

## *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

- Responsabilidad de organizaciones P.2
- Nepotismo P.5
- Casuística: bioética sin teoría P.8
- Nacimiento antropología moderna P.8
- Seminario Bioética en Brasil P.12
- Envejecimiento saludable P.15
- Caso clínico comentado P.16
- Experiencia de derecho y deber P.25

## Desde la redacción

En esta parte del mundo estamos en verano, para muchos el inicio del merecido descanso. Tiempo para relajarse, disfrutar de la familia, los amigos, las aficiones, los viajes, el placer de no mirar el reloj, y el gazpacho fresquito. Un tiempo que todos anhelamos y que, sea cual sea el plan previsto, y sean cuales sean nuestras posibilidades, intentaremos aprovechar al máximo. Se van cerrando asuntos, se van produciendo despedidas. Siempre con ese rostro ilusionado de quien puede tomar distancia por un tiempo, dejar las preocupaciones a un lado, y lanzar un “hasta luego” que implica la promesa de un futuro por venir, del que siempre esperamos algo nuevo y bueno.

Obviamente no todo el mundo tiene este privilegio. Y por ello no dejamos de prestar atención a los asuntos importantes, a las injusticias que siguen golpeando a las personas. Pero por un breve tiempo, acaso un instante, soñamos que el mundo es un lugar amable, en el que podemos dejar que el sol nos ilumine y nos inspire mágicas aventuras por los siete mares.

Y es que los seres humanos necesitamos estos espacios de bienestar, de calma y de alegría. Sin ellos no podríamos resistir. Nos alimentan, nos dan fuerzas, nos animan a seguir luchando, nos sirven de soporte y de aliento. De hecho, intentar ver las cosas de un modo positivo es también un modo de construir un mundo mejor. Porque detrás de cada caída hay un levantarse de nuevo. Detrás de cada problema, hay una solución. Detrás de cada error hay un aprendizaje y un crecimiento. Y cuando las situaciones son tan graves, tan trágicas, tan terribles como para que no pueda hallarse nada bueno, al menos necesitamos la esperanza para seguir viviendo.

Seguramente el ser humano puede hacer tan grandes cosas porque sigue aspirando a más, porque sigue soñando, porque puede ver más allá de la dura, tozuda e insidiosa realidad. Porque hay quien ha escrito poemas en mitad de una guerra, hay quien ha realizado actos solidarios en mitad de una desgracia, hay quien ha tocado el piano acallando el ruido de las bombas, hay quien ha tomado la mano de otro mientras la muerte les acechaba. El ser humano es sorprendente y grandioso. Y a veces esto se hace más palpable en las pequeñas historias, de personas anónimas, que no renuncian a lo humano, a pesar de todo.

Soñar es pues imprescindible, para vivir, para pelear por la vida, para seguir intentando que la vida sea hermosa para todos. Así, en palabras de Benedetti, conviene “Defender la alegría como una trinchera / defenderla del escándalo y la rutina / de la miseria y los miserables / de las ausencias transitorias / y las definitivas”. Feliz verano.

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

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

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

## Consejo Editorial

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

*Colaboradores:*

D<sup>a</sup>. Gracia Alvarez Andrés  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Teresa de Campos Velho  
D<sup>a</sup>. Carmem L. Colomé Beck  
D. Manuel Cortés Blanco  
D. Tomás Domingo Moratalla  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Tránsito Domínguez  
D. Alvaro Garcia Rossi  
D. Diego Gracia Guillén  
D. Robert Hall  
D. Javier Júdez Gutiérrez  
D<sup>a</sup>. Elisabeta A. Nietzsche  
D<sup>a</sup>. Nuria Pérez de Lucas  
D. Alberto M. Quintana

El boletín se publica trimestralmente.

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

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



# La responsabilidad de las organizaciones

El análisis de las organizaciones, de las empresas, de los grupos, como clave para la comprensión de los conflictos de valores y como toma de conciencia de la importancia que tienen, más allá de las apelaciones a las actitudes individuales, es uno de los campos que resultan de indudable interés para la comprensión de las profesiones sanitarias en la actualidad. La mayor parte de los profesionales trabajan en organizaciones sanitarias, públicas o privadas. Y la estructura y gestión de dichas organizaciones son clave para la promoción de los valores propios de la medicina (la actividad sanitaria), o para su destrucción. Dado que el marco de las relaciones humanas en las sociedades avanzadas es la economía, las actividades empresariales tienen una gran importancia y resulta imprescindible plantearse la pregunta por la posibilidad de la conciliación entre ética y empresa. En el caso de la bioética esto supone abordar la actividad sanitaria como empresa, comprender la inserción de la labor profesional dentro de las organizaciones y asumir que la promoción de los valores, la elevación de la "altura moral" de la sociedad, no puede hacerse al margen de las instituciones.

Algunos consideran que es una relación imposible, que la búsqueda del beneficio económico, que es un objetivo para las empresas, es incompatible con otros bienes o valores propios de las actividades profesionales. Sin embargo, cada vez más se tiende a pensar que recuperar la responsabilidad y la aspiración a la calidad como objetivos de la empresa sanitaria es una de las vías para la realización efectiva de los cambios que contribuyan a una mejor realización de los valores, que es el único objetivo de la ética. Éste es el ámbito de la ética de las organizaciones sanitarias.

«Se requiere más bien un enfoque integral que entienda que la dimensión moral no es algo externo a la empresa, ni tampoco un mero instrumento al servicio del beneficio empresarial, sino que responde más bien a la necesidad de legitimación o validez que requiere la empresa como institución social que es.» (1)

Es claro que toda organización, como la sanitaria, debe incluir ciertos valores socialmente aceptables, que hacen que su práctica sea éticamente defendible. En este caso, velar por la salud de los ciudadanos supone un bien tan incuestionable que, probablemente, oscurece otro tipo de

objetivos que, sin embargo, son necesarios para mantener su legitimidad. Profesionales desmoralizados (en el sentido de "perder el ánimo") que se limitan a "cumplir", que han perdido o nunca encontraron el ideal de su labor, o una preocupación desmesurada por los beneficios por parte de los gestores, por poner algún ejemplo, son muestras de la necesidad de evaluar los fines y los medios desde la perspectiva de los valores. En ningún caso significa esto que, al analizar el sentido de las prácticas y actividades profesionales, el criterio económico sea inmoral en sí mismo, sino que lo será en la medida en que sea el único criterio que oriente la toma de decisiones.

## La medicina como una práctica moral

El concepto de "práctica" puede darnos algunas pistas al respecto. A. MacIntyre define la "práctica" como «cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma mientras se intenta lograr los modelos de excelencia que le son apropiados a esa forma de actividad y la definen parcialmente, con el resultado de que la capacidad humana de lograr la excelencia y los conceptos humanos de los fines y bienes que conlleva se extienden sistemáticamente.» (2) Así, la tarea de una empresa u organización puede ser considerada como una práctica, definida por sus bienes internos y también por los externos. Estos últimos son los que se derivan del ejercicio de la práctica: beneficios o logros, mientras que los bienes internos son los que dan sentido y validez a la práctica, aquellos que le dotan de legitimidad y que le hacen ser lo que es, en función de los fines que persigue.

Este concepto de bienes internos guarda relación con la virtud, en un sentido aristotélico, «una virtud es una cualidad humana adquirida, cuya posesión y ejercicio tiende a hacernos capaces de lograr aquellos bienes que son internos a las prácticas y cuya carencia nos impide efectivamente el lograr cualquiera de tales bienes.» (3) Esto quiere decir, que hay un compromiso moral en el ejercicio de una práctica, y que dicho compromiso atañe a los fines que persigue, a los bienes que le dan sentido. De ahí que haya una relación entre bienes internos y virtudes, que, sin embargo, se da de diferente modo con los bienes externos. La posesión auténtica de las virtudes es absolutamente necesaria

para el logro de los bienes internos, pero esas mismas virtudes pueden impedir, reconoce MacIntyre, el logro de los bienes externos. Es decir, la virtud conlleva situarse en ese camino hacia la excelencia que es el fin de la práctica a la que nos referimos, pero no siempre existe una correlación positiva entre esa excelencia y el reconocimiento social o el beneficio. Más bien al contrario, puede ser incluso un obstáculo, de modo tal que quien sea más “virtuoso”, en el sentido apuntado, no será, necesariamente, quien obtenga más “éxito”.

MacIntyre no duda en diagnosticar que en aquellas sociedades en las que haya llegado a ser dominante la búsqueda de bienes externos —como, probablemente ha ocurrido en el mundo desarrollado—, es esperable una decadencia del concepto de virtud, o incluso su desaparición. No obstante es posible también que aparezcan “simulacros” de virtud, apariencias de bienes internos que pueden enmascarar el objetivo de la búsqueda del beneficio como único fin. Tal podría ser la situación de las empresas en las que la responsabilidad social — término, por otra parte, empleado cada vez más— es más bien una “fachada”, un “lavado de cara”, y no un auténtico compromiso con la sociedad. Conviene tener esto en cuenta para desvelar aquellas situaciones en que la ética se ha convertido en etiqueta, y la responsabilidad en una palabra vacía pero útil para la publicidad. No cabe pensar en situarse al margen de los valores y preocupaciones sociales, porque con ello las organizaciones pueden lograr, sin duda, beneficio económico, pero serán profundamente inhumanas.

Desde luego, tampoco podemos pedirle a la organización que sea un agente de moralización de la sociedad. No es la instancia idónea para tal empeño. Pero, sin duda, se le puede exigir que no produzca daño a la sociedad, que no contribuya a aumentar las desigualdades, ya que se trata de instituciones socioeconómicas que tienen una responsabilidad moral con la sociedad. La organización «ha de cumplir unas *funciones* y asumir claras *responsabilidades sociales*, es decir, ha de tomar *decisiones morales* (...) No quiere decir esto que la responsabilidad de los individuos se diluya en la del conjunto de la empresa, sino que *la ética no es sólo individual, sino también corporativa y comunitaria.*» (4)

En el fondo, la tarea de la ética, como en tantas otras ocasiones, es aquí la de convertirse en un acicate para el cambio, en promover un inconformismo que sirva de motor al cambio, en ser aguijón contra la desmoralización, a la búsqueda de ese proyecto, tan denostado pero tan necesario, que es apostar por la calidad y la excelencia.

El verdadero problema radica en identificar cómo se va a llevar a cabo ese cambio, cómo vamos a plantear la responsabilidad profesional como clave de la ética de las organizaciones y como elemento fundamental para la defensa de los valores que consideramos importantes. Es una tarea de reflexión sobre los fines, y también sobre el cómo de la toma de decisiones y del ejercicio de dichos fines. Es un auténtico cambio de actitudes, cuyo núcleo radica en

el compromiso con un ideal a lograr. Se trata de una propuesta de excelencia: la responsabilidad como aquello que dota de sentido la actuación y que obliga a la coherencia interna de las acciones.

La tarea sanitaria es una labor impregnada de valores específicos que se ejecuta en el entorno de instituciones u organizaciones cuya legitimidad proviene de la persecución y logro de dichos valores. Reconocer esta situación y promover con ello la calidad es el objetivo primordial de la reflexión ética en este ámbito. La bioética ha venido a subrayar las incertidumbres, a promover la deliberación y la prudencia, a tomar conciencia de los elementos en juego, y a llamar a la responsabilidad como compromiso necesario con el futuro. Todo ello desde la búsqueda de la excelencia, como objetivo irrenunciable, pues si los profesionales no aspiran a la excelencia, el valor social de su tarea se degrada y pierde legitimidad.

### El ideal de la confianza

El compromiso con la calidad puede establecerse por medio de modelos de evaluación y acreditación, que tienen un importante desarrollo y resultan útiles, sin embargo, con ello no se agota la vía de la responsabilidad profesional en el entorno de la búsqueda de la excelencia que se marca como ideal.

En nuestro ámbito, buena parte de este compromiso tiene que ver, además, con la confianza. Es obvio que las empresas necesitan la confianza de los usuarios para poder ser aceptadas y mejorar su calidad. Y también que la empresa sanitaria, en la medida en que atañe a personas que sufren, que son vulnerables, que están en una particular condición de necesidad, en mayor o menor grado, requiere de la confianza como una de las claves de la relación asistencial en general. Esto tiene que ver con su credibilidad, y por tanto es beneficioso para la propia empresa u organización, (5) pero, lo que es más importante, tiene que ver con su legitimidad moral.

