estatus vital (vivo/muerto) en el que se encuentran esos individuos (¿pacientes o donantes?) desde que se abandona la RCP avanzada en la calle (o en el domicilio) hasta que se certifica el fallecimiento en el hospital. ¿Por qué los potenciales donantes no son declarados fallecidos, pudiendo serlo, si ya se ha decidido que los esfuerzos de reanimación son fútiles?

No declarar inmediatamente la muerte de los potenciales donantes no se debe a razones logísticas (falta de personal cualificado para certificar el fallecimiento) ni técnicas (falta de elementos para el diagnóstico), sino a motivos estratégicos. Por un lado, se ha afirmado que declarar el fallecimiento antes del traslado al hospital obligaría a afrontar con los familiares, en circunstancias poco idóneas, una conversación apresurada acerca de la donación, lo que podría redundar en un porcentaje mayor de negativas familiares.⁴ (Pernick 1999; Tenaillon 2009; Organización Nacional de Trasplantes 2012) Por otro lado, trasladar un cadáver en una ambulancia podría contravenir la normativa vigente de policía mortuoria (arts 29 y 41 del *Decreto 2263/1974, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria*). (Organización Nacional de Trasplantes 2012) Puesto que la función de los vehículos de emergencias –ambulancia o helicóptero- es trasladar a *pacientes* –no cadáveres- en las mejores condiciones a un centro hospitalario, el empleo de esos medios públicos para una finalidad distinta a aquella para la que han sido concebidos podría constituir una causa suficiente y objetivable de responsabilidad patrimonial. (art 106.2 CE y art 139.1 LRJ-PAC)

Algunos autores, han considerado problemático el traslado al hospital de un donante sin que medie una información veraz (Ortega 2002) y el consentimiento previo de sus allegados, (Wall et al 2011) pues ese procedimiento puede obstaculizar el duelo de la familia. (Michael and Jesus 2012) Un último aspecto que creemos debatible de esta práctica es que requiere el uso de unos medios caros y escasos, e implica un posible coste de oportunidad (al no poderse emplear esos medios, durante ese tiempo, para fines terapéuticos de emergencias).⁵ (Ortega-Deballon 2012)

Algunos donantes potenciales sobreviven, pero la mayoría no: futilidad de la RCP y el riesgo de la obstinación terapéutica

A pesar de que es evidente que las medidas de preservación no coinciden, ni en los objetivos ni en los procedimientos, con aquellas que se deberían usar para revertir un paro circulatorio, se han dado casos en los que el donante potencial ha llegado vivo al hospital; algunos incluso han sido dados de alta, sin secuelas neurológicas, días más tarde. Desgraciadamente, se dispone de muy poca información sobre la incidencia de estos casos. Mateos-Rodríguez y colaboradores afirman que, de 31 individuos trasladados en 2009 por su servicio de emergencias con compresiones torácicas, como parte del protocolo de donación, hubo tres que recuperaron una circulación espontánea antes de su llegada al hospital, y uno de esos pacientes tuvo una “buena recuperación con función neurológica”. (Mateos-Rodríguez, Pardillos-Ferrer et al. 2010) La ocurrencia de estos casos puede deberse a que las medidas de preservación (el compresor torácico automático y la ventilación) simulan una RCP de altísima calidad. (Ortega 2002)⁶ Mateos-Rodríguez y colaboradores concluyen que, “si esos individuos no hubieran sido incluidos en el protocolo de donación en asistolia, la reanimación se habría interrumpido tras 30 minutos y los pacientes no habrían sobrevivido”. (Mateos-Rodríguez, Pardillos-Ferrer et al. 2010: 908) Esta razonable deducción suscita, al mismo tiempo, las siguientes dudas: ¿Habrían tenido esos pacientes una mejor recuperación si no hubiera cesado en ningún momento la reanimación (replantando los objetivos y poniendo la logística a disposición de intentar revertir la parada cardíaca del paciente) durante su traslado al hospital, es decir, si se hubiera seguido haciendo en todo momento lo posible para preservar sus funciones vitales –y no solo sus órganos? ¿Es concebible que otros pacientes que acabaron siendo donantes hubieran podido beneficiarse de tales medidas?

Los avances en la medicina ofrecen nuevas posibilidades para revertir circunstancias hasta hace poco irreversibles. La escalada procedimental y terapéutica es potencialmente ilimitada, por lo que es necesario ponerle algún límite. Unos casos de éxito no justifican una política sanitaria que exija esfuerzos maximalistas, sistemáticos, y no razonables, para reanimar a todas las víctimas de una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. (Blanco 2012) Esto es fundamental. De igual modo que los profesionales en cuidados críticos han conseguido ir desterrando poco a poco el mito de que salvar vidas a toda costa es el único objetivo de su profesión (Rodríguez-Arias 2005), también los profesionales de emergencias saben que la muerte de algunos de sus pacientes no necesariamente implica un fracaso profesional. (Ortega 2002) Hay pacientes a los que ninguna alternativa terapéutica puede ni debe ofrecerse. (Comité Ética SEMICYUC 2009) La calidad de vida y la justicia distributiva, por dificultoso que resulte definir tales conceptos, son criterios a tener en cuenta y pueden justificar una limitación del esfuerzo terapéutico. (Blanco 2012)

Cuando un individuo sufre una parada cardiorrespiratoria está en riesgo de sufrir, como mínimo, un daño neurológico de importancia variable, pero que puede llegar a ser total (muerte encefálica). El alcance de ese daño y la rapidez con que sobreviene dependen de factores tan heterogéneos como la causa y el tipo de la parada, su estado de salud previo, el tiempo de respuesta del equipo de emergencias, la calidad de la reanimación brindada, la edad del paciente o la temperatura ambiental y corporal. No es fácil adivinar de antemano qué pacientes podrían recuperarse y cuáles no. En nuestra opinión, cuando se sabe que no existe posibilidad de recuperar la conciencia (o tal posibilidad es tan remota que es despreciable) continuar la reanimación puede ser éticamente menos justificable que dejar morir a ese paciente. (Ortega 2002; Rodríguez-Arias 2005) Pero hay evidencias crecientes de que algunos pacientes sí podrían verse beneficiados de esos procedimientos. . (Lederer, Lichtenberger et al. 2004; Bottiger, Arntz et al. 2008; Eisenburger, Havel et al. 2008; Nagao, Kikushima et al. 2010; Wagner, Terkelsen et al. 2010; Bonnemeier, Simonis et al. 2011; Lebreton, Pozzi et al. 2011) Para discernir qué pacientes deberían ser candidatos a una RCP-NC de aquellos que deberían ser considerados candidatos a la donación, hemos sugerido la necesidad de disponer de un modelo predictivo que establezca el perfil de pacientes que se beneficiarían de estas técnicas.(Rodríguez-Arias and Deballon 2012)

El significado de *irreversible*

La muerte circulatoria está definida en la legislación española como el “cese inequívoco e irreversible de la función circulatoria”.

Un fenómeno irreversible es aquel que no puede volver a un estado o condición anterior. Contrasta este concepto con el adjetivo –más débil- de “permanente”. Una pérdida permanente de la función cardíaca no es aquella que no puede revertirse, sino aquella que no va a revertirse. Por ejemplo, porque se haya tomado una decisión consensuada de no revertir ese estado. Si una persona se acaba de caer de un barco al mar durante una tempestad y ningún tripulante sabe nadar, probablemente sería poco sensato lanzarse al agua para salvarla. Sin embargo, decir que esa persona ya ha muerto porque no se va a hacer nada por salvarla es claramente insostenible. Si una condición de hecho, no es revertida, entonces es permanente; pero si esa condición no podría nunca revertirse, entonces es irreversible. Que sea poco oportuno o incluso éticamente injustificable revertir una parada cardíaca, no implica que esa parada sea irreversible ni, por tanto, siguiendo la definición legal de la muerte, que esté muerta. (Marquis 2010; Joffe, Carcillo et al. 2011)

Para facilitar la implementación de los protocolos de DA controlada (Maastricht III) varios autores han propuesto sustituir el concepto de “pérdida irreversible” por el de “pérdida permanente” de la función circulatoria. James Bernat –neurólogo y defensor de la donación en asistolia controlada- cree que la noción de cese irreversible puede ser válidamente sustituida por la de cese permanente (Bernat de 2010). Según él, la exigencia de irreversibilidad no es que la función circulatoria no pudiera ser restaurada por nadie bajo ninguna circunstancia y en cualquier momento, ni siquiera una interpretación más débil –que la función circulatoria no pudiera ser restaurada por los profesionales presentes en este momento y con los medios disponibles en ese lugar en concreto- sino la interpretación más débil posible de permanencia: la función circulatoria

no se restaurará porque se ha tomado una decisión moralmente justificable de no revertir un estado potencialmente reversible. Jerry Menikoff, en cambio, ha expresado la sospecha de que el motivo para abandonar el concepto clásico de irreversibilidad en favor del de permanencia es que el tiempo exigido para poder confirmar la irreversibilidad en sentido estricto sería excesivamente dilatado y podría poner en peligro la viabilidad de los órganos. (Menikoff 1998, 158). ¿Es esta interpretación más débil de irreversibilidad, científica y éticamente aceptable para determinar el fallecimiento de un individuo?

Cuando alguien tiene un paro circulatorio como consecuencia de una limitación del esfuerzo terapéutico, esa decisión de limitación puede ser absolutamente justificable, pero eso no hace que la parada sea irreversible ni, por lo tanto, que el paciente esté ya muerto. El paciente se va a morir pronto, pero no está muerto *ya*, pues su parada es permanente, pero no irreversible. (Cole 1992; Youngner, Arnold et al. 1999; Bernat 2004; Veatch 2008; Bernat 2010; Bernat, Capron et al. 2010; Marquis 2010). Un paciente no puede considerarse fallecido cuando el tiempo transcurrido desde la parada circulatoria no es suficiente para garantizar que esa parada es, efectivamente, irreversible. Desde un punto de vista pragmático, podría decirse que estas disquisiciones son totalmente irrelevantes para la donación en asistolia más frecuentemente realizada en España (Maastricht II), puesto que en estos casos (a diferencia de los protocolos de Maastricht III) no hay una limitación del esfuerzo terapéutico. Que tal limitación no exista nos parece más que discutible en aquellos casos en los que no se ofrecen medidas disponibles de reanimación cardiopulmonar, que a pesar de no ser convencionales, sí son terapéuticas.

