

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

## Nuestro objetivo

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

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

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

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



## en este número

- La misión de la sabiduría P.2
- La sombra de Pigmalión es alargada P.4
- Nuevo código deontológico P.10
- Cómo salir del pozo P.11
- Caso clínico comentado P.13
- Relación médico-enfermo (II) P.17
- Reseña de libros P.21
- El origen del planeta de los simios* P.23

## Desde la redacción

En este otoño madrileño que nos regala atardeceres aún cálidos, iniciamos un nuevo curso con renovadas energías, la misma crisis que nos acompaña ya demasiados meses, y nuevos proyectos que, como siempre, nos apasionan.

Pero además, en esta ocasión, tenemos una celebración: nuestro buen amigo, maestro y admirado profesor Diego Gracia se ha jubilado. Y queremos felicitarle por ello.

Porque aunque existe en nuestro contexto una concepción pesimista que considera que jubilarse es sinónimo, no de un merecido retiro feliz, sino de ser retirado, desechado, como ya inútil, conviene recuperar el sentido positivo que, en mi opinión, es el más auténtico de esta palabra: el regocijo y la viva alegría, el júbilo.

Alegría por haber llegado a este momento de la vida, por haber cumplido una etapa con plenitud y la satisfacción de la tarea realizada y bien hecha, por comenzar ahora un nuevo ciclo lleno de posibilidades y novedades.

Júbilo por haber dedicado una buena parte de su vida a esa noble e imprescindible tarea de la formación, enseñando a varias generaciones de alumnos, tanto en pregrado como en postgrado y en formación continuada, a pensar críticamente.

Satisfacción por haber tenido la oportunidad de conocer y colaborar con quien nos ha enseñado, no sólo con su magisterio, sino también con el ejemplo vivo de su propia labor, cómo es posible conciliar un profundo y sólido conjunto de conocimientos —siempre creciente y sin perder un ápice la sed de seguir aprendiendo—, con la prudencia y la ponderación en la valoración de los muchos factores, circunstancias, matices y perspectivas que, en un mundo plural y dinámico, son imprescindibles para llevar a cabo el mejor y más completo ejercicio de respeto y tolerancia: la deliberación.

Regocijo por sentirnos parte de un proyecto compartido que pretende hacer un poco mejor este mundo. Por trabajar en este apasionante tema de la bioética, de las humanidades médicas, de la reflexión y el análisis de las prácticas asistenciales y, por extensión, de la promoción de valores en sociedades cada vez más complejas y ricas.

Gozo por saber que Diego Gracia seguirá trabajando, investigando, escribiendo, difundiendo su sabiduría en conferencias y cursos, que su jubilación —así lo esperamos— le permitirá disponer de algo más de tiempo para todo aquello que la voracidad de sus alumnos le impidió realizar.

Y el deseo de que esta nueva etapa que ahora inicia sea feliz y completa. Será, una vez más, un honor y un privilegio, seguir colaborando y aprendiendo con él.

¡Felicidades Diego!

**Lydia Feito.** Directora

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

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

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

## Consejo Editorial

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

### Colaboradores:

D. Fernando Abellán  
D. Joaquín Callabed  
D<sup>a</sup>. Diana Fosei  
D. Rubén García Cruz  
D. Diego Gracia Guillén  
D<sup>a</sup>. Pilar Núñez Cubero  
D<sup>a</sup> Teresa Parajón  
D<sup>a</sup>. Jennifer Torres

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 misión de la sabiduría

En estos días en España venimos discutiendo mucho sobre la enseñanza y el ejercicio de la tarea del profesor. Estos debates se centran en la protección de la enseñanza pública y la dificultad de su financiación. Todos estamos convencidos de que la formación de los jóvenes es esencial para el futuro de la sociedad; de que una sociedad que no salvaguarde y aliente el conocimiento, la investigación, la formación de los ciudadanos, está condenada a su propia destrucción; de que la educación es un valor a defender y promover; y de algo que en épocas de crisis económica se hace más patente: que una buena formación es determinante en el mercado laboral.

Un debate similar surgió hace algunos años con la reforma de los planes de estudio en la Universidad y la implantación del archifamoso plan Bolonia. Entonces nos preguntábamos cómo debía concebirse y desarrollarse la enseñanza superior, y si la Universidad tenía como principal objetivo formar trabajadores adaptables a las demandas del mercado de trabajo, o formar, en un sentido más amplio, buenos profesionales y personas cultas.

Para plantearnos cómo debe ser la universidad del presente, y teniendo en cuenta no sólo la historia de la institución de la enseñanza superior, sino también las exigencias de la sociedad contemporánea, siguen siendo útiles las ideas de J. Ortega y Gasset, quien, hablando de la misión de la universidad, le atribuía tres grandes funciones: la cultural, la profesional y la científica. Es menester que la universidad forme profesionales, es decir, personas capacitadas para el ejercicio de una profesión; también científicos, investigadores que contribuirán al avance del saber; pero sobre todo, la más radical e importante de las funciones que tiene la universidad es que sea transmisora de la cultura, porque en ello se juega su supervivencia la sociedad. La cultura tiene que ver con estar a la altura de los tiempos, con conocer el mundo y las cosas que lo componen, tener un sistema de ideas actualizado que nos permita hacer la vida. Porque, según Ortega, «cultura es lo que salva del naufragio vital, lo que permite al hombre vivir sin que su vida sea tragedia sin sentido o radical envilecimiento».<sup>1</sup>