Este ideal de la confianza es, además, propio de nuestra cultura mediterránea. Como destaca Diego Gracia, (6) la relación asistencial está basada, para nosotros, en el establecimiento de un vínculo de confianza, y no en el mero contrato mercantil o en la salvaguarda legal de unos derechos. Nos importa saber que el profesional —y por ende, la empresa, la organización sanitaria— es digno de que depositemos en él o ella nuestra intimidad, nuestra esperanza, nuestro miedo, o nuestro beneficio.

Una sociedad basada en la desconfianza es una sociedad abocada a su propia destrucción. Los ciudadanos deben sentirse vinculados para el logro de sus proyectos, la base de la creatividad y de la construcción de la sociedad está en la confianza mutua. Los mínimos que garanticen exclusivamente la supervivencia quedan cortos para favorecer el crecimiento moral y social.

Y son desde luego insuficientes cuando se trata del ámbito de la salud. La confianza es una garantía de poder esperar que los comportamientos de los otros no perseguirán nuestro daño o mal. Se trata de “poder esperar” algo del otro, no temer, no encontrar razones para sospechar o atisbar maldad, doblez o interés. Evidentemente, cuanta mayor es la importancia de lo que se pone en juego, y cuanta mayor es la vulnerabilidad de los agentes implicados, tanto mayor es la necesidad de confianza.

La confianza puede ser un recurso moral que tiene importancia en el entramado de las relaciones sociales, ya que permite esperar el cumplimiento de las normas, y también los compromisos adquiridos con la realidad y las personas. Se podría decir así que las organizaciones y las empresas asumen un contrato moral, en la medida en que ejercen y desarrollan ciertos bienes internos que les dotan de legitimidad social, generando expectativas que han de ser cumplidas, para no quebrar la confianza de los ciudadanos. De ahí la responsabilidad moral que adquieren, al exigírseles justificación de sus actos y de sus decisiones.

«Negar responsabilidad a las organizaciones, como en el caso de la empresa, significa negar que puedan existir decisiones más allá de las estrictamente individuales, como si toda praxis organizada no implicara una cultura, unos valores, una propia forma de ser y de enfrentarse a la realidad, un comportamiento normativamente esperado, como si no supusiera estructuras que limitan o potencian las propias decisiones individuales.» (7)

Las empresas –y los individuos– se mueven por intereses, claro está. El problema no reside en ellos, sino en la adecuación de los mismos a los valores sociales, en el “interés desinteresado”, que es el interés por la consecución de un fin legítimo, más allá de los beneficios que reporte. O, mejor dicho, considerando que los beneficios serán una consecuencia lógica del trabajo bien hecho, de la calidad, de la búsqueda del bien común, del respeto a los derechos y, en definitiva, de la coherencia con las responsabilidades asumidas.

Debemos elegir, pues, entre una sociedad de enemigos o una sociedad de ciudadanos que colaboran y en la que las organizaciones están al servicio de intereses comunes. Se trata de buscar una forma de reconocimiento que se oponga al fatalismo antropológico.

Podemos promover y fomentar una actitud de competitividad, efectividad a cualquier precio y beneficio económico. Podemos enseñar y entrenar para aprovechar las posibilidades y para atacar atraídos por la debilidad del enemigo. O podemos educar para ser personas y fomentar un compromiso con la justicia y con el bienestar global.

Es cierto que la sociedad y la economía probablemente nos empujen a enseñar que, además de ser buena persona (elemento que es bien aceptado, aunque sea sólo como ornamento), sobre todo, lo más importante es tener dinero, tener poder,

tener más –que no ser más– que el resto de la gente. Sin embargo, cabe pensar si éste es el mejor legado que le podemos dejar al mundo y si, con ello, no estamos contribuyendo a mantener la jungla de la desconfianza. Si seguimos enseñando la supervivencia, en lugar de la convivencia, jamás cambiaremos ese sistema que asumimos como una suerte de mal necesario e inapelable. Sin una cierta dosis de heroísmo, estamos condenados a la inmoralidad de una sociedad en la que no parece haber más valor que el del dinero. Por supuesto, no podemos exigir compromisos heroicos individuales, ya que éstos, además de formar parte exclusivamente de las exigencias que cada uno pueda imponerse, suponen una opción por una probable autodestrucción. El mundo del beneficio meramente económico ni entiende ni soporta la apelación a valores distintos de los suyos. Sin embargo, sí podemos promover esa moral desde los grupos (desde las corporaciones, desde las empresas, desde todo tipo de formas de asociación civil, desde la formación de los profesionales), y de ahí que el papel de las empresas sea tan importante. Porque como auténticos agentes de cambio social, como lugares de actividad de la sociedad civil, han de comprometerse con esta transformación. Hemos de buscar el reino de los fines, imaginar mundos de paz (en expresión de P. Ricoeur) como único modo de plantear un ideal, un horizonte hacia el que tender, que dé sentido a nuestro devenir.

«Proponed lo que es factible, me dicen a cada momento. Es lo mismo que si me dijeran: proponed que se haga lo que ahora se hace o, por lo menos, algo bueno compaginable con lo malo existente. En ciertas materias eso es menos práctico que lo por mí propuesto: con esa alianza se echa a perder el bien y no se cura el mal.» (8)

Se trata, ni más ni menos, que de preguntarnos qué clase de mundo queremos construir, sabiendo de la dificultad inherente al empeño de lograr un modelo compartido, al menos en sus mínimos, por todos. Confiando en que haber definido el horizonte hacia el que tender es la clave para elegir el camino a seguir.

**Lydia Feito**

Profesora de Bioética  
Universidad Complutense de Madrid

1. Cortina, A., Conill, J., Domingo, A., García Marzá, D. *Ética de la empresa*. Trotta. Madrid, 1994. p.130.
2. A. MacIntyre, *Tras la virtud*. Crítica. Barcelona, 1987. p.233.
3. *Ibid.* p.237
4. A. Cortina, *op.cit.* p.81
5. A. Cortina. “La ética de las organizaciones sanitarias” *Gerencia y Políticas de Salud* n.3 (2002) pp.6-14.
6. Cfr. Diego Gracia “Calidad y excelencia en el cuidado de la salud” En: Lolas F. (ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2000. p. 35-52.
7. García-Marzá, D. «La responsabilidad por la praxis: la ética discursiva como ética aplicada.» En: A. Cortina & D. García-Marzá (eds.) *Razón pública y éticas aplicadas*. Tecnos. Madrid, 2003. p.179-80.
8. Rousseau, J.J. *Emilio*. Porrúa. México. 1989. p.6.

## El comentario de Diego Gracia



### Nepotismo

Cornelio Nepote fue un importante historiador romano, amigo de personajes tan significativos como Catulo, Varrón, Ático y Cicerón. Su nombre latino era *Cornelius Nepos*, lo que traducido al español sería Cornelio Nieto, aunque a veces cobra también el sentido de sobrino y aún de simple descendiente. Era un sobrenombre o apellido usual en el mundo romano, que llevaron con dignidad mayor o menor varios personajes ilustres e incluso un emperador. Lo cual hace sospechar que un cierto “nepotismo” pudo existir ya entonces. De hecho, casos flagrantes de nepotismo parecen haberse dado a todo lo largo de la historia, algunos dentro del propio mundo romano, como el de Pompeyo y su suegro Metelo Escipión.

Pero la figura conocida con el nombre de nepotismo no procede de ahí. *Nepote* es un vocablo usual en la lengua italiana, donde no significa nieto sino sobrino. Según parece, era el modo como denominaban los altos dignatarios eclesiásticos de la curia romana a su descendencia ilegítima, y que por extensión se aplicaba también a la legítima. Muchos sobrinos llegaron a ser cardenales, hasta el punto de que la figura del *cardinale nepote*, ya existente en la Edad Media, llegó a su apogeo durante los siglos XVI y XVII. Tal llegó a ser el escándalo, que Inocencio XII abolió esta figura, mediante su bula *Romanum decet pontificem*, de 1692, a pesar de que la práctica, ahora ya en tono menor, continuó por no menos de un siglo.

Pero lo que hoy resulta más sorprendente es que de esto se hizo teología, llegando a discutirse en varios Concilios. Porque no se trataba sólo de la ayuda a los hijos ilegítimos, sino a los familiares en general. Y parece razonable pensar que el éxito de un miembro de la familia genera en éste ciertas obligaciones de ayuda con los demás. La cosa venía de lejos. Tomás de Aquino se plantea en la *Suma teológica*, al hablar del *ordo caritatis*, si los familiares deben ser los más queridos (*utrum sit maxime diligendus ille qui est nobis coniunctus secundum carnalem originem*, II-II, q. 26, a. 8). Recuerda que uno de los preceptos del decálogo manda honrar a los padres y familiares (Ex 20,12). Y como siempre, busca resolver el problema a través de una distinción. Esto es lo que convirtió en proverbio escolástico el *qui bene arguit semper distinguit*. La distinción, en este caso, consistía en distinguir diferentes dominios. El amor a los consanguíneos se funda en la comunidad biológica y los vínculos sociales en la comunidad civil. Y al comparar una con otra, vemos que la primera es previa a la segunda e inamovible, además de que tiene carácter sustantivo, en tanto que la segunda es una relación sobrevinida y modificable. De lo que se deduce que el amor a los consanguíneos es más profundo (*stabilior*), lo que no obsta para que los otros tipos de amistad puedan ser mejores en su propia línea. De ahí que concluya: el amor a los consanguíneos prevalece en todo aquello que tiene que ver con la naturaleza biológica, por lo que tenemos una obligación mayor de proveerlos de todo lo necesario (*unde magis eis tenemur in provisione necessariorum*).

Todo esto lo expone Tomás de Aquino en su análisis de la virtud de la caridad. Pero el tema no podía no aparecer de nuevo en la parte dedicada a la virtud de la justicia. En ella, en efecto, dedica una cuestión, la 63, al tema de la acepción de personas (*de acceptione personarum*). Allí dice algo sin lo cual la explicación anterior quedaría incompleta. Persona, dice Tomás de Aquino, equivale a *dignitas*. Y la dignidad de las personas pertenece, añade, a la justicia distributiva. De ahí, concluye, que la acepción de personas, cuando respeta la *dignitas* que viene exigida por la justicia distributiva, no sea pecado. Porque

*consistit enim aequalitas distributivae iustitiae in hoc quod diversis personis diversa tribuuntur secundum proportionem ad dignitates personarum.* Por tanto, la igualdad que caracteriza y define a la justicia, consiste, en el caso de la justicia distributiva, en tratar a cada persona en proporción a su dignidad; léase, *dignitas*, es decir, nivel. Porque eso es dar a cada uno lo suyo, por tanto, aquello que le corresponde. La acepción de personas consiste en no respetar este principio, como sucede caso de promover *ad magisterium* a alguien por cualquier otra razón distinta de la ciencia. Esto sucedería también, añade Tomás de Aquino, si se promoviera a alguien *ad praelationem vel magisterium* por el mero hecho de ser rico, o consanguíneo suyo (*vel quia est consanguineus suus*). ¿Está pensando en los cardenales nepotes? No podemos saberlo. Pero el caso es que añade que la consanguinidad hace a alguien digno para que se le instituya heredero del patrimonio, pero no para que se le confiera una prelatura eclesiástica (*consanguinitas facit aliquem dignum ad hoc quod instituat heres patrimonio, non autem ad hoc quod conferatur ei praelatio ecclesiastica.* II-II q. 63, a.1).

Los pensadores siempre se distinguen porque su propio pensamiento les obliga a afinar en el análisis de los problemas. Y Tomás de Aquino afina mucho, más de lo que parece. Al hablar del amor deja claro que hay amores y amores, y que los vínculos de la sangre son, en primer lugar, naturales, y en segundo, muy fuertes. Estos vínculos es obvio que han de generar cierto tipo de obligaciones morales. Pero ahora, cuando se ocupa de la justicia, añade que la acepción de personas no puede llevar a la comisión de injusticias. Esto significa que resulta preciso distinguir dos órdenes, el de las obligaciones perfectas o de justicia, y el de los deberes imperfectos o de beneficencia. En aquéllas no cabe la acepción de personas, so pena de resultar injusto. En este otro ámbito, por el contrario, no sólo la acepción de personas no es incorrecta, sino que resulta exigible. Este es el principio que Tomás de Aquino establece como colofón de todo su razonamiento: “Hay dos modos de dar: uno pertenece a la justicia, por el que se da a alguien lo que se le debe; y en tales casos puede cometerse acepción de personas. Otro modo de dar es el perteneciente a la liberalidad, por el que se da gratuitamente lo que no se debe: tal es la donación de la gracia, por la cual Dios eleva a los pecadores. En esta clase de donación no tiene lugar la acepción de personas, porque cualquiera, sin injusticia, puede dar de lo suyo cuanto quiera y a quien quiera, según Mt 20,14.15: *¿No me es lícito hacer lo que quiero? Toma lo tuyo y vete.* (II-II q. 63, a. 1, ad 3)

¿Tiene esto alguna aplicación a nuestros días? Como mínimo debería tenerla, habida cuenta de que el nepotismo es hoy idéntico, si no mayor, al de épocas pasadas. Abrimos el periódico de hoy mismo y nos informan que el Tribunal de Cuentas, un organismo público que no puede regirse más que por el principio de justicia, con algo más de 700 trabajadores, tiene casi un centenar de familiares de altos y ex altos cargos de la institución y de sus principales representantes sindicales, en especial de la UGT. Como muestra, valga un botón: los dos últimos presidentes del comité de empresa acumulan 17 allegados. Cualquiera se escandaliza al conocer esto. ¿Cómo lo califican los periódicos? ¿De nepotismo? No, eso ya casi nadie sabe lo que significa. Lo llaman “enchufismo” y “amiguismo”.