Las personas que sufren un paro circulatorio y no llegan a recibir ninguna RCP acaban padeciendo, en un periodo corto, aunque indeterminado, de tiempo una muerte encefálica que impide la restitución de cualquier función orgánica significativa. (Gardiner, Shemie et al. 2012) Sin embargo, esto es precisamente lo que no ocurre en el contexto de la donación en asistolia no controlada, pues la RCP en primer término, y las medidas de preservación de órganos en segundo lugar, obstaculizan el progreso natural de la parada circulatoria en parada circulatoria irreversible (Hornby, Hornby et al. 2010) y en muerte encefálica. (Bernat, Capron et al. 2010)

Se sabe que la probabilidad de recirculación espontánea tras paro circulatorio depende de que el paciente haya sido o no objeto de una reanimación cardiopulmonar y de la calidad de esta. Esto es relevante para valorar, de forma específica, la posible reversibilidad de la función circulatoria en los dos tipos de donación en asistolia.⁷ En una revisión sistemática de la literatura sobre este tema, Hornby y sus colegas concluyen que "no se encontraron estudios que informaran sobre la aparición de la autoresucitación en ausencia de RCP", pero que se ha descrito que ocurra "desde unos pocos segundos hasta 33 minutos tras interrumpir una RCP infructuosa" (Hornby et al. 2010, 1248). De esto se sigue que la probabilidad de una recuperación espontánea del pulso es mayor y tarda más en poderse descartar en los protocolos de donación en asistolia no controlados que en los controlados (Hornby et al. 2010). El concepto común de irreversibilidad sugiere que si un organismo deja de funcionar pero su función puede ser restituida mediante un dispositivo que poseemos pero decidimos no emplear, no se pueda hablar de irreversibilidad, ni por tanto de muerte (McMahan 2006). El uso de la noción de permanencia como sustituto de la de irreversibilidad tiene otro inconveniente teórico y práctico. Generalmente se asume que la muerte es un estado de cosas, no una valoración sujeta al modo en que creemos o no oportuno tratar a un individuo. Si aceptamos—como parecen hacer las legislaciones de casi todo el mundo, incluida la española— que la muerte es un hecho objetivo determinable por expertos (médicos) y no una construcción social sujeta a decisiones morales, entonces el hecho de que una intervención potencialmente salvadora sea moralmente inaceptable no puede contar como un tipo apropiado de justificación para determinar que alguien ha muerto. Marquis ha argumentado de forma convincente que el uso de "permanencia" como sustituto de "irreversibilidad" —como Bernat y sus colegas proponen— conduce a perplejidades insuperables en la práctica. Mientras que "irreversible" se aplica a fenómenos absolutamente inalterables (por ejemplo, la muerte), "permanente" es una propiedad contingente dependiente de factores contextuales como la disponibilidad de recursos humanos, la intención de revertir una situación, o, como sucede en la DA controlada, de una moral existente de acuerdo con la cual no se debe intentar reanimar a estos pacientes (Marquis 2010). Una de las consecuencias de permitir que los argumentos morales determinen el diagnóstico clínico de muerte es que dos personas que comparten una

idéntica condición médica podrían encontrarse en diferentes estados vitales de acuerdo a las intenciones de sus médicos o la contingencia de un consenso moral dominante. Otra cuestión asombrosa resultante de haber aceptado que la pérdida permanente de la función circulatoria sea un sustituto de la pérdida irreversible, es que los pacientes declarados muertos por criterios de muerte cardíaca después de 75 segundos de paro cardiocirculatorio han sido capaces de ser donantes de corazón (*sic*). (Boucek et al. 2008) Robert Veatch ha calificado irónicamente estos casos con la expresión "revertir lo irreversible". (Veatch 2008: 672) Más allá de estos debates, que no por ser conceptuales carecen de implicaciones prácticas, si durante un protocolo de donación en asistolia el paciente recupera su pulso, ese hecho prueba en sí mismo que la parada en ningún momento debió calificarse como irreversible (ni el paciente, por tanto, fallecido por criterio circulatorio).

Insistimos en que no sería justificable, ni siquiera posible, reanimar indiscriminadamente y de forma maximalista a todos los pacientes "a expensas de lo que pueda pasar". Rechazamos clara y abiertamente la oportunidad de tal proceder. Sin embargo, tampoco es deseable que ciertos pacientes estén perdiendo posibilidades reales de supervivencia con calidad de vida, si los medios humanos y técnicos y los conocimientos médicos para lograrlo existen. Se impone, por tanto, la necesidad de desarrollar un modelo predictivo con el que seleccionar, entre los diferentes pacientes que tienen parada cardíaca extrahospitalaria, sólo a aquellos más susceptibles de beneficiarse individualmente de una RCP no convencional.

Hacia un uso adecuado y sostenible de las medidas no convencionales de reanimación cardiopulmonar

Varios estudios recientes demuestran porcentajes nada despreciables (y muy superiores en cualquier caso a los tradicionales) de supervivencia con calidad de vida en pacientes seleccionados cuyo perfil y etiología indicaban llevar a cabo una reanimación cardiopulmonar no convencional (RCP NC). (Lederer, Lichtenberger et al. 2004; Bottiger, Arntz et al. 2008; Eisenburger, Havel et al. 2008; Nagao, Kikushima et al. 2010; Wagner, Terkelsen et al. 2010; Lebreton, Pozzi et al. 2011) Se sabe, por ejemplo, que alrededor del 70 % de los paros cardíacos extrahospitalarios podría beneficiarse de un cateterismo cardíaco de emergencia por ser la causa de la misma una enfermedad coronaria. Asimismo, se ha demostrado que el 54 % de aquellas paradas cuyo desencadenante no fue una enfermedad coronaria, también se beneficiarían de esta técnica si se les brindase a esos pacientes tal intervención a su llegada al hospital. (Dumas, Cariou et al. 2010). Aunque Dumas et al incluyeron en su larga serie sólo a pacientes que recuperaron pulso tras la RCP, sin embargo Bonnemeier et al han obtenido supervivencias cercanas al 50% con CPC1-2 (ninguna secuela neurológica o secuelas neurológicas menores) en pacientes seleccionados con criterios de edad muy extensos, de hasta 81 años. (Bonnemeier, Simonis et al. 2011)

Las decisiones sobre reanimación en emergencia extrahospitalaria –como en cualquier otro servicio- deben considerar las mejores evidencias disponibles. Actualmente, se realizan ya en diferentes países técnicas de RCP NC como la trombólisis durante la RCP, la coronariografía de emergencia durante la RCP, soporte vital con dispositivos extracorpóreos (ECMO), la hipotermia terapéutica o la combinación de varias de ellas. (Lederer, Lichtenberger et al. 2004; Bottiger, Arntz et al. 2008; Eisenburger, Havel et al. 2008; Nagao, Kikushima et al. 2010; Wagner, Terkelsen et al. 2010; Bonnemeier, Simonis et al. 2011; Lebreton, Pozzi et al. 2011) En España, no está protocolizado actualmente que ningún potencial donante de órganos reciba esas intervenciones, a pesar de que *algunos de ellos* podrían beneficiarse de ellas.

Están, del mismo modo, identificadas las causas potencialmente reversibles de las PCR (la ya nombrada regla de las 4 "H" y las 4 "T" (Causas potencialmente reversibles de PCR), así como el perfil de pacientes que se beneficiarían, por su patología o por el tipo de evento sufrido, de este tipo de RCP NC.

Un balance coste-beneficio positivo podría obtenerse si los profesionales de emergencias seleccionaran entre todos esos individuos (de acuerdo a la etiología de la parada cardíaca, la

situación clínica y los antecedentes), aquellos que deben ser tratados como pacientes y cuáles como candidatos a la donación. (Melot, Baud et al. 2007; Serrano Moraza, del Nogal Sáez et al. 2011; Bellezzo, Shinar et al. 2012; Dumas and Rea 2012; Nielsen 2012; Rodríguez-Arias and Deballon 2012) Coincidimos con Corsiglia en que los programas de reanimación cardiopulmonar no convencional y los protocolos de donación en asistolia pueden y deben coexistir; no siendo en absoluto excluyentes, sino complementarios. (Corsiglia 2007; Deballon, Vailhen et al. 2012; Rodríguez-Arias and Deballon 2012) La donación debe supeditarse al fracaso de la mejor reanimación disponible para cada paciente específico. Solo una vez que se haya intentado, sin éxito, todo esfuerzo disponible que sea tanto científicamente indicado como éticamente justificable, debería plantearse considerar a una víctima de parada cardíaca extrahospitalaria como potencial donante de órganos, con el objetivo socialmente deseable de dar vida más allá de una muerte inevitable. Si se sigue, pues, el brazo del protocolo de donación a corazón parado que proponemos (ver *infra*, figura 1), la preservación de esos órganos se haría también con unos criterios de calidad excelente, ya que los medios técnicos puestos a disposición y la logística del programa funcionarían contrarreloj, reduciendo al máximo el tiempo de isquemia caliente de los órganos, cuyo efecto se ha probado deletéreo de cara a la calidad y eficacia del injerto en el receptor final del órgano. Si, además, se utiliza un recurso móvil no perteneciente al servicio de emergencias y, de este modo, no restado del operativo asistencial (como se decidió en el protocolo de la ciudad de Nueva York (Wall, Kaufman et al 2011) y se informa de modo veraz y transparente a la familia del motivo del traslado de la víctima, conforme exigen la deontología y la normativa vigente, se resolverían, a nuestro entender, buena parte de los debates éticos, legales y gestores aquí identificados.

Los criterios para discriminar, de entre las víctimas de PCR, a pacientes de potenciales donantes deben ser claros, transparentes, éticamente consensuados, y basados en la evidencia actualizada. Proponemos, por lo tanto, en la figura 1 un protocolo que incluye la opción de una RCP NC que mejore las posibilidades de supervivencia en pacientes seleccionados víctimas de parada cardiorespiratoria inesperada, sin restar con ello potenciales candidatos para la donación a corazón parado, excepto aquellos que a partir de ahora se recuperarían. Este protocolo propuesto es conforme a los conocimientos y evidencias más actuales, y sólo requiere medios técnicos y humanos ya disponibles. Pretende establecer las prioridades gestoras y asistenciales que han de regir a todo servicio de emergencias médicas: en primer lugar, salvar la vida de pacientes críticos, persiguiendo la recuperación de estos sin secuelas; en segundo lugar, y sólo cuando lo anterior no es posible, dar vida, con calidad de vida, a los receptores de órganos. (Ortega, Rodríguez-Arias et al. 2012).

No subordinar la donación al fracaso del mejor estándar de reanimación disponible plantea el riesgo de considerar como donantes a algunos pacientes que no sólo no están muertos (al no presentar una condición que sea *irreversible*), sino que podrían contar con oportunidades de recuperación con calidad de vida si se les ofrecieran medios técnicos y asistenciales que no distan de los que precisa el proceso de preservación y donación. (Bracco, Noiseux et al. 2007; Corsiglia 2007; Doig and Zygun 2008; Deballon, Rodríguez-Arias et al. 2012; Ortega, Rodríguez-Arias et al. 2012) Recurrir a la donación cuando todavía existe una indicación para llevar a cabo una RCP no convencional plantea el problema legal de estar tratando como donante de órganos a alguien de quien no puede decirse que ha fallecido. (Bracco, Noiseux et al. 2007) La situación actual ha dado lugar a casos de pacientes prematuramente tratados como donantes, que recuperaron total o parcialmente sus funciones vitales. Es razonable prever que seguirán dándose casos de este tipo si no se introducen cambios en el sentido de lo que proponemos. Por otro lado, seguirá estando justificado sospechar que otros pacientes y donantes habrían podido recuperar una vida con calidad de vida en caso de haberse hecho más por tratar las causas de su parada y por preservar sus funciones neurológicas, y no sólo sus órganos. (Bracco, Noiseux et al. 2007; Corsiglia 2007; Doig and Zygun 2008)

Nos parece sumamente preocupante el riesgo, advertido por Antonio Blanco, de que, como resultado de aplicar las medidas no convencionales de RCP, algunos pacientes acaben recuperando las funciones circulatorias pero con importantes secuelas neurológicas.