Son los mismos perros con nuevos collares. Pero que siempre añaden alguna peculiaridad. Pensemos en lo del amiguismo. En la lengua inglesa suele conocerse como *cronyism*. Si, como se supone, este último término procede del griego *chrónios*, cuyo significado es viejo, de mucho tiempo, prolongado, el término *cronyism* habría que traducirlo al castellano por el favoritismo, nepotismo o enchufismo aceptado y aceptable entre los “viejos amigos”, es decir, entre los “verdaderos amigos”. La cuestión es de una enorme actualidad, sobre todo en la cultura que cabe llamar latina o mediterránea. Por un amigo, por un amigo de verdad, por un viejo amigo, se hace cualquier cosa, incluso aquello que está prohibido o resulta injusto. Por ejemplo, por un viejo amigo se miente, o se testifica en falso. Lo otro, el decir la verdad no es signo distintivo de amistad; eso lo hace cualquiera. Tal es el tipo de razonamiento que se encuentra en el fondo de esta forma de pensar. Tomás de Aquino decía que al amigo cabe distinguirle o beneficiarle en todo aquello que no atente contra la justicia. Se le puede beneficiar, pero sin por ello ser injusto con los demás. Cuando se otorgan puestos a los amigos sin conceder a todos los

concurdantes igualdad de oportunidades, se está incumpliendo el primario deber de justicia. En la cultura latina, en la que tanto presumimos de amistad, se tiene por lo general una idea completamente errónea de su significado. No es infrecuente oír expresiones como estas: "Por un amigo se hace todo, incluso lo injusto. Si sólo hiciéramos por él aquello que es justo, ¿dónde estaría la prueba de la verdadera amistad? Eso lo hace cualquiera." Tal es el modo de razonar de buena parte de nuestra ciudadanía.

¿Cabe derivar de esto alguna moraleja? ¿Es verdad que favorecemos a los amigos sólo cuando ello no atenta contra el principio de igualdad de oportunidades? Pensemos en algo tan concreto como la asistencia sanitaria. No hay duda de que los profesionales sanitarios tienen un cierto derecho de pernada en orden a su propia asistencia. Siempre se aduce la misma justificación: también los empleados de las compañías aéreas tienen ventajas en sus empresas, y los empleados de banca en las suyas, etc. Pero la pregunta sigue en pie: ¿respetamos siempre el principio de igualdad de oportunidades, o saltándonos listas de espera incumplimos con nuestros deberes de justicia? Cuando las cosas llegan a este punto, es útil echar mano del modo como alguna vez se las pone fin en los relatos evangélicos: *qui potest capere, capiat* (Mt 19,12).

**Diego Gracia**

Catedrático de Historia de la Medicina  
Universidad Complutense de Madrid



## La casuística como bioética sin teoría: una perspectiva personal

Debo manifestar al inicio que mi tradición filosófica es anglosajona. La moralidad, en mi opinión, es una construcción social-cultural de normas y pautas que les permite a las personas vivir juntas. La ética teórica, por contraste, consiste en la manera en que justificamos nuestras decisiones: el racionalismo de Kant, el utilitarismo de Peter Singer y Richard Hare o las virtudes de Aristóteles. Estas perspectivas teóricas pretenden darles a las decisiones morales una fundamentación universal y absoluta. Desde mi perspectiva, la moralidad es relativa a la cultura —no es universal, ni absoluta. Aunque las teorías éticas de la fundamentación de las decisiones morales reflejan valores importantes de nuestra cultura, el proyecto de fundamentación, en mi opinión, es una equivocación. No es necesaria una ética teórica para justificar las decisiones morales. Las teorías no justifican una cultura; es la cultura lo que justifica las decisiones. Así pues, puede decirse que dicha perspectiva es a-teórica o anti-teórica. Para una bioética adecuada, por lo tanto, es necesaria una metodología, no una ética teórica.

La casuística es una metodología no-teórica de la ética aplicada; en la bioética contemporánea es alternativa al principialismo y, en mi opinión, está relacionada con la bioética narrativa.

### El Principialismo

El Informe Belmont (1972) es un punto central en la historia de la bioética porque formuló la primera declaración de los principios que eventualmente se convirtieron en un marco estándar tanto de la ética de la investigación como de la bioética clínica. Esta metodología fue desarrollada filosóficamente en el libro *Principios de Ética Biomédica* publicado en 1979 por Tom Beauchamp y James Childress, por medio de sus principios de no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Estos principios fueron justificados por su fundamento en la moralidad común y empleados en el análisis de casos; a partir de este análisis se pudieron deducir soluciones a problemas biomédicos.

El problema del conflicto de principios en casos específicos provocó un desacuerdo entre dos interpretaciones del principialismo. Algunos bioeticistas dicen que se necesitaba una jerarquía de principios, mientras que otros opinan que no se necesitaba más que un equilibrio reflexivo entre los principios. Además, esta metodología tiene el problema de la justificación: originalmente Beauchamp y Childress dijeron que su metodología estaba basada en el hecho de que los cuatro principios eran aceptados por consenso popular. El Informe Belmont fue un ejemplo de tal consenso social, porque los diversos miembros de la Comisión Nacional habían logrado un acuerdo sobre estos principios.

Más tarde (en la quinta edición de su libro) Beauchamp y Childress dijeron que, en vez de un consenso explícito, los principios forman parte de la moralidad común de nuestra sociedad. El problema es que el concepto de “nuestra sociedad” es un concepto relativista, y Beauchamp y Childress todavía mantenían que la ética es algo universal y absoluto. Además ha habido mucha discusión sobre el problema de la especificación: puesto que existen diferencias entre un caso y otro, frecuentemente no es posible someter un caso particular bajo un principio específico. Hay una falta de coherencia entre principios y casos. Los principialistas dijeron que es necesario “especificar” los principios a casos individuales, pero esta especificación, a fin de cuentas, no funciona, debido al conflicto de principios y la complejidad de los casos.

## La Casuística

Filosóficamente, el método casuístico tiene sus raíces en la filosofía de Aristóteles y su distinción entre el pensamiento teórico-científico (*episteme*) que trata de descubrir leyes naturales y el pensamiento práctico (*phronesis*) que es particular y circunstancial. Tomar decisiones morales, en su opinión, es un arte en vez de una ciencia empírica (el descubrimiento de leyes naturales) o una geometría deductiva desde principios universales.

Históricamente, el método casuístico era usado por los rabinos y los cristianos. En la iglesia católica la casuística estuvo muy de moda durante los siglos XVI y XVII, destacándose por los dominicos cuando la práctica católica puso énfasis en la confesión individual y la absolución por los sacerdotes. En ese entonces los sacerdotes tenían que calcular la gravedad de los pecados de sus fieles y asignarles una penitencia. La práctica se desarrolló en un método complejo de distinciones y diferencias relacionadas con distintos casos. Eventualmente, el método casuístico se transformó en un detallado sistema redactado en libros de textos religiosos. Esta fue una de las quejas de los protestantes, quienes sustituyeron el sistema de la casuística por la responsabilidad individual de la persona en su propia conciencia. En la época de la Ilustración, Pascal atacó el método casuístico tanto por sus complejidades como por su abuso, por ejemplo en la fabricación de excusas o pretextos para justificar las acciones de los ricos y poderosos. Es por eso que hoy en día, comúnmente se usa la palabra “casuística” en el sentido de razón engañosa o falaz.

Durante el ascenso del pensamiento científico, éste llevó consigo la idea de que la ética debía ser un sistema de reglas, leyes o principios. Desde la época de la Ilustración se ha concebido la ética de manera sistemática y deductiva – de manera principialista. La idea central de la casuística es que, en vez de una deducción de las normas correctas desde principios teóricos, se usa un método de comparación de casos inductivos para lograr una opinión en un caso particular. Esta casuística no es ética teórica, sino metodología independiente de una ética aplicada. El enfoque de la casuística es el análisis de las circunstancias del caso particular.

En su libro *The Abuse of Casuistry* (1986) Jonsen y Toulmin describen el método casuístico en varias características o etapas:

- El descubrimiento de casos paradigmáticos por analogía al caso en cuestión.
- La clasificación de los problemas morales según una taxonomía.
- El uso de máximas, pautas, dichos y aforismos comunes como guías para el análisis.
- El probabilismo de las conclusiones y la falta de certeza absoluta.
- El análisis del poder de los argumentos a cada lado del caso en cuestión.
- La evaluación del caso según el peso de la evidencia y los argumentos a cada lado y
- juicios basados en la acumulación de argumentos o razones.

Sin embargo, este juego de procedimientos no era el único aspecto de la justificación en la casuística clásica. Además de su uso de casos paradigmáticos y máximas, los casuistas clásicos justificaron sus juicios por apelación a las escrituras sagradas, opiniones de autoridad de los padres y doctores de la iglesia, argumentos de los filósofos antiguos y la historia y literatura clásicas. Se trata de la justificación por las autoridades: no en un sentido de una lógica deductiva desde pronunciamientos dogmáticos, sino usando las autoridades como evidencias, pautas o guías.

Obviamente, para un casuista secular moderno, estas fuentes de autoridad no serán las enseñanzas de una tradición religiosa. Por lo tanto, en nuestra época, además de los casos paradigmáticos, tenemos que considerar las fuentes de autoridad que ahora se pueden aceptar como posturas fidedignas. Apelamos frecuentemente a la ciencia, a los expertos distinguidos en la materia, a las asociaciones de médicos que han adoptado pautas y códigos de buena práctica, a las perspectivas de los filósofos bioeticistas, a las leyes y a casos legales precedentes. Y consideramos que la conclusión, o mejor aún, la resolución del caso, es más o menos fiable dependiendo del peso de la evidencia de las autoridades junto con máximas y casos paradigmáticos.

Por ser un proceso inductivo, una resolución casuística no es algo universal ni absoluto. Los casos paradigmáticos son diferentes en sociedades distintas, las leyes son diferentes, difieren las prácticas profesionales y las pautas culturales son distintas. No se puede presumir “legislar” para otra cultura –de hecho, no se puede legislar—. Legislar (en el sentido estricto de la palabra) es un concepto de la ética teórica de la Ilustración –ética sistemática, hipotética-deductiva—. Los filósofos, dice un teólogo protestante, Stanley Hauerwas, viven obsesionados con leyes universales y absolutas.

Por su naturaleza, la casuística es un tipo de relativismo, pero no es relativismo subjetivo. La moralidad no es relativa a las opiniones o deseos del individuo, es un relativismo social –decisiones relativas a la cultura dentro de la cual vivimos—. En nuestra cultura occidental existe una pluralidad de posturas éticas –somos multiculturales—. Estas posturas o perspectivas son a veces distintas e irreconciliables, e incluyen diferencias religiosas. Esto implica que dos personas considerando el mismo caso desde la perspectiva casuística, pueden llegar a tener conclusiones distintas porque se encuentran evaluando la evidencia de los casos y las autoridades de maneras distintas (igual que dos médicos pueden diferir en su opinión de un caso).

Además, las decisiones morales no son absolutas. Si una decisión está de acuerdo con casi todos los casos paradigmáticos y con todas las autoridades, esta conclusión es calificada como algo seguro (no debemos usar la palabra “correcta” –es palabra de argumentos silogísticos, deductivos—). Sin embargo, cuando existan diferencias entre autoridades, o entre casos, por analogías menos seguras, o consideraciones de principios en conflicto, o una reevaluación de los hechos, la conclusión será menos segura –o probable—. Y a veces hay problemas sin respuesta. Esta es la naturaleza de la ética –y la naturaleza de la vida—. Tenemos que aprender a vivir sin certeza: la casuística es existencialista.

Por lo tanto, no es que el método casuístico, por no ser un paradigma deductivo, no justifique los juicios éticos, sino que esta metodología sencillamente no fundamenta las decisiones de manera teórica, principialista, metafísica, ontológica o dogmática. Las decisiones casuistas están basadas en las normas de nuestra cultura, en la experiencia profesional, y en nuestros ideales, valores y principios –todos productos de una construcción social–, todos contingentes. Claro que los filósofos partidarios de una perspectiva teórica no van a considerar que esta metodología constituya una justificación aceptable, de acuerdo con su obsesión por una teoría normativa-deductiva. Sin embargo, los casuistas afirman que esto simplemente no es la naturaleza de la ética aplicada.

## **Casuística y bioética narrativa**

Como punto de acuerdo, se puede decir que la comunicación narrativa es de suma importancia para la bioética. Es esencial para la resolución de casos difíciles una explicación, análisis, y elaboración de la situación, desde la perspectiva del individuo que tiene que tomar la decisión –la historia de las personas involucradas, sus relaciones, sus obligaciones dentro de su red social—. Se puede explicar el proceso del tomar decisiones como deliberación, prudencia, circunspección y discernimiento a través de la narrativa del agente.

Entonces, desde la perspectiva narrativa, es razonable preguntar: en la metodología casuística de casos paradigmáticos, máximas culturales y autoridades, ¿dónde se encuentra el individuo, la persona que tiene que tomar la decisión? Esta metodología carece de los relatos de la gente involucrada, su historia, sus relaciones y obligaciones.

Esta crítica tiene razón y los casuistas están de acuerdo. En su libro *Ética Clínica*, Albert Jonsen y sus co-autores hacen del “contexto de la persona” uno de sus cuatro puntos de análisis. El individuo en su situación siempre tiene la última palabra. Sin embargo, creo que el punto del narrativismo es aún más básico que la metodología de análisis casuística. Quizás debamos decir que la casuística es un método de análisis dentro del contexto narrativo de la persona tomando una decisión. Pero todavía la casuística es un método para darse cuenta de todos los factores relevantes del problema –una manera de ponderación o deliberación—. Al final de cada historia –o del relato— las decisiones son siempre personales –siempre dentro de la narrativa de una vida—. Pero dicho esto, todavía existe la cuestión de cómo una persona va a tomar una decisión dado su relato. Creo que hay dos opciones: Uno puede seguir una metodología principialista (deductiva, universalista, absolutista) con el intento de aplicar principios al caso presente, o uno puede seguir una metodología casuística inductiva, pluralista, probabilista, situacionista, relativista. En mi opinión sería mejor renunciar al proyecto teórico-sistemático de los filósofos de la Ilustración y prestar atención a los hechos y el contexto del caso en particular.

## Conclusión

Hoy en día, es común decir que hay tres metodologías principales de la ética aplicada a la bioética: principialismo, casuística y bioética narrativa. En mi opinión la bioética narrativa, por su énfasis en la situación personal del individuo frente a la decisión, es la dimensión más básica y esencial de cualquier metodología de análisis. Por lo tanto, la casuística, como metodología de análisis, es compatible con la perspectiva narrativa. Además, la casuística no está en oposición al uso de principios o de una apelación general a los valores culturales, aunque no de manera deductiva, universalista-absolutista. La gran diferencia entre el principialismo y la casuística radica en si uno va a intentar deducir soluciones a partir de ideales absolutos o si uno va a proceder de manera inductiva –inclusiva para con todas las aportaciones de su cultura y si va a estar contento con decisiones probables de varios grados—.

**Robert T. Hall**

Universidad Autónoma de Querétaro



# Reseña: II Seminário Internacional de Bioética e Saúde Pública: desafios e perspectivas – II Simpósio Internacional de Ética na Pesquisa

**II Seminario Internacional de Bioética y Salud Pública: desafíos y perspectivas  
II Simposio Internacional de Ética de la Investigación  
Congreso celebrado en Santa María, Rio Grande do Sul, Brasil.  
4-7 de Junio de 2014**

Fue realizado en Santa María, en Rio Grande del Sur, Brasil, los días 4 a 7 de junio de 2014, el *II Seminário Internacional de Bioética e Saúde Pública: desafios e perspectivas – II Simpósio Internacional de Ética na Pesquisa*. Este encuentro científico fue posible por un esfuerzo conjunto de dos centros de la Universidad Federal de Santa María (UFSM) representados por cuatro cursos de Posgrado: Maestría en Enfermería, Maestría en Odontología, Maestría Profesional en Ciencias de la Salud y Maestría en Psicología. Hubo un fuerte apoyo y patrocinio de la Pró-Rectoría de Posgrado y Pesquisa de la UFSM, de la Dirección de Enseñanza, Investigación y Extensión del Hospital Universitario de Santa María, de los Centros de Ciencias de la Salud y de Ciencias Sociales y Humanas, como también de la propia Rectoría, lo que demuestra el interés de la institución por las cuestiones de la Bioética y de la Ética en la Investigación. Cabe destacar que el referido evento contó también con el patrocinio de dos importantes organizaciones de apoyo a la investigación del Brasil, CAPES (Coordinación de Perfeccionamiento del Personal del Nivel Superior) y FAPERGS (Fundación de Amparo a la Pesquisa del Rio Grande del Sur), recibiendo también apoyo del Comité de Bioética del Hospital Universitario de Santa María y de la Sociedad Rio-Grandense de Bioética. Todos estos financiamientos y apoyos, de alguna forma, testifican el reconocimiento que el congreso tuvo desde su fase inicial de implementación.

El referido Seminario contó con 606 participantes, provenientes de ocho regiones del Brasil (Rio Grande del Sur, Bahía, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Santa Catarina y São Paulo). Los participantes demostraron el real carácter interdisciplinar de la Bioética, una vez que eran oriundos de catorce diferentes áreas del conocimiento como: medicina, derecho, psicología, enfermería, filosofía, odontología, fisioterapia, entre otras. Esos participantes produjeron 393 trabajos, en su mayoría originados de investigaciones. De esos trabajos, 267 fueron expuestos en forma de *Posters* y 126 como trabajos completos presentados en el formato de *comunicación oral*, representando, así, la diversidad de áreas de los participantes y, en muchos casos, la interrelación entre ellas.

Reflexionando sobre esto, los organizadores se mostraron muy satisfechos con el interés manifestado por los investigadores, grupos de investigación, alumnos y profesores que presentaron, discutieron y intercambiaron informaciones sobre sus producciones científicas. Ese era uno de los

objetivos considerados más importantes del congreso: estimular la reflexión sobre los nuevos desafíos en Bioética y Ética en la investigación. De esta forma se posibilitó un espacio de intercambio de experiencias e informaciones sobre el conocimiento producido. En fin, hacer “burbujear” las manifestaciones, charlas, intercambios sobre los temas propuestos en el Seminario.

Como uno de los puntos culminantes y que convirtió el Seminario en extremadamente atractivo y cualificado fue el grupo de conferencistas que participó y condujo las conferencias y discusiones. En raras ocasiones ha tenido la ciudad de Santa María la oportunidad de recibir tantos *expertos* en las áreas de Bioética y Ética en la Investigación. Estuvieron presentes conferencistas extranjeros y nacionales. De la Universidad Complutense de Madrid, España, vinieron los profesores Dr. Miguel Ángel Sánchez González, Dra. Lydia Feito Grande y Dr. Tomás Domingo Moratalla. Del Canadá tuvimos la presencia del Dr. Franco Carnevale, profesor de McGill University. De Chile se hicieron presentes el profesor Dr. Juan Pablo Beca de la Universidad del Desarrollo y la Dra. Gloria San Miguel del Hospital Dr. Hernán Henríquez de Temuco. De Argentina vino la profesora Natália Riguetti miembro de Flacso-Argentina.

Contribuyó también al éxito del evento la participación de ponentes nacionales de reconocido prestigio como: Dr. Roberto Goldim, Dr. Leo Pessini, Dr. Egberto R. Turato, Dra. Jussara A. Loch, Dra. Leticia de Campos Velho Martel, Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse, Profesora Stefanie Griebeler Oliveira y Dr. Sergio de Vasconcellos Baldisserotto.

La disposición, disponibilidad y conocimiento de los conferencistas encantó y estimuló la platea, la cual se mantuvo siempre atenta y participativa. Fueron incansables en responder preguntas tanto durante las conferencias como también en los momentos informales de convivio. Cabe resaltar la generosidad, principalmente, de los conferencistas extranjeros para realizar un viaje, que en algunos casos, fue superior a 15 horas. Nuestros colegas de Rio Grande del Sur y del Brasil además de demostrar la preparación que existe en Bioética en nuestro país, manifestaron cuidado y disposición para contribuir, de la mejor forma posible, a los debates y deliberaciones. Creemos que esto fue el resultado de la Bioética que es, en sí misma, una causa por la cual luchamos en conjunto, con amistad, solidaridad y cooperación. Todo esto para fortalecer una ciencia que, aunque joven, se ha sedimentado en el mundo actual con fuerza y rapidez.

De esto resultó que las palestras y los mini-cursos se desarrollasen con un alto nivel científico e intelectual, con intensa participación de los participantes, tanto en forma de preguntas como también de comentarios y contribuciones.

Entre las temáticas trabajadas y que instigaron los participantes destacamos:  
*El estado del arte de la Bioética en el Brasil; La Ética en la investigación con poblaciones vulnerables; El proceso de comunicación de noticias a personas en situaciones críticas; La Bioética en el fin de la vida; La gestación por sustitución; La Bioética y la investigación con animales; Bioética y la situación ambiental; Bioética e Interdisciplinariedad; Cuidados Paliativos; Bioética en Situaciones de Emergencias; Educación en Bioética: El arte y el cine.*

Además de lo ya expuesto, hubo repercusiones positivas para las universidades involucradas, una vez que, a través de una reunión entre los conferencistas extranjeros y la Rectoría de la UFSM, fueron establecidas las primeras tratativas para futuros convenios e intercambios.

Por lo que fue evidenciado, la Comisión Organizadora del *II Seminário Internacional de Bioética e Saúde Pública – II Simpósio Internacional de Ética na Pesquisa*, en la persona de su presidente Prof. Dr. Alberto M. Quintana y de todos los demás colaboradores, agradece la participación y cooperación de todos y, de entre ellos, principalmente a los conferencistas y participantes, conjuntamente con los órganos e instituciones que, por medio de su apoyo y patrocinio hicieron este evento posible.

¡Gracias a todos!

**Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana**

**Prof. Dr. Alvaro Garcia Rossi**

**Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck**

**Profa. Dra. Elisabeta Albertina Nietzsche**

**Profa. Dra. Maria Teresa de Campos Velho**

Comisión Organizadora del

*II Seminário Internacional de Bioética e Saúde Pública: desafios e perspectivas*

*II Simpósio Internacional de Ética na Pesquisa*



# Decálogo para un envejecimiento saludable

Está fuera de toda duda que invertir en la promoción de la salud es una estrategia rentable – no solo en términos económicos-, a la que se le reconocen múltiples beneficios. De hecho, son muchas las personas que se preocupan por su bienestar, las que hacen ejercicio porque saben que es bueno, las que controlan su peso o su tensión arterial. Forman parte de una cultura: la cultura de la salud. Y todo ello dentro de una sociedad cuya pirámide de edades muestra una población que envejece, con una base estrecha por el impacto del descenso de la natalidad, y una cúspide ensanchada gracias a la prolongación de la esperanza de vida.

La vejez es un eslabón más en nuestra cadena vital, y así debería entenderse. Promover un envejecimiento saludable pretende en última instancia darle ese sentido positivo, consiguiendo que un mayor número de personas accedan a la misma en las mejores condiciones posibles. A este respecto, parecen ser tres los aspectos que se consideran imprescindibles para lograr semejante logro: tener una jubilación digna que permita cubrir las necesidades materiales del mayor y su familia, llegar a la vejez y mantenerse en ella con el máximo nivel de salud posible, y vencer la ociosidad tediosa que puede inundar ese periodo.

En este contexto, con el Proyecto Solidario “Los Argonautas” (<http://losargonautas.org/>) nos hemos marcado como principal objetivo “*mejorar la calidad de vida de los más desfavorecidos por medio de la cultura, el ocio y el entretenimiento, centrándonos principalmente en el colectivo de nuestros mayores*”. Desde una vocación preventivista, desde la convicción de su eficiencia y desde la experiencia que otorga el trabajo continuado con dicho colectivo, presentamos este decálogo de elaboración propia, que difundimos entre ellos para alcanzar precisamente eso: un envejecimiento lo más saludable posible.