Opciones de manejo de las víctimas de parada cardíaca inesperada

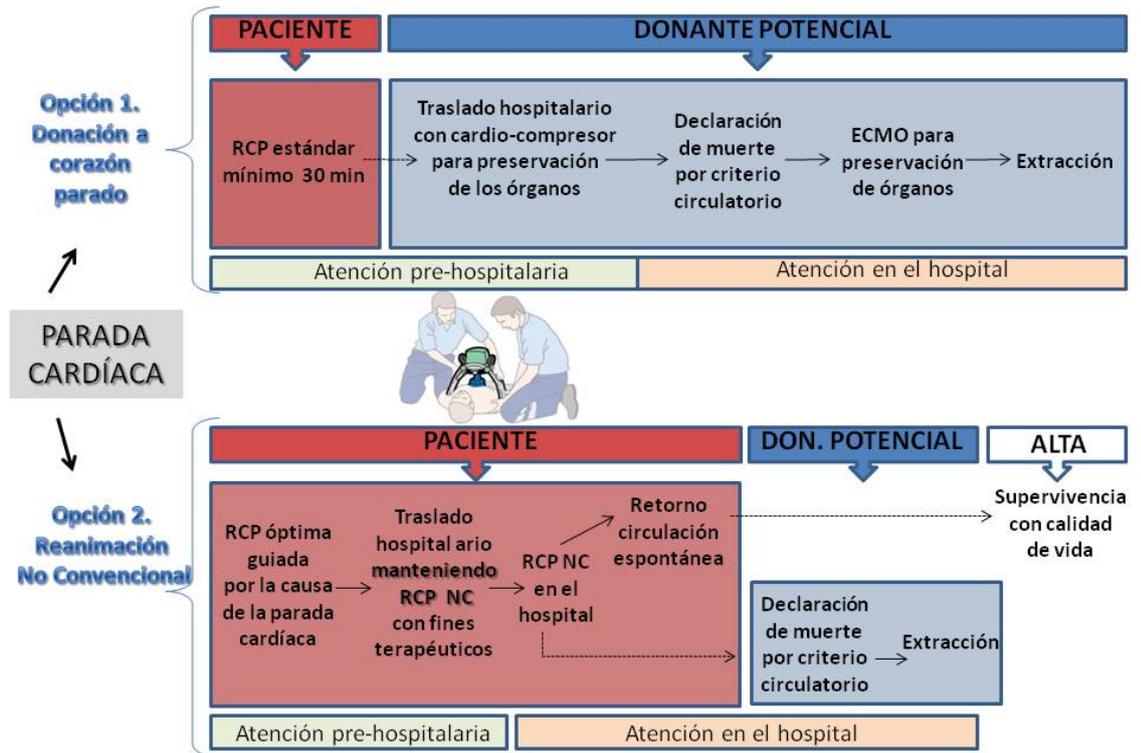


Figura 1. Opciones de Manejo de las víctimas de parada cardíaca inesperada: RCP estándar vs RCP no convencional

Consideramos que esta es la objeción más importante a nuestra propuesta, y no queremos restarle un ápice de importancia. A pesar de ello cabe recordar, por un lado, que ese riesgo no es específico de nuestra propuesta, pues a él se enfrenta toda RCP, sin que por ello dejemos de valorar su potencial de salvar vidas al realizarla en los pacientes a los que, conforme a criterios científicos y éticos, se les debe proporcionar. Los servicios de emergencias y de cuidados críticos que reciben a estos pacientes ya disponen de protocolos consensuados de abstención o limitación del esfuerzo terapéutico en caso de futilidad (Truog, Campbell et al. 2008; Nolan, Soar et al. 2010; Vanden Hoek, Morrison et al. 2010)⁸ basados en estándares científicos, éticos (por ejemplo, la necesidad de que la toma de decisiones sea colegial, que se tengan en cuenta las instrucciones previas, si existen, y las decisiones familiares) y respetuosos con lo establecido por la ley. (Ley 41/2002; Ley 2/2010) Es preciso señalar, por otro lado, que quienes han participado desde hace años en el proceso de donación tras muerte cerebral en nuestro país están familiarizados con el riesgo de crear situaciones de coma vegetativo. Durante años, se ha considerado justificable el mantenimiento en ventilación mecánica de aquellos pacientes con un daño neurológico muy importante, pero no total, con posibilidad de progresar a muerte encefálica (con un pronóstico de “enclavamiento”) a pesar de reconocerse el riesgo de que algunos de esos pacientes podrían sobrevivir con un daño neurológico crónico (estado vegetativo persistente) (Rodríguez-Arias, Wright et al. 2010).⁹ Previsiblemente, si uno considera poco aceptable correr el riesgo de provocar un estado vegetativo al tratar de salvarle la vida a un paciente mediante una RCP no convencional, debería tener más escrúpulos para correr ese mismo riesgo al realizar intervenciones cuyo único propósito es obtener órganos trasplantables.¹⁰

Estas objeciones no obstan para que el riesgo de una mayor incidencia de secuelas neurológicas sea real y limite el valor de nuestra propuesta. Creemos que no lo anula totalmente, pues la alternativa actual –dejar morir a pacientes que tal vez podrían recuperarse sin secuelas neurológicas de su paro circulatorio- no es necesariamente preferible. Creemos que en esta clase de debates sobre el coste-beneficio de un protocolo, ninguna opinión particular o profesional puede ser conclusiva. Se trata de elecciones sobre los fines de la medicina en un contexto de recursos limitados. A propósito de tales decisiones, la sociedad en su conjunto debería poderse pronunciar. Nuestra propuesta, si se basa en un modelo predictivo, reduciría al máximo el riesgo aludido, aunque no la eliminaría por completo.

¿Cuál es el estado neurológico de los donantes en asistolia no controlada?

Teresa Parajón considera infundada nuestra advertencia de que algunos donantes en asistolia podrían conservar alguna posibilidad de experimentar sufrimiento como resultado del uso de la recirculación normotérmica con fines de preservación. Este riesgo, sobre cuya existencia coincide el grupo de expertos designados por la Health Resources and Services Administration estadounidense, incluido el propio Bernat (Bernat, Capron et al. 2010), tiene su origen en el hecho de que la muerte cerebral y la muerte circulatoria no necesariamente se coimplican; una no conduce de forma *necesaria* a la otra. (Rodríguez-Arias, Tortosa et al. 2011; Gardiner, Shemie et al. 2012) Esto genera la posibilidad de que los cerebros de los donantes que cumplen los criterios legales de muerte circulatoria no se encuentren total e irreversiblemente destruidos durante el proceso de la donación en asistolia. La falta de unidad entre las nociones de muerte encefálica y muerte cardiocirculatoria está a la base de este problema con importantes implicaciones prácticas. Para empezar, ni siquiera hay unidad en el diagnóstico de ambas condiciones: las pruebas instrumentales requeridas para la determinación de la muerte cerebral no se exigen legalmente, ni se practican, en la donación en asistolia, toda vez que la pérdida irreversible de las funciones circulatorias se considera legalmente un criterio *suficiente* para determinar la muerte. En la donación en asistolia se realiza una exploración clínica del estado neurológico de esos donantes, que como tal es menos exhaustivo que el de la muerte encefálica, en el que se requieren pruebas instrumentales confirmatorias. (Real Decreto 2070/1999)

Existen dudas sobre si los periodos de espera de los actuales protocolos de donación en asistolia son suficientes para poder asegurarse de que ha tenido lugar una pérdida total de las funciones cerebrales –esto es, si la pérdida de esas funciones es realmente irreversible– especialmente debido a que puede diagnosticarse la DCD en ausencia de lesión cerebral previa (Menikoff 1998). En ambos protocolos de DCD, se asume que, en el periodo entre el cese de la función circulatoria y la determinación de la muerte, se produce la pérdida también irreversible de todas las funciones cerebrales (Capron, 1999). Estos protocolos no violarían la regla del donante fallecido (*Dead Donor Rule*) si la pérdida de circulación se tradujera en la pérdida irreversible de la función cerebral. De hecho, esto es lo que ocurre (si bien no inmediatamente) cuando no se lleva a cabo ningún intento de restablecer la actividad cardíaca o la circulación (Bernat de 2010). Ahora bien, la actividad cerebral puede ser restaurada si el empleo de medios adecuados es iniciado. ¿Cuánto tiempo como máximo puede pasar desde que el cerebro deja de recibir sangre oxigenada hasta que se vuelva a reanudar el flujo sanguíneo sin que se pierdan las funciones neurológicas responsables de la conciencia y la cognición? Lamentablemente, esta pregunta crucial todavía no tiene respuesta (Gardiner, Shemie et al 2012 BJA). La única evidencia empírica que se posee al respecto procede de modelos animales. Tales estudios indican la posibilidad de éxito en la restauración de la función cerebral normal hasta 11 minutos después del paro circulatorio (DeVita, 2001). El uso de la ECMO en estos protocolos puede cumplir la función, no buscada, de restaurar cierta función cerebral en el donante restableciendo el flujo sanguíneo al cerebro después de que el individuo haya sido ya declarado muerto por criterio circulatorio (Shemie 2007). Bernat y sus colegas han reconocido este problema cuando señalan:

El uso de ECMO en el donante [DCD] crea un problema con la determinación de la muerte con carácter retroactivo, ya que anula la justificación fisiológica para declarar el [DCD] donante cadáver. Al permitir la perfusión del cerebro y de ese modo prevenir su destrucción, interrumpe la progresión de otro modo inevitable de la pérdida permanente de la circulación y la respiración de manera irreversible. La restauración de la circulación cerebral además plantea la posibilidad de cierta capacidad de conciencia conservada en los donantes y el consiguiente potencial para experimentar sufrimiento. (Bernat et al. 2010, 967)

La doctora Parajón parece coincidir con estos autores cuando afirma que “La causa de que la parada cardiocirculatoria irreversible sea un criterio de muerte es que conduce a la destrucción cerebral”. Según esta afirmación, la única muerte verdadera sería la cerebral, siendo la pérdida de la función circulatoria un mero indicador de la muerte, en virtud de su supuesta vinculación

necesaria con la pérdida de las funciones cerebrales. Pero esa vinculación, precisamente, no es necesaria, sino sujeta a la contingencia de que se vaya a realizar o no un masaje cardíaco o instaurar una circulación extracorpórea. La mayor importancia concedida a las funciones cerebrales sobre las circulatorias podría explicar también las reticencias que expresan muchos profesionales sanitarios con respecto a los protocolos de donación en asistolia, (mayores que las que expresan con respecto a los protocolos de donación tras muerte encefálica) (Rodríguez-Arias, Tortosa et al. 2011).

Si la muerte circulatoria y la cerebral no están *necesariamente, sino solo contingentemente, vinculadas* (el cerebro puede seguir funcionando a pesar de que el corazón haya dejado irreversiblemente de latir espontáneamente), la pérdida de la circulación no *siempre* es un buen sustituto o indicador de la muerte encefálica.¹¹ Que la parada circulatoria conduzca necesariamente y en un período corto de tiempo a la destrucción cerebral es sólo cierto cuando los individuos que padecen una parada cardíaca no son reanimados. Una vez que se abandona la RCP y se deja de intervenir sobre ese individuo, en principio nada impide que el cese del flujo sanguíneo al cerebro acabe produciendo una anoxia masiva, causando la muerte encefálica. Por eso, el criterio circulatorio sigue siendo válido en la mayoría de las muertes. No en los potenciales donantes de órganos, que siguen recibiendo intervenciones que, pese a estar diseñadas para preservar sus órganos, son susceptibles de mantener el flujo de sangre oxigenada al cerebro. Los protocolos de donación en asistolia han puesto en tela de juicio la asunción tradicional de que la muerte es un concepto unificado y que los dos criterios para el diagnóstico de la muerte son intercambiables. (Rodríguez-Arias, Smith et al. 2011)

En nuestro artículo inicial en este Boletín explicamos que, para evitar la posibilidad de restituir las funciones cerebrales en alguien ya declarado muerto, se suelen tomar medidas para bloquear la aorta, restringiendo la perfusión a los órganos y excluyendo de la misma al cerebro (Bernat et al 2010; Shemie 2007, Wall et al 2011). Teresa Parajón ofrece una razonada objeción a nuestro argumento. Esas medidas se emplean pero, según la autora, su verdadero propósito sería “limitar a los órganos abdominales el trabajo de preservación de órganos que realiza la máquina de circulación extracorpórea.” Esto último lo fundamenta señalando que, cuando se utiliza la técnica de perfusión fría in-situ, (que no podría tener como efecto posible una recuperación neurológica puesto que lo que se circula no es sangre, sino un líquido de preservación), también se obstruye la aorta. Concedemos a la autora que no nos corresponde a nosotros atribuir una intención particular a los ejecutores de un procedimiento que puede cumplir más de una finalidad. En realidad, los más capacitados para pronunciarse al respecto son los propios promotores del protocolo. En el documento de consenso sobre donación en asistolia publicado por la Organización Nacional de Trasplantes en 2012 se afirma en una ocasión: “Debe insertarse además un catéter con balón a nivel de la aorta torácica descendente, para evitar la perfusión coronaria y cerebral, y una hipotética recuperación de la actividad cardíaca y cerebral”. Coincide por tanto esta afirmación con la opinión de los expertos extranjeros que recomiendan la inserción de ese catéter para evitar el flujo cerebral. (Magliocca, Magee et al. 2005; Bernat, Capron et al. 2010). Reconocer que el bloqueo de la aorta cumple esa función equivale a reconocer que un efecto posible de esa intervención es la causación de la muerte encefálica. En nuestra opinión, reconocer esto último no conduce necesariamente a juzgar que esa medida como éticamente injustificable, pues, de hecho, permite proteger al donante de un daño posible. Sí implica, en cambio, reconocer que ese paciente –gravemente enfermo y probablemente inconsciente- no ha fallecido, al menos de acuerdo al criterio neurológico, en virtud del cual se considera que la muerte circulatoria equivale a la muerte humana.

Conclusiones

Algunas de las objeciones que hemos recibido se derivan de desacuerdos meramente descriptivos (p.e. malentendidos sobre cómo se llevan a cabo los protocolos, o acerca de lo que muestra la evidencia científica). Otras tienen su origen en desacuerdos conceptuales y normativos (p. e. desacuerdos sobre cómo se define la muerte, o sobre cuándo es lícito dejar morir a un paciente gravemente enfermo). A pesar de no existir una división clara entre ambos tipos de desacuerdos¹², los que tienen un carácter más marcadamente descriptivo son, por lo general, más

superficiales y tienden a disolverse tras un análisis en profundidad de la evidencia disponible. Aspiramos a que los datos que refrendan nuestras afirmaciones permitan, quizá no eliminar todos los malentendidos de ese tipo, pero sí reducirlos al máximo.

Las críticas que tienen que ver con desacuerdos conceptuales requieren otro tipo de herramientas argumentativas para ser rebatidas. En este caso, es menos probable que nuestros interlocutores se hayan visto convencidos por nuestros argumentos. Nos conformaríamos con haber identificado las raíces de nuestros desacuerdos. Al fin y al cabo, en eso consiste el esfuerzo deliberativo bioético. (Gracia 2004)

Bibliografía

- (2002). Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, art. 11 "instrucciones previas".
- (2010). Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas en el Proceso de la Muerte. BOJA, núm. 88, Sevilla 7 de mayo de 2010.
- Arnold, R. N., S. J. Youngner, et al. (1995). *Procuring Organs for Transplant: The Debate over Non-Heart-Beating Cadaver Protocols*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Barroeta, J. and N. Boada (2011). *Los servicios de emergencias y urgencias médicas en España*. Madrid, Mensor.
- Bellezzo, J. M., Z. Shinar, et al. (2012). "Emergency physician-initiated extracorporeal cardiopulmonary resuscitation." *Resuscitation* 83(8): 966-970.
- Bernat, J. L. (2004). "On irreversibility as a prerequisite for brain death determination." *Adv Exp Med Biol* 550: 161-167.
- Bernat, J. L. (2010). "How the distinction between "irreversible" and "permanent" illuminates circulatory-respiratory death determination." *J Med Philos* 35(3): 242-255.
- Bernat, J. L., A. M. Capron, et al. (2010). "The circulatory-respiratory determination of death in organ donation." *Crit Care Med* 38(3): 963-970.
- Blanco, A. (2012). "El trasplante y la escasez." *Bioética Complutense* 11(Junio 2012): 13-15.
- Bonnemeier, H., G. Simonis, et al. (2011). "Continuous mechanical chest compression during in-hospital cardiopulmonary resuscitation of patients with pulseless electrical activity." *Resuscitation* 82(2): 155-159.
- Bottiger, B. W., H. R. Arntz, et al. (2008). "Thrombolysis during resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest." *N Engl J Med* 359(25): 2651-2662.
- Bracco, D., N. Noiseux, et al. (2007). "The thin line between life and death." *Intensive Care Med* 33(5): 751-754.
- Cole, D. J. (1992). "The reversibility of death." *J Med Ethics* 18(1): 26-30; discussion 31-23.
- Corsiglia, D. (2007). "Reanimación cardiopulmonar: actualidad y expectativas futuras." *Revista de la Federación Argentina de Cardiología* 36(2): 65-69.
- Deballon, I. O., D. Rodríguez-Arias, et al. (2012). "When health care priorities are unclear: Do we obtain organs or try to save lives?" *Am J Emerg Med* 30(6): 1001-1003.
- Doig, C. J. and D. A. Zygun (2008). "(Uncontrolled) donation after cardiac determination of death: a note of caution." *J Law Med Ethics* 36(4): 760-765, 610.
- Dumas, F., A. Cariou, et al. (2010). "Immediate Percutaneous Coronary Intervention Is Associated With Better Survival After Out-of-Hospital Cardiac Arrest." *Circ Cardiovasc Interv*(3): 197-199.
- Dumas, F. and T. D. Rea (2012). "Long-term prognosis following resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest: Role of aetiology and presenting arrest rhythm." *Resuscitation* 83(8): 1001-1005.
- Eisenburger, P., C. Havel, et al. (2008). "Transport with ongoing cardiopulmonary resuscitation may not be futile." *Br J Anaesth* 101(4): 518-522.
- Gardiner, D., S. Shemie, et al. (2012). "International perspective on the diagnosis of death." *Br J Anaesth* 108 Suppl 1: i14-28.

- Gracia, D. (2004). Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid, Triacastela.
- Hornby, K., L. Hornby, et al. (2010). "A systematic review of autoresuscitation after cardiac arrest." *Crit Care Med* 38(5): 1246-1253.
- Joffe, A. R., J. Carcillo, et al. (2011). "Donation after cardiocirculatory death: a call for a moratorium pending full public disclosure and fully informed consent." *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 6(17).
- Kootstra, G., J. H. Daemen, et al. (1995). "Categories of non-heart-beating donors." *Transplant Proc* 27(5): 2893-2894.
- Lara, M. (2000). Donor Action en la Comunidad de Castilla y León. Burgos, Uninet, 1st International Congress of Nephrology in Internet.
- Lebreton, G., M. Pozzi, et al. (2011). "Out-of-hospital extracorporeal life support implantation during refractory cardiac arrest in a half-marathon runner." *Resuscitation*(Apr 14. [Epub ahead of print]).
- Lederer, W., C. Lichtenberger, et al. (2004). "Long-term survival and neurological outcome of patients who received recombinant tissue plasminogen activator during out-of-hospital cardiac arrest." *Resuscitation* 61(2): 123-129.
- Magliocca, J. F., J. C. Magee, et al. (2005). "Extracorporeal support for organ donation after cardiac death effectively expands the donor pool." *J Trauma* 58(6): 1095-1101; discussion 1101-1092.
- Marquis, D. (2010). "Are DCD donors dead?" *Hastings Center Report*(may-june): 24-30.
- Mateos-Rodriguez, A., L. Pardillos-Ferrer, et al. (2010). "Kidney transplant function using organs from non-heart-beating donors maintained by mechanical chest compressions." *Resuscitation* 81(7): 904-907.
- Matesanz, R. (1996). "Documento de consenso español sobre extracción de órganos de donantes en asistolia." *Nefrología XVI*(supl. 2).
- Melot, C., F. Baud, et al. (2007). "Commission d'éthique de la SRLF. Position de la Société de réanimation de langue française (SRLF) concernant les prélèvements d'organes chez les donneurs à coeur arrêté." *Réanimation* 16 428-435.
- Michael, G. E. and J. E. Jesus (2012). "Treatment of Potential Organ Donors in the Emergency Department: A Review." *Ann Emerg Med*.
- Nagao, K., K. Kikushima, et al. (2010). "Early induction of hypothermia during cardiac arrest improves neurological outcomes in patients with out-of-hospital cardiac arrest who undergo emergency cardiopulmonary bypass and percutaneous coronary intervention." *Circ J* 74(1): 77-85.
- Nau, J. (2008). "Le donneur d'organes n'était pas mort." *Le Monde*(10.06.08).
- Nielsen, N. (2012). "Predictive scores, friend or foe for the cardiac arrest patient." *Resuscitation* 83(6): 669-670.
- Nolan, J. P., J. Soar, et al. (2010). "European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary." *Resuscitation* 81(10): 1219-1276.
- Organización Nacional de Trasplantes (2012). [Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. Documento de Consenso Nacional 2012].
- Ortega-Deballon, I. (2012). "HEMS for uCDD protocols: are we doing the right thing?" *Air Medical Journal* (in press).
- Ortega, I. (2002). "Aspectos ético-legales en las emergencias extrahospitalarias." *Metas de Enfermería* 5(7): 26-30.
- Ortega, I., D. Rodríguez-Arias, et al. (2012). "Donación en asistolia en emergencias versus reanimación cardiopulmonar no convencional: ¿obtenemos órganos o intentamos salvar vidas?" *Emergencias* 24:488-91 (in press).
- Parajón, T. (2012). "Criterios de muerte, reanimación cardiopulmonar y donación en asistolia." *Bioética Complutense* 11(Junio 2012): 11-14.
- Pernick, M. S. (1999). Brain death in a cultural context: the reconstruction of death, 1967-1981. The definition of death: contemporary controversies. S. J. Youngner, R. Arnold and R. Schapiro. Baltimore, The Johns Hopkins University Press: 3-33.
- Putnam, H. (2004). El desplome de la dicotomía hecho-valor y otros ensayos. Barcelona, Paidós.
- Richards, J. R. (2012). *The Ethics of Transplants: Why Careless Thought Costs Lives*, OUP Oxford.

- Rivera, E. (2001). *Ética y trasplante de órganos*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Robertson, J. A. (1999). "The dead donor rule." *Hastings Cent Rep* 29(6): 6-14.
- Rodríguez-Arias, D. (2005). *Una muerte razonable: testamento vital y eutanasia*. Bilbao, Desclée de Brower.
- Rodríguez-Arias, D. and I. O. Deballon (2012). "Protocols for uncontrolled donation after circulatory death." *Lancet* 379(9823): 1275-1276.
- Rodríguez-Arias, D. and I. Ortega (2012). "Corazón que no late ¿cerebro que no siente? La dificultad de determinar la muerte de los donantes de órganos." *Bioética Complutense* 10(Junio 2012): 11-13.
- Rodríguez-Arias, D., M. J. Smith, et al. (2011). "Donation after circulatory death: burying the dead donor rule." *Am J Bioeth* 11(8): 36-43.
- Rodríguez-Arias, D., J. C. Tortosa, et al. (2011). "One or two types of death? Attitudes of health professionals towards brain death and donation after circulatory death in three countries." *Med Health Care Philos.*
- Rodríguez-Arias, D., L. Wright, et al. (2010). "Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation." *Lancet* 376(9746): 1109-1112.
- Serrano Moraza, A., F. del Nogal Sáez, et al. (2011). "[Revascularización coronaria durante la resucitación cardiopulmonar. Código Puente]." *Medicina Intensiva*.
- Shemie, S. D., A. J. Baker, et al. (2006). "National recommendations for donation after cardiocirculatory death in Canada: Donation after cardiocirculatory death in Canada." *Cmaj* 175(8): S1.
- Tenaillon, A. (2009). "[Uncontrolled donor after cardiac death, ethical aspects]" *Le Courier de la Transplantation*(9): 50-58.
- Tortosa, J. C., D. Rodríguez-Arias, et al. (2010). "[Ethical issues raised by organ donation after cardiac death]." *Med Sci (Paris)* 26(2): 209-213.
- Truog, R. D., M. L. Campbell, et al. (2008). "Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine." *Crit Care Med* 36(3): 953-963.
- Vanden Hoek, T. L., L. J. Morrison, et al. (2010). "Part 12: cardiac arrest in special situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care." *Circulation* 122(18 Suppl 3): S829-861.
- Veatch, R. M. (2000). *Transplantation Ethics*. Washington, Georgetown University Press.
- Veatch, R. M. (2008). "Donating hearts after cardiac death--reversing the irreversible." *N Engl J Med* 359(7): 672-673.
- Wagner, H., C. J. Terkelsen, et al. (2010). "Cardiac arrest in the catheterisation laboratory: a 5-year experience of using mechanical chest compressions to facilitate PCI during prolonged resuscitation efforts." *Resuscitation* 81(4): 383-387.
- Wall, S. P., B. J. Kaufman, et al. (2011). "Derivation of the Uncontrolled Donation after Circulatory Determination of Death Protocol for New York City." *Am J Transplant* 11(7): 1417-1426.
- Youngner, S. J., R. M. Arnold, et al. (1999). "When is "dead"?" *Hastings Cent Rep* 29(6): 14-21.
- Zamperetti, N., R. Bellomo, et al. (2003). "Defining death in non-heart beating organ donors." *J Med Ethics* 29(3): 182-185.