1. Realice con regularidad actividades físicas adaptadas a sus capacidades.
2. Ejercite su mente, lea, esté al día, entrene su memoria.
3. Lleve una dieta sana, variada y equilibrada, rica en fibra, moderando el uso de la sal y con un aporte adecuado de calcio. Beba agua en cantidad suficiente.
4. Duerma regularmente procurando un descanso reparador.
5. No descuide su salud. Controle regularmente su tensión arterial, su visión, sus valores

analíticos basales, su dentadura... Vacúnese cuando corresponda. Y acuda a su médico de tener algún problema.

6. No fume y restrinja el consumo de bebidas alcohólicas.
7. Tome la medicación que necesite atendiendo a las pautas que le indiquen. No se automedique. Considere posibles interacciones y efectos secundarios. En caso de duda, consulte a su médico y/o farmacéutico.
8. Evite la soledad. Comparta y comuníquese con sus familiares, amigos y demás personas de su entorno.
9. Ocupe provechosamente su tiempo de ocio. Participe en las actividades que le ofrezca su entorno.
10. Trate de ser feliz. Cultive e irradie el buen humor. Sorpréndase por sí mismo del valor terapéutico de una sonrisa.

Ciertamente no pretendemos que sea un documento más, sino uno práctico, no excesivamente largo, por supuesto riguroso, ameno, actualizado y que resulte de utilidad.

En definitiva, queremos ser fieles con él a la recomendación del filólogo Ramón Méndez Pidal, para quien “*no debemos empezar pronto la senectud sino, al contrario, rebelarnos contra ella en todo lo que la rebeldía puede ser sensata, no dejando decaer la actividad vital, no dejando extinguirse el amor a las obras comenzadas en la juventud y dando calor a las ilusiones de razonable esperanza*”.

**Manuel Cortés Blanco<sup>1</sup>**

**M<sup>a</sup> del Tránsito Domínguez Astorga<sup>2</sup>**

León, Febrero 2014

1. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Psicólogo asesor del Proyecto Solidario “Los Argonautas” (Madrid), dedicado a la atención de las personas mayores.

Email: [mcortesblanco@yahoo.es](mailto:mcortesblanco@yahoo.es)

Tfno.: 650 615653

2. Profesora de Música. Asesora de Educación Física y Artística del Centro de Formación del Profesorado e Innovación Educativa (León).

# Caso Clínico Comentado

## Historia Clínica

Paciente de 42 años de edad. Diagnosticado de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) a los 31 años (2003). La debilidad muscular en los miembros superiores fue el síntoma de inicio, pero rápidamente progresó a nivel bulbar con disfagia, disfonía y disnea (dificultad al tragar, hablar y respirar, respectivamente). A los tres años del diagnóstico se realizó gastrostomía percutánea para alimentación enteral con sonda (PEG), precisando además, soporte de ventilación mecánica no invasiva (BiPAP). Un año después, el paciente elaboró un documento de instrucciones previas, en el que manifestó su deseo de que se le aplicaran todas las medidas existentes para mantenerlo con vida: ingresos, antibioterapia, tratamiento de complicaciones severas, etc., incluyendo la ventilación mecánica y la reanimación en caso de parada. Nombra a su mujer como representante. Este documento se incorporó al Registro de Instrucciones Previas (nov. 2007). Al mes, el paciente presenta una crisis de insuficiencia respiratoria severa por lo que es ingresado en la unidad de soporte ventilatorio del hospital de referencia, en la que se realiza traqueotomía y se inicia ventilación mecánica invasiva (dic. 2007).

Se trata de un paciente casado, con dos hijos de 14 y 10 años (en la actualidad). Padre fallecido 10 años antes. Tiene un hermano, dos años menor que él. Su madre padece depresiones graves y últimamente presenta deterioro cognitivo. Ha completado la educación secundaria. Trabajó de camarero y vigilante de seguridad. Es católico y tiene muy presente a Dios en su vida.

Los primeros años de la enfermedad, permaneció en su domicilio pero, debido a su situación de dependencia progresiva y a la dificultad para garantizar los numerosos cuidados, ingresó en una residencia de enfermos neurológicos a los cuatro años del diagnóstico (2007). El paciente ha sido un activista de la lucha contra la enfermedad, colaborando con asociaciones de enfermos de ELA convirtiéndose en todo un modelo de afrontamiento de la enfermedad dentro de la residencia. Durante su estancia en esta institución, estableció una estrecha relación con los trabajadores de la residencia (enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, etc.) que han llegado a convertirse en su "segunda familia".

La juventud del paciente y los excelentes cuidados que recibía, hicieron que durante 6 años, el paciente presentara tan solo alguna infección respiratoria que precisó ingreso hospitalario, con evolución favorable en pocos días. Tuvo dos episodios depresivos en relación a la progresión de la enfermedad, que se resolvieron con psicoterapia (psicólogo de ADELA, Asociación de afectados).

En la actualidad, once años después del diagnóstico (2003) y tras estar siete conectado a ventilación mecánica invasiva (desde dic. 2007), el paciente es dependiente para todo. Presenta tetraplejía, alimentación enteral con sonda de gastrostomía y ventilación mecánica. Se comunica con un ordenador que maneja con un sensor situado en la visera de una gorra y que movilizaba con la frente. En estas circunstancias, el paciente escribe una carta solicitando cambiar sus instrucciones previas y pide retirada del respirador denegando el consentimiento para su continuidad.

Los profesionales de la residencia solicitan la intervención de un equipo domiciliario de cuidados paliativos.

## Comentario

### Deliberación sobre los hechos

Recapitulación de su situación clínica actual (valoración del equipo domiciliario de cuidados paliativos): Dependencia para todas las actividades de la vida diaria. Tetraplejía (leve movimiento de la mano izquierda que le permite mover la silla de ruedas). Alimentación enteral con sonda de gastrostomía. Portador de colector de orina durante la sedestación (estar sentado). El resto del tiempo en cama, utiliza pañal de incontinencia. Ventilación mecánica invasiva por traqueostomía. Precisa un dispositivo asistente para la tos, para eliminar secreciones. Afasia. Cognitivamente no presenta alteraciones. Mediante un sistema asistido por ordenador se

comunica de manera habitual con sus allegados, cuidadores y con las personas que le atienden o visitan y escribe diariamente diversas reflexiones. Para afirmar o negar frases construidas, dos parpadeos indican "sí", un movimiento muscular casi imperceptible al observador, consigue mover ligeramente la gorra de derecha a izquierda para decir "no". Muestra inexpressión facial casi absoluta, es capaz de articular leve sonrisa y mayor rigidez facial ante el "disgusto" o el "disconfort" siendo capaz de expresar tristeza a través del llanto.

Respecto al control de síntomas, parece adecuado. No presenta dolor. No náuseas y vómitos. Sialorrea leve/moderada tratada con amitriptilina. Ritmo intestinal controlado con laxantes. Descansa bien con hipnóticos.

Con relación al tratamiento actual tiene alimentación enteral por sonda PEG, mediante la cual se administran también los fármacos: antidepresivos (Sertralina 100 mg/día), procinéticos, laxantes, relajantes musculares, protectores gástricos, benzodiazepinas e hipnóticos.

Respecto a los cuidados de enfermería, dada la situación de alta dependencia, son extremadamente complejos precisando: administración de nutrición enteral, cuidados de gastrostomía, administración de la medicación por PEG, cambios de cánula de traqueotomía, control de saturación y temperatura corporal, terapia con asistente para la tos, aspiración de secreciones, cambios posturales, movilizaciones a la silla con el respirador, aseo completo, higiene bucal, afeitado, vestido, control de diuresis y deposiciones, cuidados de la piel para prevenir úlceras por presión y comunicación con el enfermo con tablero de letras ya que, en la cama, el paciente no puede utilizar el ordenador.

Respecto a la situación emocional: en la carta en la que solicita el cambio de sus instrucciones previas y la retirada del ventilador aparecen emociones encontradas: *"amo la vida, pero no quiero seguir viviendo en esta situación y a la vez tengo miedo a la muerte"; "pido a Dios todos los días que me lleve con él"*. Aparece además un intenso sentimiento de culpa, por tomar esta decisión, por "fallar" a sus hijos y otros seres queridos y una percepción de sí mismo como "de cobarde" por no seguir luchando. Esta situación le impide experimentar un sentimiento de paz. Refiere que no es una decisión repentina sino que lleva varios meses meditando sobre la forma de afrontar el intenso sufrimiento que esta situación le produce. Por último tan solo pide poder morir en paz. El paciente no expresa angustia vital significativa, ni sentimientos de rabia ni hostilidad hacia ninguna circunstancia ni hacia ninguna persona. Tiene una alta percepción del apoyo social recibido y expresa una alta satisfacción global de vida, incluido su proceso vital desde el diagnóstico de su enfermedad. En el momento de la solicitud objeto de deliberación, describe un estado de tristeza que se puede considerar inherente y/o secundaria a su situación de alta dependencia derivada de su enfermedad; considerando su situación actual "un alargamiento de su sufrimiento".

Tiene buena relación con la mujer y los dos hijos, que le visitan semanalmente los domingos. La mujer apoya y entiende la decisión de su marido, no sin tristeza, después de 11 años enfermo. Sigue siendo la representante. Los hijos son preadolescentes y aún sin conocer a fondo la situación, les ha escrito una carta para cuando sean más mayores sobre su situación y su decisión.

## **Deliberación sobre los valores**

### Lista de problemas éticos

- ¿Es el paciente, en su situación actual, capaz de tomar esta decisión de retirada de soporte vital?
- ¿Debemos retirar el ventilador atendiendo a la nueva solicitud del paciente?
- ¿Se ha realizado adecuadamente la planificación anticipada de la asistencia sanitaria en un paciente con una enfermedad progresiva incurable?
- ¿Tiene el paciente el adecuado control de síntomas, especialmente en el control de su estado de ánimo?
- ¿Tiene el paciente un adecuado seguimiento de sus aspectos emocionales?
- ¿Tiene el paciente un adecuado seguimiento de la dimensión espiritual en relación con su realidad de enfermedad y sus creencias?
- ¿Tienen los profesionales de una residencia de cuidados crónicos neurológicos la capacidad de actuación clínica necesaria, toda vez que solicitan una interconsulta de otros profesionales para una de las circunstancias previsibles (aunque no sea frecuente) en el cuidado de este tipo de enfermos?

### Elección del problema a analizar

- ¿Debemos retirar el ventilador atendiendo a la nueva solicitud del paciente?

(si bien, al hilo del análisis de este problema se pueden abordar, como en racimo de cerezas, el análisis de casi todos los otros problemas éticos mencionados)

### Identificación de los valores en conflicto

- Valor vida (del paciente)
- Valor autonomía (del paciente)

### **Deliberación sobre los deberes**

#### Identificación de cursos extremos de acción

- Atendiendo sólo al valor autonomía del paciente, proceder a la retirada de la ventilación mecánica como decisión clínica tras la solicitud.
- Atendiendo sólo al valor vida del paciente, rechazar la solicitud del paciente no realizando dicha retirada, por no considerarle capaz de tomar dicha decisión o no considerarla aceptable dentro de la buena práctica clínica.

#### Identificación de cursos intermedios de acción

1. Realizar una reevaluación de la situación psicológica, haciendo especial hincapié en el abordaje del sentimiento de culpa así como en el análisis de la diferenciación de un estado de ánimo triste (lógico por las circunstancias) y un estado de ánimo depresivo tratable que condicione la solicitud.
2. Realizar una evaluación explícita de la capacidad mediante una entrevista semi-estructurada (tipo MacCAT-T o ACE): evaluación de la capacidad de comprender la información sobre el proceso, conocer las alternativas de tratamiento y las consecuencias derivadas de cada una de las posibles decisiones.
3. Realizar una intervención de soporte espiritual, no sólo en la dimensión estrictamente religiosa, sino también atendiendo a la dimensión de trascendencia y de legado (p.ej. terapia de la dignidad de Chochinov).
4. Realizar una intervención de su situación social y de dependencia, explorando la actitud de apoyo y disposición a coordinar las actuaciones de diversos profesionales y sus capacidades propias para implementar la decisión de retirada en la propia residencia.
5. Explorar el apoyo emocional a la familia y allegados en relación con esta solicitud, su resolución y el duelo eventual que la acompañe.
6. Revisar el proceso de información para el consentimiento o rechazo de un tratamiento de soporte vital, en este caso incluyendo la explicación de en qué consiste el proceso de retirada de la ventilación asistida, desde el punto de vista técnico, aclarando todas las dudas que dicho procedimiento pueda generar. También comprobar la ausencia de coacciones explorando la voluntariedad de la decisión como ejercicio de la libertad del paciente en las circunstancias que afronta.
7. Revisar el proceso de implementación de la retirada de soporte ventilatorio, incluyendo el análisis del lugar (hospital de referencia, otras unidades de cuidados paliativos, residencia, domicilio), personal implicado, personas allegadas al paciente, actuaciones previas y posteriores, así como el proceso técnico en sí, garantizando el control del sufrimiento (sedación profunda), establecimiento de la fecha, teniendo en cuenta de manera especial las preferencias del paciente.
8. Asegurar que en cualquier momento puede desistir de su rechazo al consentimiento para la retirada.
9. Plantear una consulta al Comité de Ética Asistencial.

## Elección del curso óptimo

El curso de acción óptimo puede (y debe) recoger elementos de diversos cursos intermedios de acción. El pilar principal para abordar la toma de decisiones, al tratarse de la incorporación de un nuevo equipo de profesionales para atender a un paciente crónico de larga evolución, es establecer un espacio de comunicación con el paciente para reevaluar su situación en todos los aspectos: clínico y de cuidados, psicológico (1), espiritual (3), social (4), con la participación de los profesionales correspondientes, compasivos y competentes, coordinados en un trabajo en equipo. Una vez establecida la relación y la evaluación de todas estas esferas, se deberá abordar explícitamente la evaluación de la capacidad (2), asociada a la revisión de la información sobre la situación y proceso del paciente (6). En este contexto es prudente y recomendable como buena práctica someter el caso a la valoración del Comité de Ética Asistencial (9), como garantía y como posibilidad de enriquecimiento de los cursos de acción. Ratificada, en este contexto, su capacidad para tomar la decisión autónoma y libre de retirar el consentimiento sobre la ventilación mecánica invasiva como técnica de soporte vital y dejar que la enfermedad siga su curso, asumiendo la finalización de su vida, la aceptación de esta decisión y su implementación debe conllevar un proceso adicional de soporte familiar (5), preparación y clarificación de la secuencia de acontecimientos (7), reexplorando la consistencia de la decisión y recordando la posibilidad de desistimiento en todo momento (8).

La actualización de la instrucción previa, considerándose capaz al paciente, tiene una importancia secundaria, aunque haya sido el “detonante” para re-explorar la situación crítica y la retirada del consentimiento para el soporte ventilatorio por parte del paciente.

Por último, el curso de acción óptimo elegido parece sacrificar a la postre el valor “vida”. En efecto, en nuestra sociedad y nuestro ordenamiento jurídico el valor vida no es un absoluto. Lo que no quita para que su tutela requiera las máximas garantías para preservar la dignidad de las personas, especialmente las vulnerables. En estas circunstancias, se trata de maximizar la calidad de vida y no meramente dilatarla cronológicamente en contra del deseo del paciente. Todas las actuaciones del curso de acción óptimo son expresivas del respeto a esta prioridad del paciente como persona, atendiendo a su sufrimiento, a sus preferencias y a su contexto, explorando y evaluando las actuaciones que pueden aliviarlo, asegurando que se entienda el alcance que supone la retirada del soporte ventilatorio así como que eso responde a su voluntad auténtica y acompañándolo, sin abandono, en todo este proceso. No hay mejor modo de apreciar su vida.

## **Deliberación sobre las responsabilidades finales**

### Pruebas de consistencia

El curso de acción óptimo incluye acciones plenamente legales (legalidad) que pueden defenderse y justificarse públicamente (publicidad) y que se recomendarían en cualquier otro momento si se repitieran estas mismas circunstancias (temporalidad).

## **Reflexiones**

El caso planteado es un caso característico de problemas éticos en el final de la vida. Se trata de dar respuesta a un paciente con enfermedad de ELA en fase avanzada, que retira el consentimiento para mantener el tratamiento de soporte vital que está recibiendo desde hace años. En este tipo de situaciones, debe realizarse un abordaje integral y multiprofesional atendiendo a las esferas física, psico-emocional y espiritual.

En este contexto, una vez expresado por el paciente el deseo de cambiar sus instrucciones previas como “alerta” sobre su decisión de rechazar el tratamiento de soporte vital (retirar el consentimiento para la continuidad del mismo), explorada a fondo dicha solicitud así como sus circunstancias, y atendiendo al principio de autonomía, verificada la capacidad de este paciente para tomar esta decisión, deberíamos proceder a la retirada de la ventilación mecánica, asegurando en todo momento que se cumplen todas las garantías clínicas (sedación profunda, mantenida e irreversible hasta el fallecimiento del enfermo) y de buena práctica ética, que permitan realizar este procedimiento en un entorno adecuado, que vele por la intimidad del enfermo, y que facilite la participación del paciente en la elección del lugar y de las personas que él quiere que le acompañen en la despedida, así como en las acciones previas para completar su vida. También desde el principio, deberíamos preparar la acogida de la familia y seres más allegados para darles apoyo tras el fallecimiento.

El rechazo al tratamiento forma parte de la teoría general del consentimiento informado, que es el modelo de toma de decisiones vigente en la bioética moderna. Este modelo postula que los pacientes pueden ejercer su autonomía moral y tomar las decisiones que estimen convenientes respecto a su cuerpo y su salud. Se trata, por tanto, de la decisión autónoma de rechazo de tratamiento o retirada de consentimiento por parte del paciente competente una vez informado y de manera voluntaria. Este modelo ético de toma de decisiones tiene además pleno respaldo jurídico en la vigente 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.

Éste es el marco jurídico desde el que se argumentó el derecho de Inmaculada Echevarría a solicitar la desconexión de su respirador en el año 2006, tras años de beneficiarse del mismo, padeciendo una enfermedad crónica irreversible. En aquel caso la Comisión Autonómica de Ética e Investigación de Andalucía elaboró un informe positivo a la petición de la paciente. La opinión fue unánimemente apoyada por todos los miembros; en ella se consideraba la petición como un rechazo de tratamiento expresado como revocación del consentimiento previamente emitido. Descartaba, por tanto, sin ninguna duda al respecto, la posibilidad de encuadrar esta actuación como eutanasia. Además, se solicitó un dictamen al Consejo Consultivo de Andalucía que es el órgano superior en materia jurídica. La Comisión permanente del Consejo Consultivo emitió un dictamen favorable a la decisión de la paciente.

En nuestro caso, de manera análoga nos encontramos ante un paciente, que una vez verificada su capacidad para tomar la decisión, haciendo uso de su autonomía y tras una larga enfermedad que le ha llevado a una situación de dependencia y de sufrimiento vital, solicita revocar su consentimiento y pide retirada de un tratamiento, en este caso un tratamiento de soporte vital. La dificultad psicológica, afectiva e incluso técnica para afrontar este tipo de situación y circunstancias, comprensibles humanamente, no deben ocultar la corrección ética de esta petición a juicio del paciente y su derecho legal a interrumpir un tratamiento no querido por más tiempo. Además hay que extremar la diligencia y completar el proceso con una exquisita sensibilidad humana y profesional, a la vista del altísimo nivel de dependencia física del paciente que no tiene capacidad física de defender su postura personal y realizar actuaciones que la refuercen (no se puede ir a su casa; no puede cortar al que le habla; no puede irse de una reunión o de la residencia, etc.). Facilitarle el modo legítimo en el que él ha elegido completar su vida asumiendo el sino al que le ha abocado su enfermedad, acompañándole a él y a su entorno, es el último tributo de respeto tanto a la voluntad como a la vida del paciente, así como el comienzo de su legado. El legado de una vida vivida de frente y dignamente.

## Epílogo

Si bien este caso es muy adecuado para la deliberación ética clínica, una vez ratificada la capacidad del paciente para tomar esta decisión y su corrección ética, en el proceso a emprender con vistas a implementarla se entra en una segunda fase que pone a prueba, más que la consistencia de la decisión, la consistencia de la organización sanitaria a la hora de cuidar a una persona con este nivel de enfermedad y sufrimiento del mejor modo posible, sin caer en comportamientos de frialdad, abandono, o contaminación con consideraciones de otro orden. En una segunda parte, este caso presenta, pues, aspectos a deliberar sobre ética de la organización; relaciones entre profesionales; relación entre el ámbito social y el ámbito sanitario; preocupaciones de imagen pública; tentaciones de instrumentalización moral o social; ámbito prudente y adecuado para invocar la objeción de conciencia; papel de los CEAs en relación a los gestores sanitarios, etc. Ya no como “caso clínico a deliberar” (pues ya se ha deliberado sobre la decisión), se presentará en otro boletín una reflexión sobre el “funcionamiento de la organización sanitaria” y sus posibilidades de mejora, en este tipo de casos que afectan más allá de la persona implicada. Paralela y complementariamente se integrarán ambas fases en un formato de artículo de revista en inglés (con aparato crítico) para su publicación y difusión.

**Nuria Pérez de Lucas**

Médica de Atención Primaria y Cuidados Paliativos  
Magister en Bioética y en Cuidados Paliativos

**Javier Júdez**

Médico. Magister en Bioética  
Coordinador de KAYRÓS- CONVERSACIONES QUE AYUDAN



# Reseña de Libros

## Bioética y Hermenéutica

### La ética deliberativa de Paul Ricoeur

(Actas del Congreso Internacional, Valencia (España), febrero 2013)

Tomás Domingo Moratalla & Agustín Domingo Moratalla (eds.)

Ed. Hermes. Valencia, 2014

429 pp. ISBN: 978-84-96657-33-5

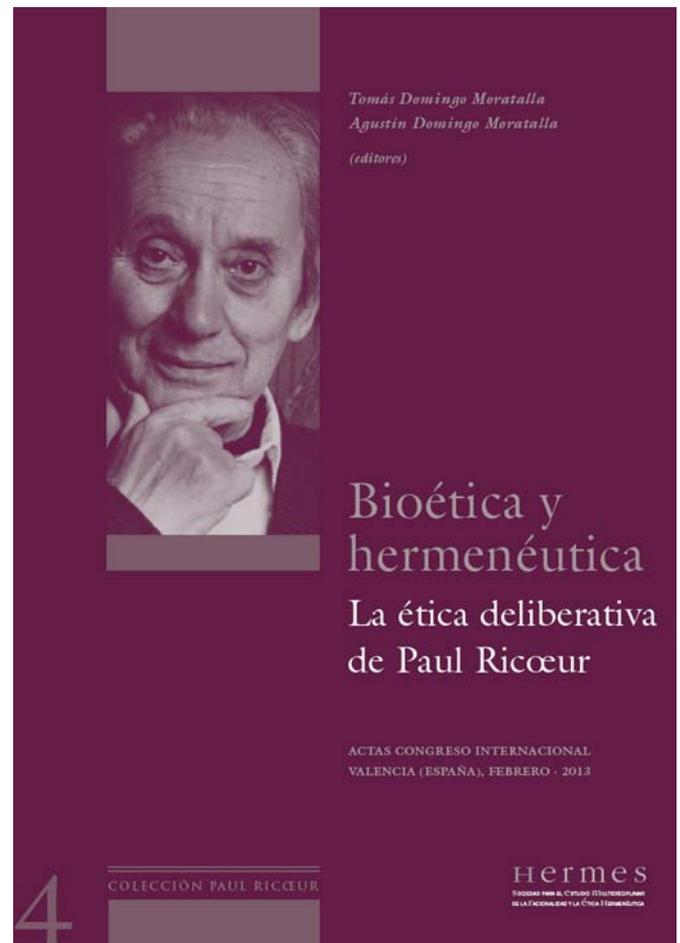
Este trabajo agrupa las intervenciones presentadas en el Congreso Internacional que llevó por título "Bioética y hermenéutica. La ética deliberativa de Paul Ricoeur", y tuvo lugar en Valencia, España, en febrero de 2013. En él conmemoramos el centenario del nacimiento del filósofo francés centrándonos en el apasionante campo de la ética aplicada, un campo cuya consolidación como área de trabajo interdisciplinar está directamente relacionada con la historia más reciente de la hermenéutica filosófica.

Focalizamos nuestra atención en la contribución que Ricoeur ha realizado a la hermenéutica, la ética aplicada en general y, de manera especial, al inagotable ámbito de la bioética. La compleja filosofía de Ricoeur presenta innumerables elementos de gran pertinencia para el campo de la bioética. La vinculación entre su filosofía hermenéutica y la bioética es explícita, además, porque él mismo, al final de su obra y de su vida, exploró con su inacabable bagaje reflexivo algunos elementos esenciales para una ética médica (véanse por ejemplo algunos de los artículos contenidos en su obra "Lo justo 2").