Notas

¹ Action plan on Organ Donation and Transplantation (2009-2015): Strengthened Cooperation between Member States

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_threats/human_substance/oc_organs/docs/organs_action_en.pdf (acceso 02/08/2012)

² <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/07/212&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en> (acceso 02/08/2012)

³ Hipoxia, Hipovolemia, Hipotermia, alteraciones Hidroelectrolíticas, y Tromboembolismo cardíaco o pulmonar, Taponamiento cardíaco, Tóxicos y Neumotórax a Tensión.

⁴ En España disponemos de un modelo de consentimiento presunto para la donación, lo que autoriza legalmente (RD 2070/1999) a los sanitarios a tomar medidas a favor de la donación –como la preservación de órganos- sin necesidad de pedir permiso a la familia. No es menos cierto que la Ley de Autonomía del Paciente (LAP 41/2002 de 14 de Noviembre) reconoce en sus artículos 4 y 5 el derecho a ser informado sobre cualquier actuación asistencial al paciente y/o familiares, así como el deber de informar de manera veraz y transparente a los profesionales sanitarios que le atiendan. Es posible que no informar a los familiares del motivo del traslado como potencial donante, y no ya como paciente, conculcaría estos preceptos. Con todo, y sólo basándose en el RD 2070/1999 –jurídicamente inferior desde el punto de vista de la jerarquía normativa a la LAP 41/2002 que es una ley básica- se ha justificado que en España se inicien las medidas de preservación a expensas de toda prueba de la voluntad del donante y de forma previa a la solicitud a la familia (*sic*). (Matesanz 1996) Si se declarase el fallecimiento antes de llevar al individuo al hospital, sería más difícil evitar esa discusión con los familiares, que previsiblemente tendrían motivos para preguntarse las razones de ese traslado apresurado del cadáver a un hospital en concreto, en una ambulancia o helicóptero tipo UVI móvil y con unos medios y procedimientos, al menos en apariencia y para personal lego desde el punto de vista sanitario, similares a los que se emplean para salvar vidas. El reciente protocolo de donación en asistolia extrahospitalaria de la ciudad de Nueva York ha optado por no alterar el momento de la certificación del fallecimiento y obtener el consentimiento a través de los familiares (o una prueba del consentimiento para la donación del propio paciente) antes de conducir al individuo al hospital. Algunos equipos españoles ya están optando también por ofrecer una información completa a la familia, aunque sigue sin existir una directiva clara al respecto. (Wall, Kaufman et al. 2011) En las recomendaciones de la ONT de 2012 sobre donación en asistolia se afirma que “La base del proceso de comunicación extrahospitalaria en la DA, como en cualquier tipo de donación, debe ser la transparencia y la veracidad, pero ha de adecuarse el ritmo y el contenido de la información, adaptándolos a la experiencia y los procedimientos de los distintos servicios de emergencias extrahospitalarias (SEM) y a las circunstancias específicas de cada caso, incluyendo la demanda de información por parte de los familiares del posible donante [...] El planteamiento de la donación en el ámbito extrahospitalario es una opción de cada SEM, de sus procedimientos y de su grado de implicación en el proceso de donación en asistolia”. (Organización Nacional de Trasplantes 2012: 19).

⁵ Si se calcula el coste de lo que se “deja de hacer”, en ese cálculo habría que considerar tanto las oportunidades perdidas por realizar el protocolo, como aquellas que se perderían si no se hiciera. El número de receptores que han aumentado su esperanza y su calidad de vida gracias a estos donantes computan como beneficios innegables de estos protocolos. En las comunidades autónomas donde se realizan estos protocolos, el impacto de estos protocolos en las cifras totales de donación es elevado. Pero es igualmente cierto que en un porcentaje de las ocasiones en que se inicia el protocolo, no se obtiene finalmente órgano alguno. (Organización Nacional de Trasplantes 2012: 77) En concreto, un reciente análisis del programa de donación en asistolia de la Comunidad de Madrid y de Castilla La Mancha con el Hospital 12 de Octubre cifraba en alrededor del 40 % los casos en que se había desencadenado el protocolo y empleado todos los medios, pero finalmente y por diferentes causas no se obtenía órgano alguno (Andrés A et al. Efectividad del programa de donación en asistolia. SUMMA 112 y SESCAM con el Hospital 12 de Octubre. Revisión de 2005 a 2009. Formación interna. Sesión SUMMA 112. Enero 2011.

⁶ Sería deseable disponer de datos que nos hablaran de la prevalencia de estos casos. La información de que disponemos al respecto se limita a publicaciones que los mencionan a título anecdótico. Tras más de diez años de experiencia en el traslado de potenciales donantes Maastricht II a hospitales de la Comunidad de Madrid, uno de los autores de este artículo (IOD) considera que la recuperación de pulso en donantes es más que excepcional (al menos una docena de casos sólo en su experiencia).

⁷ Los estudios existentes sobre la posibilidad de reiniciar activamente (con una RCP) corazones humanos después de la asistolia han demostrado esta capacidad hasta 6 horas ex vivo después del paro cardíaco

⁷ Los estudios existentes sobre la posibilidad de reiniciar activamente (con una RCP) corazones humanos después de la asistolia han demostrado esta capacidad hasta 6 horas ex vivo después del paro cardíaco (DeVita, 2001).

⁸ Los casos más problemáticos serían los pacientes que pudieran quedar crónicamente inconscientes pero no dependientes del soporte vital (por ejemplo, en estado vegetativo persistente).

⁹ En un congreso de trasplantes que tuvo lugar en Castilla y León en el año 2000, Mercedes Lara presentó una comunicación centrada en las estrategias para optimizar los índices de donación. Al referirse a los aspectos éticos de la detección de donantes de órganos, afirmó lo siguiente: “Se considera éticamente aceptable que aunque algunos pacientes evolucionan hacia estado vegetativo persistente en virtud de un tratamiento agresivo en la UCI y se atente contra el principio de no maleficencia, es prioritario el beneficio social que la donación de órganos supone. Se debe informar con claridad a los familiares de todos estos procesos y probabilidades. El estado debería asumir las cargas sociales derivadas de la perpetuación de estos pacientes en Estado Vegetativo Persistente”. (Lara 2000) Comunicación Oral <http://www.uninet.edu/cin2000/conferences/MLara/mlara1/sld025.htm> (acceso 02/08/2012).

¹⁰ En cualquier caso, aludir a ese riesgo en el caso de la donación en asistolia tras parada no controlada es otra forma de reconocer que el paciente está vivo, lo que nos obligaría a justificar una excepción a la regla del donante fallecido (*dead donor rule*). (Robertson 1999; Rodríguez-Arias, Smith et al. 2011)

¹¹ En este sentido, son sumamente elocuentes –y no menos estremecedores- los experimentos sobre la reanimación neurológica de animales decapitados, llevados a cabo con éxito por médicos rusos a mediados del siglo XX. <http://www.youtube.com/watch?v=rSrikUXwsNk> (27/08/2012)

¹² En realidad, la distinción misma entre afirmaciones descriptivas y normativas es en sí mismo problemática, pues remite a la igualmente problemática separación entre hechos y valores. (Putnam 2004)



Pinceladas del Estudiante

BIOÉTICA: PERFIL PSICOLÓGICO

Se cumple algo más de un año desde los escalofriantes atentados llevados a cabo por Anders Behring Breivik en las oficinas del Gobierno noruego y en la isla de Utøya, a pocos kilómetros de Oslo. El juicio por los ataques duró 10 semanas, desde el 16 de abril hasta el 22 de junio de 2012. Después de mucha deliberación sobre si el individuo estaba mentalmente sano o no, finalmente se declaró al acusado culpable de asesinato premeditado y de haber llevado a cabo un acto terrorista, violando el párrafo 147a del Código Penal noruego; en efecto, desestabilizar el orden social y causar temor extremo en la población. Breivik fue condenado a 21 años de prisión, es decir, la pena máxima, y, en el caso de que se siga considerando al individuo como una amenaza para la sociedad, la pena se podría prolongar. El propio individuo admitió estar sano mentalmente, y que los ataques eran necesarios para frenar el multiculturalismo y la supuesta islamización de Noruega.

Como ya se conoce, se publicaron dos informes psiquiátricos acerca del estado de salud mental de Breivik, con conclusiones claramente diferentes. El hecho de que haya dos informes profesionales cuyas conclusiones son opuestas dispara las alarmas y hace cuestionar la fiabilidad y la solidez de esa disciplina (psiquiatría) en Noruega. En uno de ellos, el primero, que vio la luz en Diciembre de 2011, aseguró que el individuo padecía esquizofrenia y que, por tanto, el individuo debía quedar excluido de su responsabilidad penal. El veredicto no sentó bien ni a la sociedad ni a otros expertos, con lo que se llevó a cabo otro análisis psiquiátrico. Como resultado, el 10 de abril de 2012 se publicó otro informe en el que se exponía que Anders Behring Breivik estaba sano, si bien padecía lo que se conoce como trastorno narcisista de la personalidad. De esta forma podía ser encarcelado. De haberse mantenido el primer veredicto, Breivik habría permanecido en un hospital psiquiátrico. Además, cada tres años tendría la opción de recurrir la sentencia. Si se llega a demostrar que está mentalmente sano después de tres años, quedaría puesto en libertad. El propio Breivik manifestó que el cuidado psiquiátrico habría sido un castigo peor que la muerte. El hecho de que vaya ser encarcelado, como ya he dicho, significa que Breivik era perfectamente consciente de sus actos a la hora de llevar a cabo el atentado, y, como consecuencia, según Breivik, esto da cierta 'sustancia', 'validez' a sus actos. De esta forma, en sus ojos, el mundo le puede considerar como un hombre con una causa. Es irónico en este sentido

que tanto la acusación como la defensa busquen el mismo veredicto.

Pero, al margen de lo ocurrido, sin duda alguna una monstruosidad, en este artículo voy a intentar elaborar un perfil psicológico del autor de los ataques. Utilizo el verbo intentar porque es imposible conocer con exactitud qué se les pasa por la cabeza a estos individuos. Además, haré una serie de reflexiones derivadas del tema.

Tras documentarme extensivamente, me llama la atención el hecho de que a Breivik lo clasifiquen como un 'spree killer', lo que viene a traducirse como asesino desenfrenado o frenético, un asesino en masa. Hay que diferenciar esto a un homicida, ya que la víctima no es un individuo, sino un colectivo. Tampoco se trata de un asesino en serie, ya que estos alternan periodos de actividad e inactividad a lo largo de un tiempo, y, además, suelen cometer sus crímenes contra ciertos 'tipos' de persona. Es difícil de clasificar o tipificar la psicología de estos asesinos en masa, ya que normalmente, después de haber cometido sus masacres, mueren debido a intervención policial, o incluso acaban suicidándose. Parece que esta gente no está contenta con el papel que tienen en el mundo, es decir, el papel de ser un ser humano más. ¿Puede ser ésta la razón por la que desafían de la manera más cruel y despiadadamente posible el orden moral establecido? ¿Qué buscan? Puede que contemplen el suicidio porque, una vez que el asesino, el cual se ve como el personaje principal en su retorcido universo, se da cuenta de que no tiene todo el poder, una vez que se da cuenta que su 'misión' de 'limpiar' el mundo se le escapa de las manos, que no es capaz de completar sus objetivos, siente que ha fracasado, se siente un inepto y termina cometiendo el suicidio. ¿Es ésta la razón? ¿O puede ser que quieran experimentar una nueva sensación, desafiando de tal manera a sus demonios internos hasta el punto de quitarse la vida?

Como digo, estamos ante una actitud y una visión del mundo tan sumamente irreales que es difícil saber muy bien qué es lo que persigue esta clase de personas (si es que se les puede denominar así). Pero el caso de Breivik es diferente, y a la vez mucho más complicado, ya que decidió no quitarse la vida. ¿Por qué? Quiero volver a plantear una cuestión, para que todos hagamos una reflexión, independientemente de lo que diga el informe psiquiátrico más reciente: ¿Está loco Anders Behring Breivik? Breivik aseguró que sus acciones fueron 'atroces pero necesarias' y que lo único que lamenta fue 'no haber matado a más personas'. ¿En serio?