Este texto que publicamos ahora recoge los trabajos del Congreso, un congreso novedoso que marca algunas indicaciones importantes en el estudio de la obra de Ricoeur y también para el estudio de la bioética. El congreso desplegó un interesante y atractivo abanico de temas: la filosofía de Ricoeur como encuentro de temas (bioética) y de tradiciones filosóficas (hermenéutica), los debates de la ética contemporánea, la cuestión de la identidad (vulnerabilidad, capacidad y narratividad), el estatuto de la ética aplicada, las relaciones entre el humanismo y el personalismo, la proyección ricœuriana en los comités de ética, la deliberación y el método en bioética, etc.

Estos textos reflejan lo que me he atrevido a llamar "efecto Ricoeur" en bioética, es decir, el conjunto de enormes posibilidades que tiene Paul Ricoeur para renovar, reconstruir y reinventar la bioética no sólo en su ámbito de fundamentación filosófica sino en su ámbito práctico o clínico.

Este conjunto de textos pasan a ser referencia tanto para los estudios ricœurianos como para los estudios de bioética. Si la bioética nació como un esfuerzo de tender puentes (entre las humanidades y el saber médico-científico), en esta publicación continuamos la tarea de la constitución de la bioética a la altura de nuestra época, con sus retos y sus posibilidades.



Presentamos tanto las ponencias de los conferenciantes invitados como el conjunto de comunicaciones. Algunas de estas intervenciones son especialmente relevantes. De entre ellas me gustaría señalar: la presentación de la ética narrativa de Ricoeur (Agustín Domingo), la relación de Ricoeur con la medicina a través de la visión de la persona que lo acompañó en el momento de su muerte (Catherine Goldenstein), la comprensión de la enfermedad (Jerome Porée), la noción de cuidado (Patricio Mena), el concepto de sabiduría práctica (M<sup>a</sup> Luisa Portocarrero), el concepto de salud desde Ricoeur y Canguilhem (Gilbert Vincent), la idea de una “vida lograda” (Daniella Ianotta), Ricoeur y las neurociencias (Paula Ponce de Leao, Emilio García), la práctica de la deliberación (Lydia Feito, David Curbelo), la cuestión del reconocimiento (Juan Masiá), Ricoeur en los comités de bioética (Antonio Da Re), el efecto Ricoeur y una bioética hermenéutica (Tomás Domingo), identidad narrativa y salud (José Luis García, Magali Merle, César Correa, Gonçalo Marcelo), las posibilidades éticas de la filosofía de Ricoeur para un método de cuidado y responsabilidad (Lazare Benaroyo), etc... Y a todo esto hay que sumar las aportaciones de las comunicaciones que se centran en aspectos particulares pero igualmente valiosos.

Este texto puede encontrarse en AMAZON –bajo el formato Kindle, aunque se puede leer en cualquier otro formato o dispositivo–. Algunos textos los hemos dejado en su lengua original (francés, portugués e inglés); creemos que su lectura no presenta gran dificultad. En la web de AMAZON puede encontrarse también un índice completo de las ponencias. Hemos procurado que el precio del libro no suponga ningún obstáculo para las personas interesadas en él. <http://www.amazon.com/dp/B00KYJT454>

También en algún que otro lugar de internet (<http://domingomoratalla.blogspot.com.es/>) se puede encontrar el índice completo de comunicaciones y ponencias. En YOUTUBE hemos dejado un pequeño montaje que sirve de recuerdo para los que estuvieron en el Congreso: <http://www.youtube.com/watch?v=n9kBJEZHXo&feature=share>

Continuamos en esta tarea de construcción de una bioética narrativa, hermenéutica y deliberativa; la compañía de Ricoeur es una buena compañía, tan buena como necesaria. La bioética será hermenéutica o no será.

**Dr. Tomás Domingo Moratalla**  
 Profesor de Filosofía Moral  
 Universidad Complutense de Madrid



# KAYRÓS – CONVERSACIONES QUE AYUDAN

(<http://www.conversacioneskayros.es>).

Javier Júdez

Este sitio o página web es un espacio para facilitar la reflexión, la comunicación y la planificación cuando estamos enfermos y/o estamos cuidando a alguien enfermo.



Estamos poco acostumbrados a hablar de la enfermedad, de la dependencia, del dolor, del morir. Muchas veces se han convertido estos asuntos en tabúes. Se tiene temor a hablar de ellos. Consideramos que lo normal es tener miedo a la muerte, no hablar de estas cosas.

El proyecto KAYRÓS-CONVERSACIONES QUE AYUDAN busca afrontar con naturalidad esta realidad de que somos humanos, frágiles, vulnerables, mortales. Para ello apuesta por ayudar a reformular las amenazas que cada uno afronta en la vida y aumentar los recursos de que dispone para ello, persiguiendo disminuir el sufrimiento, físico y emocional, que acompaña estas situaciones de fragilidad.

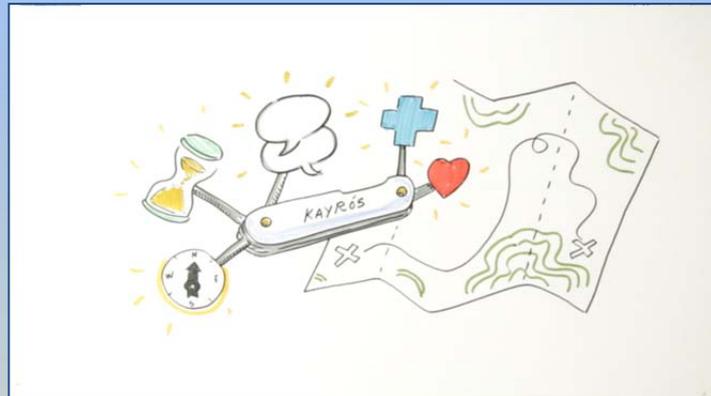
KAYRÓS – CONVERSACIONES QUE AYUDAN también quiere dar que pensar sobre el hecho de que aparecemos en esta vida sin nuestro “permiso” y sin mucha conciencia de quiénes somos, recorremos un itinerario vital en el que las circunstancias de salud y enfermedad forman una sombra a menudo inseparable (que se alarga o encoge), pero no estamos abocados al caos a la hora de afrontar una enfermedad “de las que no se libra uno”. Incluso, podemos aspirar a salir de nuestra vida, completándola con sentido, humana y dignamente. “Salir de la vida” sabiéndolo, “completar la vida”. Expresiones que sólo podrán ser posibles si no ignoramos sistemáticamente el poder compartir también las circunstancias de enfermedad, cuando ésta no es un mero paréntesis a nuestra vida “normal” o cuando sólo cabe bregar a brazo partido para contener un curso de enfermedad que va minando nuestra capacidad de funcionar en la sociedad y en la vida, y, eventualmente, nos lleva a cómo afrontar el “último capítulo de nuestra vida” cuando parezca que éste ha llegado.

La buena noticia es que vivimos vidas más largas. La mala noticia puede ser que vivimos vidas más largas. No es un juego de palabras. Hace falta no sólo darle años a la vida, si no también o sobre todo, darle vida a los años. Es eslogan de imagen de empresa farmacéutica: “hacer más, sentirse mejor, vivir más tiempo”. Pero para ello, es imprescindible comunicarnos mejor. Facilitar mejor los procesos intrínsecamente personales de aquél que está enfermo y que, sin

embargo, son, casi inevitablemente, ampliamente sociales, afectando a todo un entorno de cuidados y de personas que se relacionan con el que padece, más o menos pacientemente.

El granito de arena que pretende aportar KAYRÓS- CONVERSACIONES QUE AYUDAN es el de rescatar, promover y desarrollar nuestra capacidad de comunicación y nuestras habilidades relacionales para afrontar los desafíos de la enfermedad que antes o después, directa o indirectamente, a todos nos van a afectar a lo largo de nuestra vida.

La estructura de la página de KAYRÓS - CONVERSACIONES QUE AYUDAN es sencilla y puede entenderse como un itinerario cíclico que puede recorrerse empezando por distintos lugares cada vez, según nuestras necesidades y la situación que estemos viviendo.



La página, como un árbol en crecimiento, ofrecerá un tronco central que poco a poco irá ampliando sus ramas, sus flores y sus frutos. El eje o columna vertebral es el siguiente: FILOSOFÍA (DE LA VIDA) - MOMENTOS - CONVERSACIONES - NARRATIVAS - RECURSOS

Además de cosas sesudas dirigidas a nuestra cabeza aquí compartiremos experiencias apuntadas a nuestro corazón y recurriremos a analogías, metáforas e historias que nos aporten un lenguaje común. Que nos permitan explorar cómo aprender del pasado, disfrutar del presente y planificar el futuro. Para ir más allá de los documentos, e incluso más allá de la planificación de una voluntad para el futuro, para empezar fortaleciendo el proceso comunicativo en cada etapa de la enfermedad.



Dos analogías que pueden complementarse entre sí para reflejar algunos aspectos de la realidad, a menudo cíclica, de la vida son: “la vida como río” (desde el nacimiento modesto a la desembocadura) y la “vida como la luz durante un día” (desde el amanecer del día a la noche).

Te invito, pues, a que te zambullas en KAYRÓS-CONVERSACIONES QUE AYUDAN y navegues por este sitio, empezando con el vídeo de introducción que incluye un guión de presentación con algunas reflexiones.

Porque la vida es breve, lo que hay que hacer es mucho y la ocasión, el tiempo adecuado y oportuno es crítico, como una hoja de doble filo, como cuando hay que ensanchar la vida incluso cuando ésta se acorta.

# Me da que pensar: Experiencia de derecho, experiencia de deber

En los tiempos actuales escuchamos muy a menudo las expresiones “tengo derecho a”, “tenemos derecho a”, “no hay derecho a”. Parece que nuestro lenguaje se hubiera impregnado de la palabra derecho, reflejando con ello la importancia de ser titular de diferentes derechos, y poniendo de manifiesto la intención de defender o exigir que nuestros derechos sean cumplidos.

Es interesante señalar que en la mayoría de casos se habla en primera persona del singular, y cuando se emplea la primera persona del plural es más una forma de hablar que una expresión en la que nos sintamos unidos a los demás y les consideremos tan sujetos de derechos como nosotros mismos.

La intención de hoy no es reflexionar sobre los derechos en sí mismos, sino sobre **la experiencia de tener derechos**, frente a **la experiencia de tener deberes**. Estas experiencias son a mi modo de ver diferentes. **La experiencia de tener derecho nos sitúa en una posición pasiva** como individuos, la expresión de esta experiencia en el habla es una oración pasiva: **“nuestros derechos deben ser respetados”**. Son los otros, los que deben respetar, son los otros el sujeto en la oración, son los otros los que realizan la acción. La traducción es que los demás tienen el deber de respetar nuestros, o mis derechos.

El hecho de que muy a menudo se hable de derechos pone de manifiesto que estamos preocupados por ellos, y en algún sentido, que éstos no se han realizado. Seguramente si se hubieran realizado no hablaríamos tanto de ellos. **Existe por tanto una asociación entre insatisfacción y derecho**, frente a la satisfacción asociada al cumplimiento de un deber. Si pensamos que debemos hacer algo y lo hacemos, el hecho de hacerlo supone en sí mismo un logro, hemos conseguido lo que pretendíamos.

En el lenguaje actual la expresión “satisfacción del deber cumplido” no es que abunde demasiado, pero existe como tal. Sin embargo la expresión “satisfacción del derecho cumplido” resultaría cuando menos extraña, y es que los derechos se proclaman o se disfrutan, al menos es lo que apreciamos en el lenguaje actual.

La efectividad de los derechos pasa por que otros cumplan unos deberes respecto a nosotros, pero **el lenguaje de los deberes está menos presente en nuestra cultura de lo que debería**, porque en algún sentido es la realización de deberes lo que permite que se disfruten o que se realicen los derechos.

Para ilustrar esta cuestión veamos un ejemplo en el ámbito de la salud. La población tiene derecho a que se le preste una serie de servicios relacionados con la salud, y los profesionales tenemos la obligación, el deber, de prestarlos. Si nosotros no cumplimos con esos deberes del día a día, en los casos concretos, los derechos de la población no se hacen realidad, o se realizan de forma muy parcial. Es posible que no se puedan realizar los derechos de forma absoluta, seguramente; pero habrá que delimitar, establecer unos límites que permitan verbalizar que los derechos se han realizado. ¿Cómo deben establecerse esos límites o desde dónde se han de establecer?, a mi modo de ver desde las obligaciones, desde los deberes de los otros para con nosotros.