¿Qué pretende conseguir? Sea una o sean 77 los seres humanos a los que asesine, sus acciones ya tienen al mundo consternado. ¿Está delirando este hombre? ¿No se da cuenta de que personas, seres humanos, en todo el mundo han condenado sus actos? Además, cualquier persona mentalmente cuerda no buscaría agravar la situación y el sufrimiento tanto de las víctimas como de todo el país con comentarios como ese, sino que intentaría reducir su pena lo máximo posible.

Esto me lleva a analizar toda la situación desde el principio. Examinemos de nuevo los motivos que, según él, lo empujaron a cometer los asesinatos de Utøya y el bombardeo de las oficinas de gobierno; Breivik se describe como un conservador cristiano, con un odio intenso hacia el Islam y hacia una Noruega multicultural. Él cree que una Noruega abierta será invadida por personas de otras creencias y, por tanto, se desmoronará. Al parecer, Breivik le comunica a su abogado que él no quería cometer tales atrocidades, que es consciente del sufrimiento que ha causado, pero que era absolutamente necesario para limpiar el país de islamismo y multiculturalismo.

Antes he mencionado que es difícil elaborar un perfil psicológico de Breivik. Además de la razón anteriormente expuesta, hay que tener en cuenta que es muy difícil penetrar en la psique de un individuo del cual sólo conocemos sus actos y su manifiesto de 1500 páginas, pero el simple hecho de haber redactado un texto de tal extensión sugiere que, a pesar de lo ocurrido, es un ser racional, y no puede padecer psicosis. Ahora bien, también dije que Breivik no se quitó la vida, y esto es muy significativo. ¿Por qué se entregó a la policía voluntariamente después de haber llevado a cabo los ataques?

Como queda reflejado en el segundo informe psiquiátrico, y como también dije antes, Breivik padece un trastorno narcisista de la personalidad. Nótese que es un trastorno de la personalidad, que no un trastorno mental. Las características que definen este trastorno son un sentido de autoimportancia, el deseo de obtener éxito, sentirse superior o 'único', demandar un tratamiento especial y poseer una tremenda falta de empatía. Esto me lleva a pensar que Breivik quiso permanecer en la isla y ser descubierto con el fin de obtener atención, para obtener fama.

Pero el trastorno narcisista es sólo parte de la historia. Recordemos ese fanatismo político y religioso de querer eliminar el islamismo en Noruega. No es ningún secreto que Breivik es un férreo defensor de la extrema derecha, un

'templario' liderando una cruzada contra el mundo islamista, según él. Lo primero que me viene a la cabeza es que Breivik es un ser extremadamente cerrado de mente; sólo ve el mundo en blanco y negro y cualquiera que no piense como él es el enemigo. Esta actitud es autodestructiva; como dijo Aristóteles, 'el hombre es un ser social' y obviamente, para el desarrollo de la persona es fundamental el abrirse y cooperar con los demás. El fin último del ser humano es la felicidad, y yo creo que Anders Behring Breivik no es feliz, es un ser miserable que tiene que sentirse superior a los demás para dar validez a su vida; Anders Behring Breivik se ha quedado 'estancado' en cuanto al desarrollo de su personalidad durante su adolescencia.

¿Pero cómo pudo Breivik convencerse a sí mismo para llevar a cabo los asesinatos? Es posible que haya intentado 'racionalizar' todo al máximo posible, dejando a un lado las emociones. Según los expertos en psicología, hay un nombre para este fenómeno; el de clivaje o 'splitting'. Así, a través de este mecanismo de defensa, se simplifica todo. En la mente de Breivik se establece una polaridad; él es el héroe y sus víctimas representan el mal. El 'clivaje' hace que se reduzca la ansiedad del asesino, al no poder comprender la complejidad de la situación a la que se enfrenta. ¿Cómo se ha llegado a ésta visión tan distorsionada de la realidad? Según algunos expertos, cuando estamos en grupo y en sociedad, las percepciones y convicciones personales buscan una armonía con la realidad; con las percepciones y convicciones de otros. Al parecer, este no es el caso de Breivik, el cual permaneció aislado del mundo durante un periodo prolongado, influido por ideologías de la extrema derecha. Quizá fue esto uno de los desencadenantes de la tragedia.

Si Breivik no está loco se podría decir que es un fanático, intentando legitimar su ideología mediante verdaderas atrocidades. ¿Verdaderamente lo es? El doctor Michael Welner, M.D., psiquiatra forense y fundador del Panel Forense, tiene un punto de vista realmente interesante. Welner explica que hay dos tipos de terrorismo; un tipo de terrorismo que surge de la psicología de grupo, donde se alimenta un odio hacia algo en particular, y otro tipo, en el que individuos solitarios tienen la misma ideología, pero deciden llevar a cabo masacres ellos solos para buscar fama. Por tanto, dice Welner, si el asesino estuviera atado a su ideología, no realizaría actos similares, ya que otros individuos que comparten los mismos pensamientos tendrían miedo del potencial destructivo. La conclusión de Welner es que no lo hizo por su ideología, sino que lo hizo para ganar protagonismo, y por tanto, es un individuo egoísta, que no loco.

De cualquier manera, la masacre de Utøya y el bombardeo de las oficinas de gobierno no están para nada justificadas. Estamos hablando de vidas humanas violentamente robadas. Las víctimas eran jóvenes que tenían toda la vida por delante. Se reunieron en la isla para pasar un buen rato y, como juventudes del Partido Laborista, eran el futuro, y tenían la esperanza de crear una sociedad mejor. Se mire como se mire, Breivik ha conseguido lo que quiere. Además de ser un asesino despiadado, ha utilizado a la sociedad noruega, se ha aprovechado del sistema judicial noruego. Quien sabe exactamente lo que quiso hacer; nunca llegaremos a saberlo. De haberle matado la policía, habría muerto como un mártir para los extremistas, y se habría convertido en un ejemplo a seguir. Los 21 años de condena no son, ni por asomo, suficiente castigo. De hecho, una condena tan leve (recordemos que es la pena máxima) pone en evidencia al sistema. Irónicamente, esto también era algo que Breivik quería demostrar, que las penas no son lo suficientemente duras. Él lo sabía. Sabía que no le ocurriría nada y a la vez, ha conseguido transmitir su 'mensaje'. Anders Behring Breivik aseguró que el tratamiento psiquiátrico supondría la máxima humillación. Sin embargo, aquí también se beneficiaría, ya que, después de pasar algunos años en un hospital, volvería a ser un hombre libre.

Creo que Breivik no logró desarrollar una personalidad normal durante su adolescencia. Por ello, los gobiernos y las familias deben cooperar para que los jóvenes se sientan incluidos en la sociedad. Se tienen que potenciar todos los aspectos positivos del ser humano. Además, para que no se produzcan atrocidades similares en el futuro, hay que fomentar el diálogo y la transparencia. Todos los países deben impulsar la democracia, sin excepción.

Frank Hamre Gil

Estudiante 2º Grado de Medicina UCM



Reseña de Libros

Bioética clínica

Juan Pablo Beca y Carmen Astete (eds.)

Centro de Bioética, Facultad de Medicina,

Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile (www.mediterraneo.cl)



Los conceptos de salud y enfermedad han ido cambiando como consecuencia de los avances en el conocimiento científico médico, en el contexto de una sociedad cambiante, en la cual los derechos, deberes y responsabilidades de cada individuo han llevado a un cambio de actitud de los pacientes y de los profesionales de la salud así como de la relación clínica entre ambos.

La Bioética Clínica aparece así como un amplio campo de conocimiento y de aplicación de la ética en el ámbito biomédico. Si bien esta disciplina incluye la comprensión ética de los hechos clínicos, en términos generales, debe entenderse como la aplicación de fundamentos éticos, principios, valores y virtudes en la práctica de la atención de salud. A modo de comparación, podemos decir que así como se ha hecho un aporte importante con el desarrollo de la medicina basada en la evidencia, la Bioética debe avanzar en el desarrollo paralelo de una medicina basada en valores. Una mirada de la Bioética Clínica, por esto mismo, no puede ser reduccionista, a la manera de un simple pragmatismo de aplicación de conceptos o principios, sino como un conjunto de conocimientos teóricos y aplicados que, con un sólido fundamento ético, permite contribuir a mejorar el ejercicio de las profesiones de la salud.

A estas alturas de la historia de la Bioética, la docencia de esta disciplina en los niveles de pregrado y postgrado en las carreras de la salud es una exigencia que impone la realidad social y sanitaria y, por ende, una obligación en la realidad curricular académica. La experiencia docente ha mostrado la dificultad de encontrar, en el ámbito de la bioética hispanoamericana, textos que aborden los temas bioéticos en su integridad y no sólo en algunos aspectos específicos. De ahí entonces el valor que tiene la presentación de un libro que trata los diversos temas de la Bioética Clínica de modo transversal, ofreciendo una amplia selección de temas a disposición de docentes y alumnos de Bioética de habla hispana.

Este libro presenta los temas de la Bioética Clínica desde una mirada cultural hispanoamericana. Buena parte de sus capítulos están escritos por autores chilenos, docentes de seis universidades del país. El resto de los capítulos fueron escritos por destacados especialistas de España, EE.UU., Puerto Rico, Venezuela, Colombia y Uruguay, pertenecientes a prestigias universidades y centros académicos de sus respectivos países.

Los destinatarios de este libro son todos los profesionales de la salud que buscan su continuo perfeccionamiento en su actividad profesional y persiguen profundizar su vocación. Todos los docentes de las carreras de las ciencias de la salud. Todos y cada uno de los estudiantes de las carreras del ámbito sanitario de las universidades hispanoamericanas. Todos los miembros de los Comités de Ética Asistencial. Finalmente, todos aquellos que trabajan dando apoyo espiritual a los pacientes y también los alumnos de las carreras humanistas y científicas, quienes con sus conocimientos e interés intelectual están llamados a participar en la reflexión sobre los fundamentos éticos de esta disciplina y a difundir y mejorar las prácticas bioéticas en la sociedad.

El libro "Bioética Clínica" agrupa los temas en cinco partes: Conceptos Fundamentales, Bioética en la Práctica Clínica, Bioética del Inicio de la Vida, Bioética del Final de la Vida y Bioética en otras áreas de la salud.

La primera parte del libro aborda los Conceptos Fundamentales de la Bioética, introducidos por un capítulo que da una mirada histórica al origen de esta disciplina. Hay un capítulo sobre fundamentación en bioética planteada como una necesidad de la Ética Clínica, luego un capítulo sobre la conceptualización de los Principios en Bioética y sobre las Éticas de la Responsabilidad y de la Virtud. Se presenta en otros capítulos el concepto de Vulnerabilidad como base del compromiso con el otro, el aporte del Feminismo a la Bioética, la vinculación de la Bioética con la Religión, con el Derecho y con la Ética Medioambiental.

La segunda parte del libro, titulada Bioética en la Práctica Clínica, incluye los siguientes capítulos: las concepciones más relevantes sobre la Relación Clínica, el valor de la Confidencialidad y el secreto, los Derechos de los Pacientes, el Consentimiento Informado como proceso y doctrina, las Decisiones por sustitución, la Deliberación y una propuesta de Método en Ética Clínica. Este segundo bloque concluye con los capítulos dedicados a los Comités de Ética Asistencial y a la más reciente alternativa de Consultoría Ético-Clínica.

En las partes tercera y cuarta se abarcan los temas de Bioética Clínica ordenados siguiendo el ciclo vital. La tercera parte contiene los capítulos dedicados a conflictos éticos al Inicio de la Vida, abordando los temas del Genoma Humano, el Embrión, la Anticoncepción, la Medicina Reproductiva y el Aborto. En los siguientes capítulos se exponen los problemas bioéticos en Neonatología, Pediatría y Adolescencia. La cuarta parte, dedicada a la Bioética del Final de la Vida, se compone de los capítulos que abordan los temas bioéticos vinculados a la Muerte, a las Decisiones al Final de la Vida, especialmente las de Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Pacientes Críticos y en Enfermos Crónicos. Por último, se abordan los temas de Geriátrica, Cuidados Paliativos y Sedación Terminal, para terminar con los capítulos dedicados a Estado Vegetativo, Muerte Encefálica y Eutanasia.

La estructura de este libro se cierra con una quinta parte en la cual se tocan temas relevantes en otros ámbitos de la Bioética, tales como la Ética de la Organización Institucional, la Ética Aplicada en Enfermería, aspectos éticos en la atención del paciente oncológico, en Psiquiatría, en Odontología y, por último, los aspectos éticos del trasplante de órganos. Para finalizar esta parte, se incorpora un capítulo en el que se da una mirada a futuro sobre la introducción de nuevas terapias y tecnologías en salud.

Juan Pablo Beca

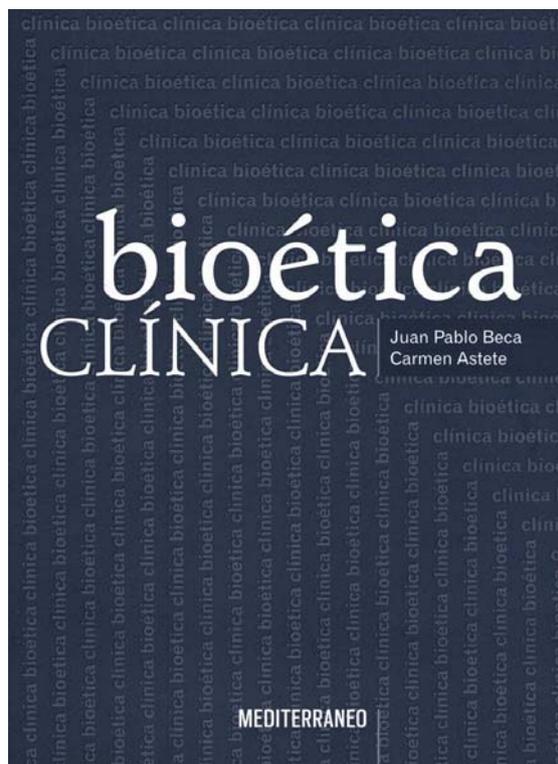
Centro de Bioética, Facultad de Medicina
Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo
Santiago de Chile

ISBN: 978-956-220-347-0

Editorial: Mediterráneo

Edición / año: 1º Ed. 2012

Nº de páginas: 595



Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

Alberto tiene 27 años, vive en el domicilio de sus padres. Ingresa en la Unidad de Psiquiatría de media estancia por "evolución negativa y problemas de convivencia familiar". Aporta un diagnóstico de referencia de trastorno pasivo-agresivo de personalidad, dependencia de alcohol y trastorno psicótico.

No constan antecedentes hasta la adolescencia, momento en que comenzaron los problemas de rendimiento escolar, si bien la familia subraya que su inteligencia es normal y que tenía falta de motivación. Dicen: "era muy vago". A los 14 años cambió de amigos y empezó a faltar a clase y distanciarse de la familia. No consiguió obtener el Graduado Escolar e intentó estudios de Formación Profesional, pero no consiguió ningún resultado. A los 16 años abandonó definitivamente los estudios. A partir de entonces ha trabajado esporádicamente y sigue algún cursillo.

La familia recuerda los 17 años como una edad muy problemática, pues salía mucho, tenía dificultades para respetar los horarios y estaba más irritable. A los 18 y durante el servicio militar pasó gran parte del tiempo en el calabozo, pues consumía tóxicos y tenía dificultades para ajustarse a las normas.

Su primer contacto con un psiquiatra fue hace siete años, por consumo de tóxicos (anfetaminas y alcohol) e ideas delirantes de persecución. Es la primera y única ocasión en que se hace referencia a una sintomatología claramente psicótica en su evolución.

Abandonó el seguimiento y volvió a contactar con un psiquiatra tres años más tarde, por ansiedad y consumo de sustancias. Inició un tratamiento con medicamentos y en una ocasión sufrió una intoxicación por ingesta medicamentosa. Posteriormente, el mismo año, requirió dos ingresos en una unidad de psiquiatría. El primero motivado por agresividad contra su familia. Tras ser dado de alta se incorporó a un programa para toxicómanos, viviendo en un piso protegido. En dicho piso mostró conductas conflictivas y fugas que motivaron el segundo ingreso.

En el programa de desintoxicación se le describe con actitudes poco participativas y una llamativa pasividad.

La familia relata la vida de Alberto como una alternancia entre la pasividad absoluta, falta de iniciativa y proyectos vitales mientras se encuentra en el domicilio, con otra en la calle de dificultad para respetar normas y horarios, y con consumo abusivo de tóxicos (últimamente alcohol). Este abuso genera conflictos familiares crecientes que finalmente provoca el ingreso actual. Describen situaciones agresivas y deterioro progresivo de la calidad de vida.

Se evidencia serología VIH positiva, que sólo ha sido significativa a nivel analítico, sin clínica. Sigue controles en su hospital de referencia.

Una vez ingresado en la unidad de media estancia se plantea la necesidad de un tratamiento tanto psicofarmacológico como rehabilitador, y la conveniencia de intervenir con un apoyo a la familia.

Los primeros meses Alberto experimenta una leve mejoría. Sabe que debe demostrar más actividad para poder valorar una evolución positiva y comienza a participar en grupos terapéuticos. Llega un momento en que, probablemente porque no consigue el alta, da marcha atrás y, como al inicio, se muestra pasivo, selecciona pocas actividades (lúdicas) a las que acude voluntariamente, y el resto del tiempo lo pasa sin hacer nada. Pide el alta insistentemente y no puede entender que su situación no es buena. No obstante, ha reducido de forma considerable el consumo de alcohol y los conflictos familiares son menores durante las licencias temporales programadas.

Tras cinco meses de ingreso se informa a la familia con claridad de la tórpida evolución y el mal pronóstico. Dos meses después se plantea la posibilidad del alta, por falta de eficacia en el tratamiento. Ante la situación, la familia cambia de actitud y pasa de ser colaboradora con la planificación terapéutica, a mostrarse quejosa y reivindicativa con el trato que se le dispensa, acusando al servicio de pasividad e intentando dirigir el tratamiento. La familia muestra su oposición a aceptar a Alberto en su domicilio en esas condiciones.

Llega un momento en que realizan una queja formal al Servicio de Atención al Usuario demandando una entrevista con el Jefe de la Unidad de Psiquiatría, que se entrevista con ellos 9 meses después del ingreso. Se acuerda prolongar el ingreso mientras se intenta que Alberto se adapte a una Unidad de Día, a lo que el paciente había manifestado su negativa de manera repetida. La alternativa es una hospitalización indefinida en una unidad de larga estancia.

En los últimos meses la familia ha presentado una actitud de queja constante y ha tomado, de hecho, el control del tratamiento, planificando entradas y salidas de Alberto según su criterio.

En este momento y tras el fracaso de la alternativa de la Unidad de Día, debemos tomar una decisión conjunta con la familia. El equipo terapéutico no considera indicada una hospitalización indefinida y el paciente presenta una franca oposición ante esa posibilidad, a pesar de que la familia la exige.

Comentario

Deliberación sobre los hechos

Se trata de un paciente de 27 años, con un diagnóstico de trastorno pasivo-agresivo de personalidad, dependencia de alcohol y trastorno psicótico. Los conflictos en la relación familiar, y su dependencia de tóxicos le han llevado a varios ingresos. En general, alterna estados de pasividad con otros de agresividad y descontrol. Tras varios meses de estancia en una unidad psiquiátrica de media estancia se plantea a la familia la posibilidad de un alta, cosa que rechazan. La alternativa parece ser la hospitalización indefinida, que el equipo no considera indicada.

Deliberación sobre los valores

Lista de problemas éticos

- ¿Está claro el diagnóstico psiquiátrico del paciente? ¿Son claras las alternativas terapéuticas?
- ¿Existen problemas en cuanto a los recursos disponibles para mantener un ingreso prolongado?
- En caso de alta hospitalaria ¿existen alternativas de vida y alojamiento diferentes al domicilio familiar?
- ¿Cuál es el nivel de capacidad para decidir del paciente?
- ¿Hasta qué punto la falta de conciencia de enfermedad que se vislumbra tras su posible psicosis está limitando su autonomía?
- ¿Se puede considerar que la familia entiende la situación?
- ¿Es deber de la familia acoger a un hijo mayor de edad?
- ¿Se debe respetar la autonomía y la decisión de los padres?

Elección del problema a analizar

¿Se debe respetar la autonomía y la decisión de los padres, aun cuando esto suponga un ingreso indefinido de Alberto?

Identificación de los valores en conflicto

- Respeto a la autonomía familiar
- Evitar daños a la estructura familiar

- No maleficencia
- Calidad de vida de Alberto
- Justicia y distribución de recursos económicos

Deliberación sobre los deberes

Identificación de cursos extremos de acción

Alta. Alberto es enviado a casa de sus padres
Ingreso indefinido en unidad de psiquiatría

Identificación de cursos intermedios de acción

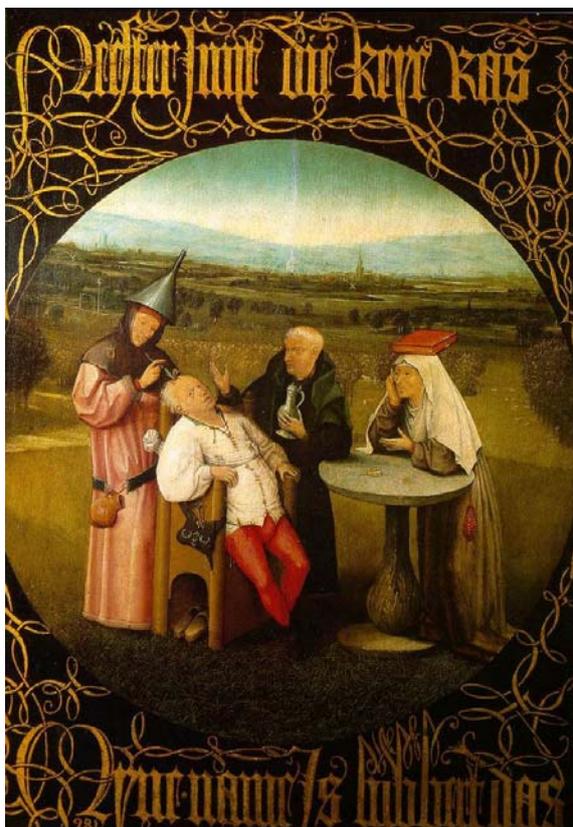
- 1.- Aclarar el diagnóstico para establecer un plan de acción coherente. (Se habla de una posible psicosis, trastorno que puede suponer una pérdida de contacto con la realidad, complicada con conductas pasivo-agresivas, psicopáticas y de abuso de sustancias. Todo ello podría conformar un cuadro de “patología dual”, de muy difícil abordaje.)
- 2.- Evaluar la capacidad para tomar decisiones de Alberto
- 3.- Intentar ganarse la confianza del paciente para lograr colaboración
- 4.- Ofrecer apoyo a los familiares (que muestran una situación condicionada por el sufrimiento y el agotamiento en el cuidado de Alberto)
- 5.- Dialogar con la familia, para que comprendan las propuestas terapéuticas
- 6.- Explorar posibilidades de apoyos para la familia (residencias tuteladas, atención domiciliaria o cualquier otra vía para que puedan cuidar a Alberto sin que les suponga una sobrecarga).
- 7.- Establecer un plan rehabilitador (para recuperar la funcionalidad psíquica, mejorar los niveles de socialización y evitar las recaídas y el desarrollo de incapacidades y deterioros asociados a la enfermedad).

Identificación del curso óptimo

Hablar con los padres de la necesidad de buscar el mayor beneficio para Alberto, lo cual, dada la escasez de recursos en la rehabilitación psiquiátrica, puede suponer que deba estar en el domicilio. Continuar tratamiento con Alberto, promoviendo rehabilitación. Ofrecer todo el apoyo posible para esta nueva etapa, con un seguimiento y alternativas de ingresos para momentos especialmente conflictivos.

Pruebas de consistencia

Tanto los cursos intermedios como el curso óptimo de acción elegido, superan las pruebas de legalidad, temporalidad y publicidad.



Me ha dado que pensar:

La toma de decisiones en la clínica

Los profesionales de la salud en cada decisión realizan una elección entre las diferentes posibilidades que ofrecen los avances tecnológicos y la disponibilidad de los mismos en su entorno.