La consecuencia de esto es clara, **ambas experiencias confluyen en el mismo individuo, al tiempo que sus derechos deben ser respetados, él debe respetar los derechos de los otros**. Se podría parafrasear aquello de mi libertad empieza donde termina la de los demás, es decir mis derechos terminan donde empiezan mis deberes para con los demás. Sin embargo apenas nos

encontramos con expresiones en el lenguaje como “tengo que”, o debo de “, desde mi punto de vista esto pone de manifiesto que **nuestra cultura está centrada en las dimensiones biológica y psicológica del ser humano y concede mucha menos importancia a la dimensión social del individuo.**

Parece que la existencia de los derechos, nos hubiera liberado de los deberes, sin darnos cuenta de que los derechos solo se disfrutaban mediante el cumplimiento de deberes por parte de los otros. Por tanto **en algún momento nos corresponderá el cumplimiento de esos deberes para que otros disfruten de sus derechos, y nuestro lenguaje debería estar tan impregnado de “tengo derecho a” como “de tengo el deber de”,** mientras esto no sea así indefectiblemente quedaran muchos derechos por disfrutar, debido al incumplimiento de los deberes.

**Es difícil satisfacer los derechos sin un debate sobre los deberes, de alguna forma son conceptos que se complementan y que se limitan entre sí.** Los derechos serán satisfechos en tanto en cuanto otros cumplan sus deberes.

Los deberes u obligaciones respecto a los demás tienen sentido cuando nos reconocemos como seres vulnerables necesitados de los demás, cuando somos conscientes de nuestras limitaciones y de nuestra dependencia de los otros.

Se puede decir que nuestra cultura es individualista. Cuestiones como el respeto a la autonomía llevada a su último extremo lo ponen de manifiesto. Respetamos tanto el derecho a la autonomía del otro, que prescindimos de la obligación como expertos en una materia, en el caso de los sanitarios la salud, de ayudar desde nuestro conocimiento a que las personas tomen las mejores decisiones en ese ámbito. Se nos olvida a menudo lo poco autosuficientes que somos en la vida diaria, y lo mucho que necesitamos de todo lo que nos proporciona el entorno social para sobrevivir, desde la medicina hasta la comida que compramos en el supermercado, o la luz que llega a nuestras casas.

La cuestión es ¿qué ha pasado con la dimensión social del ser humano?. Las relaciones humanas se han modificado perdiendo consistencia, son o al menos lo parecen, más superficiales. Nuestra cultura se

ha centrado tanto en el individuo que éste vive volcado sobre sí mismo, pensando más en sus derechos frente a los otros, que en sus obligaciones para con ellos. Hemos olvidado que somos vulnerables, que necesitamos de los demás, desde su reconocimiento como un igual hasta su ayuda.

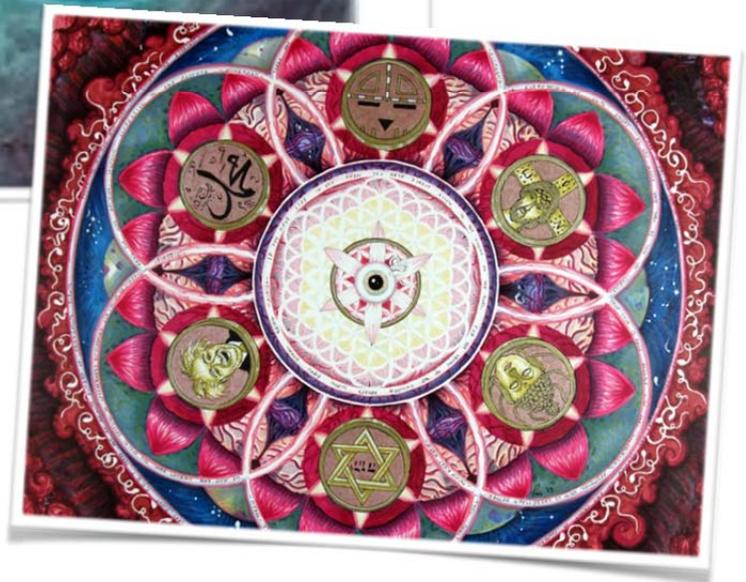
**Hemos logrado, no sin esfuerzo, el reconocimiento de unos derechos, pero hacerlos efectivos pasa por un debate sobre los deberes, que establezca los límites necesarios, para que puedan ser disfrutados.** Necesitamos por tanto reflexionar desde la experiencia del deber, desde nuestra posición como agentes del verbo en las oraciones activas, para que los derechos no se conviertan en un espejismo.

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

Correo electrónico: [graciaal@gmail.com](mailto:graciaal@gmail.com)

## Arte y Bioética

Una relación inexplorada



No es algo novedoso hablar de arte y Bioética. Menos aún en estos momentos en que lo interdisciplinar es una condición del conocimiento, en que la visibilidad es un elemento esencial de la acción humana, y en que lo narrativo se impone como modo de acceso alternativo y privilegiado a la realidad y sus múltiples dimensiones.

Todas las formas de creación tienen algo que decir sobre lo humano y el mundo, son modos de conocimiento con lenguajes y estrategias diferentes. Sin embargo, acostumbrados a lo racional, lo científico, la lógica y lo cognitivo, tendemos a sospechar de otras aproximaciones que nos proporcionan un modo de ver las cosas algo diferente, donde se activan otras capacidades: la lógica difusa, lo irracional, lo emocional. Que los poetas dicen algo sobre la experiencia humana es difícil negarlo. Igual ocurre con los pintores, los escultores, los músicos, los fotógrafos... Todos ellos son modos de decir y modos de pensar. Y a la bioética no le conviene quedarse atrapada en los modelos intelectualistas tradicionales, so pena de perder una buena parte de reflexión y vivencia.

Cuando comentamos que la bioética tiene que ver con la vida, que habla de elementos radicales del ser humano, que nos dice algo sobre el sentido, lo sagrado, los valores, lo que nos hace ser personas, etc. estamos abriendo nuestra perspectiva a múltiples dimensiones que difícilmente quedan agotadas en la resolución de conflictos, el análisis de casos clínicos o las teorías sobre lo bueno y lo correcto. O mejor dicho, no se puede hacer de un modo completo este tipo de teorías, reflexiones o análisis sin tener en cuenta otras visiones que también dan cuenta de la vida, el pensamiento y lo que ocurre.

Y no se trata del manido aserto de que una imagen vale más que mil palabras. En primer lugar, porque no todas las expresiones artísticas trabajan con imágenes. En segundo lugar, porque en ocasiones no se trata de mostrar o expresar, sino de conmover —en los varios sentidos en que podríamos entenderlo: como conmoción, como mover a, y como sentir con—. En tercer lugar, porque la imagen no está reñida con la palabra, ni la sustituye ni la hace inútil, antes bien, trabajan juntas y articulan dos lenguajes para expresar mejor la realidad. En cuarto lugar, porque defender el valor del arte, y de esos otros modos de conocimiento que también dan cabida a la experiencia y el sentimiento, no es, en ningún caso, menospreciar o desdeñar el valor de la reflexión, de la argumentación, o de la racionalidad lógica. Más bien, de nuevo, trabajan juntos como expresiones diferentes y complementarias del modo humano de ser y conocer.

El tema es largo y complejo. Aquí tan sólo queremos llamar la atención sobre la necesidad de esa apertura de la mente a otras formas de expresión. Y mostrar cómo algunas instituciones y grupos están ya trabajando en este sentido.

Así, la *Chair in Bioethics and Human Rights* de la UNESCO (*United Nations Education, Science, and Cultural Organization*), ha convocado en 2011 y en 2013 sendos concursos de arte, denominados *Bioethics Art Competition* (*UNESCO Bioethics and Human Rights Chair Global Art Competition*), con el objetivo de buscar un modo de expresión a través del arte, en la convicción, expresada por su director, de que «la experiencia ética, como han señalado muchos filósofos, está fuertemente relacionada con la experiencia estética, en tanto la verdad y el bien se encuentran en la belleza».

La apuesta es importante. Merecería todo un análisis de fondo esa conexión tan querida —y controvertida— para los filósofos entre ética y estética, pero aquí tan sólo señalaremos la justificación de esa llamada de atención. En su exposición de objetivos, la UNESCO afirma buscar la promoción de valores universales que estarían presentes en todas las culturas: el bien, la verdad y la belleza; asegurar la protección efectiva de la dignidad humana y los derechos fundamentales; y estimular mayor interés, sensibilidad social, compasión y discusión sobre la ciencia de la vida, la bioética y los derechos humanos.

El papel que los artistas juegan en el logro de este propósito, según la UNESCO, subyace en su capacidad de sembrar en el espectador un pensamiento del bien, de la verdad y de la belleza a través de una creación visual. Y a pesar de las diferentes procedencias y formaciones de los artistas, se produce una cierta confluencia, porque el arte fomenta la convergencia. Por eso su propuesta es «una invitación a explorar el bien y el mal, descubrir la verdad de lo humano, reconocer la dignidad de la vulnerabilidad, y capturar la belleza de un buen comportamiento.» El arte permite profundizar la apreciación de la vida humana. Ese es el espacio en que se encuentran el arte y la bioética. Y ese es el desafío que proponen con su concurso.<sup>i</sup>

A lo largo de 2014 se han ido exponiendo los trabajos presentados al último concurso en distintas ciudades del mundo. Se trata de un ejemplo interesante de cómo pensar sobre bioética desde otras perspectivas. Sin duda no es el único. Afortunadamente cada vez más personas se dan cuenta de que hay vínculos humanos que se exploran más adecuadamente desde experiencias artísticas que tienen mayor comunicabilidad que las argumentaciones teóricas. De nuevo, conviene insistir en que lo racional y reflexivo no es incompatible con este otro modo de “hablar” de lo humano, y que una bioética atenta a la realidad no puede prescindir de ninguno de esos modos diferentes de hablar.

**Lydia Feito**

Profesora de Bioética. Universidad Complutense de Madrid

<sup>i</sup> Las imágenes de este artículo son algunas de las presentadas al concurso de 2013. <http://www.bioethicsart.org/2013-competition/>

- VIII Seminario Internacional de Bioética con el lema “La responsabilidad del cuidado en el tratamiento médico” organizado por el Centro de Bioética de la Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad de Desarrollo de Santiago de Chile en colaboración con el Institut Borja de Bioètica de la Universitat Ramon Llull. 4 y 5 de julio de 2014 en el Aula Magna, Clínica Alemana (Santiago de Chile).  
[http://www.alemana.cl/aac/cur/pdf/INFO%20WEB\\_Seminario%20Bioetica\\_%2015.05.14%0\(2\).pdf](http://www.alemana.cl/aac/cur/pdf/INFO%20WEB_Seminario%20Bioetica_%2015.05.14%0(2).pdf)
- The Oxford Round Table: 11th Annual Conference on Health, Nursing, Aging and Nutrition 3-7 Agosto de 2014. Brasenose College in the University of Oxford.  
<http://www.oxfordroundtable.com/index.php/view/Sessions-Item/id/176>
- SOCIEDAD INTERNACIONAL DE BIOÉTICA (SIBI): Ciclo de Conferencias 2014. Lugar: Sede de la SIBI (Gijón) 12 Septiembre - 4 Diciembre 2014. 19:30 h. (excepto las de noviembre: a las 19:00 h. y la Conferencia de clausura: Centro de Cultura Antiguo Instituto, 19:30 h.). Entrada libre.  
<http://congresos.gijon.es/eventos/show/27754-ciclo-de-conferencias-2014-de-la-sociedad-internacional-de-bioetica-sibi>

## Bibliografía y fuentes de Bioética



- T. Domingo Moratalla (2014) *Hans Jonas, una ética de la responsabilidad. Una introducción a su filosofía a través de sus textos*. Grin.
- T. Domingo Moratalla, A. Domingo Moratalla (eds.) (2014) *Bioética y hermenéutica. La ética deliberativa de Paul Ricœur*. Actas del Congreso Internacional, Valencia (España) Febrero 2013. Hermes
- V. Bellver (ed.) (2014) *Bioética y cuidados de enfermería*. CECOVA.  
[http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro\\_75.pdf](http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_75.pdf) y  
[http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro\\_76.pdf](http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_76.pdf)
- C. Kaczor (2014) *The Ethics of Abortion: Women's Rights, Human Life, and the Question of Justice*. Routledge.
- H. ten Have (ed.) (2014) *Bioethics education in a global perspective. Challenges in global bioethics*. Springer.
- F. J. Elizari (2014) *Bioética, teología moral y sociedad*. Universidad P. Comillas
- S. Fuller, V. Lipinska (2014) *The proactionary imperative. A foundation for transhumanism*. Palgrave Macmillan.
- P. Macneill (ed.) (2014) *Ethics and the arts*. Springer.
- B. H. Lerner (2014) *The good doctor. A father, a son and the evolution of medical ethics*. Beacon Press.