Hubo un tiempo en que el conocimiento tecnológico no estaba tan desarrollado, había menos posibilidades, por tanto resultaba factible analizar cada una de ellas y elegir la mejor opción.

En la actualidad **las posibilidades son tantas que resulta imposible analizar dónde nos llevaría cada una de ellas**, o nos llevaría demasiado tiempo estudiar todo lo que en la literatura científica se ha puesto de manifiesto en el momento de tomar la decisión. Información que “deberíamos” conocer para elegir la mejor opción. Para facilitar la elección han aparecido instrumentos como: protocolos, guías de práctica clínica, revisiones bibliográficas o meta-análisis. Todo ello hace que la información, en definitiva el conocimiento, sea más manejable. Si a lo anterior asociamos que vivimos en la era de la “prisa”, lo que se nos pide es “para antes de ayer”. Y nuestra sociedad valora que seamos rápidos en el actuar, considerando que el mejor profesional es quien resuelve con más rapidez, el que ve más pacientes en su consulta y el que maximiza la gestión del tiempo en aras de la eficacia. Resulta realmente difícil tomarse tiempo para reflexionar y ponderar cuál es el mejor curso de acción.

Por si todo esto fuera poco para ponernos más difícil el ejercicio de las profesiones sanitarias, **la divulgación del conocimiento es imparable**. Cualquiera pulsa un botón y desde internet accede a una gran cantidad de información, lo que le lleva a cuestionar las decisiones de los profesionales y a “mirarlas con lupa”. Los profesionales hemos perdido el monopolio del acceso al conocimiento técnico. Antes un

determinado grupo de personas accedía al conocimiento específico en las universidades, en los libros especializados, en los foros científicos y todo ello provocaba una de-formación, o la adquisición de una determinada forma que les servía para afrontar los problemas en la clínica. En definitiva, posibilitaba que tuvieran los mejores conocimientos técnicos para dar la mejor respuesta ante el problema.

Tomar las mejores decisiones, como es propio de un buen profesional, se ha vuelto realmente difícil. **Elegir la mejor opción de entre las posibles**, el mejor curso de acción ante un problema, **es optar por el que respete al máximo los valores en conflicto**. No se trata por tanto de optar por uno de los valores, **sino de dar razón de ellos**.

A pesar de los cambios producidos sigue habiendo profesionales apegados a un modo de tomar decisiones que corresponde a un tiempo anterior. Responden ante la toma de decisiones como “poseedores absolutos del conocimiento técnico”, solo ellos saben, “están a la última y su decisión técnica es incuestionable”, o se comportan como si esta lo fuera. Continúan pensando que la ciencia, y por tanto sus conocimientos siguen estando libres de valores, posiblemente los conocimientos en sí lo estén; **pero la aplicación de los mismos no está libre de los valores de quien los aplica**. Dado que la medicina se aplica sobre otro ser humano, no se puede hacer caso omiso de los valores. Sin embargo **tomarlos en consideración nos hace**, en ocasiones, **cuestionarnos los que teníamos hasta ese momento**; y eso no resulta fácil, así que en general estamos poco dispuestos a hacerlo. Por ello apegarse a las cuestiones técnicas, a que es “todo” lo que se puede hacer, decidiendo que lo mejor es lo último técnicamente disponible, es un curso de acción más fácil, y más cómodo. Olvidando que podemos aplicar o no una técnica.

Y que **cabe en lo posible que la mejor elección no sea aplicar una técnica aunque esta esté disponible.**

A pesar de todo lo señalado anteriormente, decidimos todos los días, y **nuestras decisiones presentan una doble cara.** Por un lado, nos trascienden a nosotros mismos porque **repercuten en la salud de otras personas.** Y por otro cada vez que tomamos una decisión, es decir **cada vez que elegimos una opción de entre las posibles, nos vamos dando forma como personas.**

Para entender esta cuestión pensemos en nuestros compañeros de trabajo, todos tenemos más o menos una idea de “como son”, de “cómo se comportan”. Tanto en lo relativo a su relación con los compañeros, como en lo relativo a su relación con los usuarios del sistema de salud. Seguro que todos sabemos quien es más proclive a cambiarnos una guardia, porque ya lo ha hecho otras veces; o con quién podemos hablar de una duda acerca de un paciente, ya sea porque habitualmente le vemos interesándose por las novedades o porque siempre está dispuesto a valorar a un paciente cuyo diagnóstico o tratamiento nos ofrece dudas. Así pues nosotros **tenemos una imagen de los demás por su conducta**, por cómo actúan, por cuáles son sus opciones o elecciones: actúan cambiándonos la guardia, valorando a ese paciente que nos ofrece duda. Ahora bien, no olvidemos que igualmente **ellos tienen una imagen nuestra conformada por nuestras elecciones** y por nuestra conducta en definitiva.

Llegados hasta aquí hemos mostrado la dificultad de tomar una buena decisión, la dificultad de elegir el curso de acción óptimo, y la importancia de lograrlo. La pregunta es: **¿qué interviene en la elección de los cursos de acción además del conocimiento técnico, que por supuesto es insustituible?** En mi opinión **la valoración** que hagamos de una **situación concreta.**

Tenemos unos conocimientos técnicos, sus enunciados son teóricos o generales, los hemos aprendido así en la universidad. Pero, ¿qué pasa en la práctica diaria?, esos conocimientos no son una especie de plantilla que encaje a la perfección con la situación clínica que tenemos ante nosotros. Esta diferencia la

resolvemos haciendo una valoración de la situación clínica.

A esto nos referíamos en el párrafo que aludía a que el conocimiento en sí puede estar libre de valores, pero la aplicación del mismo no. **La utilización del conocimiento, el para qué, el cómo lo aplicamos, a quién se lo aplicamos no está libre de valores.** Razón ésta por la que a la hora de tomar decisiones en situaciones concretas que plantean desacuerdos, ya sea entre profesionales, con los pacientes o sus familias o con los gestores, resulta imprescindible el diálogo. **Los desacuerdos son acerca de una opción, de la elección de una conducta a seguir ante una determinada situación.** Para llegar a un acuerdo resulta útil conocer el valor que los hechos planteados en la situación tienen para cada uno de los implicados y respetarlo, **no se trata por tanto de elegir un curso de acción que niegue un valor**, sino de elegir uno que respete lo más posible los valores en conflicto. Esto es una forma de manifestar el respeto por aquel que no tiene las mismas creencias o valores que nosotros.

¿Es lo mismo respetar valores que cuestionarlos? Mi opinión es que no. Cuestionarlos significa la posibilidad de dar razón de ellos, de deliberar sobre ellos. **Si no deliberamos sobre los valores faltará la lucidez que proporciona la reflexión compartida sobre lo que nos mueve a elegir determinadas conductas.** Ortega decía de la ética que *“es el arte de elegir la mejor conducta”*. Efectivamente la ética trata de saber cuál es la mejor conducta, y si detrás de las conductas están los valores bueno será que entre todos enriquezcamos este debate, para que los valores que prevalezcan en la sociedad sean los mejores.

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

Correo electrónico: graciaal@gmail.com

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [Curso CUIMPB: Limitaciones terapéuticas en demencias](#). 3 y 4 de diciembre. Consorcio Universidad Internacional Menéndez Pelayo de Barcelona, la Fundación Letamendí Forns y la Fundación Víctor Grifols i Lucas, organizan el curso "Limitaciones terapéuticas en demencias". Sala Mirador. Centre de Cultura Contemporània de Barcelona (CCCB). Montalegre, 5. Barcelona
- [III Congreso Internacional de Bioética. Justicia y Vulnerabilidad](#) organizado por la Red de Investigación Bioética del Departamento de Filosofía Teórica y Práctica de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona los días 29 y 30 de octubre de 2012 en la Sala Gran de la Facultad de Filosofía, Universidad de Barcelona (c/ Montalegre, 6, 4ª planta).
- Intensive Course "Ethics of Reproductive Technologies". (Leuven, Belgium, 14-16 November 2012)

Congreso conmemorativo del centenario del nacimiento de Paul Ricoeur (1913-2005)

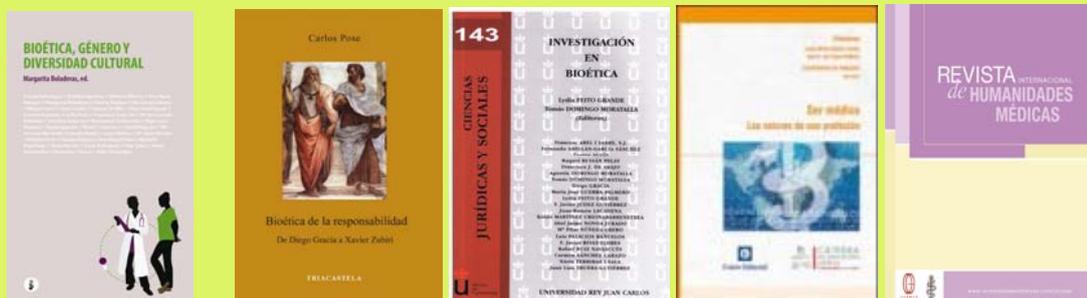
Congreso Internacional sobre "bioética y hermenéutica". Se explorará las posibilidades de la tradición hermenéutica para pensar los temas de bioética. El congreso está dirigido tanto a filósofos como a aquellas personas interesadas en la bioética y en el planteamiento de nuevas formas de acercarse a los problemas de la ética médica. Uno de los grandes temas del congreso será la deliberación, la cual encuentra en el terreno de la bioética un magnífico campo de aplicación y tiene en la propuesta hermenéutica su fundamentación reflexiva.

El Congreso tendrá lugar en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Valencia, del 20 al 22 de febrero de 2013.

Web del Congreso: www.ricoeur2013.com. Dirección electrónica: ricoeur2013@gmail.com.



Bibliografía y fuentes de Bioética



- L. Feito y T. Domingo (eds.) Investigación en Bioética. Universidad Rey Juan Carlos / Dykinson. Madrid, 2012.
- M. Boladeras (ed.) Bioética, género y diversidad cultural. Proteus. Capellades, 2012.
- C. Pose. Bioética de la responsabilidad. De Diego Gracia a Xavier Zubiri. Triacastela. Madrid, 2012.
- J. Millán Núñez-Cortés. Ser médico. Los valores de una profesión. Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly – UCM. Unión editorial. Madrid, 2012.
- T.H. Murray. La ética y la biología sintética: cuatro corrientes, tres informes. Fundación Víctor Grifols i Lucas. Barcelona, 2012.
- Nueva revista: [REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS](#)

Cajón de bioética y más

Tal como anda el mundo...

La risa es un potente y efectivo sistema de relajación. Ante situaciones de estrés, agotamiento, decaimiento y otras habituales compañeras de nuestros días, conviene “echarse unas risas” como solemos decir, para aliviar, relajar el cuerpo y la mente, y, sobre todo, relativizar muchas de nuestras preocupaciones.



Reírse de uno mismo, poner “entre paréntesis” las sesudas reflexiones que hacemos sobre “lo mal que va todo”, y alegrarse de seguir viviendo, es una buena didáctica para estos tiempos en que nos consumen los problemas y la desesperanza.

Los talleres de risoterapia insisten en que la risa es terapéutica, que es perfectamente posible cambiar hábitos malhumorados por una perspectiva más positiva y optimista, que esto favorece la comunicación, la resolución de problemas y hasta permite dormir mejor.



En incluso parece que la costumbre de sonreír, de tomar las cosas por el lado bueno, de contener la agresividad y sustituirla por una solución constructiva es algo que puede ir reforzando esas conexiones neuronales, haciendo que, progresivamente, las respuestas más automáticas sean éstas y no las negativas.

En el fondo, somos hijos de la costumbre y esto, que ya afirmaban los clásicos, implica la necesidad de cultivar buenos hábitos, de formar el carácter, de no descuidar ese entrenamiento diario en lo positivo. Quizá aquí esté la clave de una educación que favorezca el diálogo, la tolerancia, el respeto y la solidaridad. Si el otro no es el enemigo, sino otro humano con el que puedo compartir la risa, seguro que encontramos soluciones más creativas, más fructíferas, y... más divertidas.

Lydia Feito Grande

Profesora de la Universidad Complutense de Madrid