Sin embargo, la tarea dista de ser fácil. Ya decía I. Kant que la educación es el problema mayor y más difícil a que podemos enfrentarnos. Se trata nada menos que de formar ciudadanos cultivados, personas que han de convivir en un mundo complejo y cambiante, en el que los conocimientos crecen exponencialmente a una velocidad vertiginosa. Sin embargo, es bien sabido que, paradójicamente, no son más sabios ni más cultos los que más cosas saben, sino

aquellos que, además de saber, disponen de una visión cabal, global e interrelacionada de aspectos fundamentales, con la que son capaces de pensar, crear y también elaborar juicios críticos bien argumentados. Eso requiere, además, una sensibilidad que es también preciso cultivar y entrenar, una actitud de apertura, serenidad y ponderación prudente, y una manera de estar en el mundo que se aleja del ruidoso griterío al que nos acostumbran los que, haciendo gala de su enorme ignorancia, demuestran que ni siquiera saben que no saben, aunque se autoproclamen expertos de alguna disciplina. Por eso es tan complicado fomentar la cultura, porque no es mera transmisión de conocimientos, sino una auténtica formación humanizadora.

Una sociedad democrática demanda una educación superior que ayude a formar valores de convivencia, diálogo, respeto a la diversidad, comprensión de la diferencia y búsqueda de mínimos, multiculturalidad, pluralismo, tolerancia. Para ello no bastan los conocimientos. Es preciso también añadir una cierta prudencia y sabiduría a la hora de analizar la realidad y de tomar decisiones. Y ello requiere una actitud de diálogo, de cautela, de percepción de que no existe una única verdad, ni un único modo de buscar la felicidad. De ahí que sea fundamental insistir en que para lograr una buena sociedad, es preciso educar en actitudes de respeto a la diversidad, de diálogo y también, por qué no, de un cierto entusiasmo por la oportunidad de tomar parte de la construcción de un espacio de convivencia enormemente rico aunque complejo.

La universidad es lugar privilegiado en esta tarea. Es la depositaria del saber y la cultura, quien garantiza que el pasado no desaparezca, quien tiene la obligación de lanzar el conocimiento hacia el futuro. La universidad es formadora de mentes críticas y espíritus abiertos, dinamizadora del saber y su difusión, promotora de la creatividad y la innovación. También formadora de profesionales de calidad, comprometidos con valores y eficaces gestores de su ámbito disciplinar en el marco de una sociedad que requiere calidad, responsabilidad y compromiso con los objetivos perseguidos, pero también con valores como la solidaridad y la justicia, y no sólo competitividad y beneficio económico.

Esta tarea de la universidad es, pues, más amplia que la de la mera formación de trabajadores. Es necesario que así sea porque, como se ha dicho,

es una institución cuyos objetivos y razón de ser son más ambiciosos y profundos, pero también porque conviene no engañarse: una buena formación es una condición necesaria, pero no suficiente, para encontrar un trabajo y desempeñar adecuadamente una tarea profesional. No hay garantías ni premios justos acordes al esfuerzo realizado. Y quizás el ejemplo paradigmático y más flagrante de esto sea el de los médicos, cuyo período de formación es más largo que ningún otro, con grandes exigencias.

Conviene tener esto cuenta también por lo que hace a la mejora y enriquecimiento de una sociedad: una buena enseñanza, una universidad de calidad, es condición necesaria para que la sociedad sea más culta, más prudente, más sabia, mejor en definitiva, pero no es condición suficiente. Porque en esto influyen otros muchos factores que pueden ir creando un medio, un humus, en el que todo lo que se pueda enseñar crece y progresa. O bien, como lamentablemente observamos que ocurre hoy, lo que los profesores puedan cultivar y promover no encuentra lugar ni escucha para ser atendido y dar frutos.

Y esto también lo decía Ortega haciendo el diagnóstico de su época, que es aplicable a la nuestra: «la escuela, como institución normal de un país, depende mucho más del aire público en que íntegramente flota, que del aire pedagógico artificialmente producido dentro de sus muros».<sup>2</sup> Si no cambiamos la sociedad de nada valdrá lo que se enseñe. Correlativamente, quienes compartimos esta hermosa tarea de la enseñanza seguimos queriendo creer que lo que enseñamos irá cambiando la sociedad.

Esto es lo que ha defendido incólume y persistentemente Diego Gracia.

En la lección inaugural de los cursos de Formación del Profesorado en 2006, dentro de los cursos de verano de la Universidad Complutense de Madrid, decía Diego Gracia que la labor de los profesores es casi una tarea heroica, animada por una gran responsabilidad: «la de formar las mentes y las personalidades de las jóvenes generaciones, de lo que van a ser esas personas en su vida, y por tanto también de lo que va a ser este país».<sup>3</sup>

Esa vocación de enseñar, y sobre todo de enseñar a pensar, es la que compartimos quienes pensamos que éste es el mejor modo de cambiar el mundo. Y ésta es una misión que encaja perfectamente con el cambio de actitudes y la llamada a la responsabilidad que son notas de identidad de la bioética. Por eso, Diego Gracia, que ha dedicado su vida profesional a esta tarea, es el mejor representante de la misión de la sabiduría: misión, en el sentido que él ha expuesto repetidamente, citando a Ortega, como lo que «uno tiene que ser», como un quehacer que inexorablemente se le impone a la persona como modo de realización propio. Misión, también en el sentido de encargo, objetivo, finalidad o razón de ser. Sabiduría, como el grado más profundo y cabal de conocimiento, que engloba la actitud prudente de quien sabe que no lo sabe todo, la humildad de quien está dispuesto a seguir aprendiendo, la ponderación y el buen hacer.

Diego Gracia es maestro de muchos, maestro en su doble sentido: el de quien tiene mérito relevante por su sabiduría y pericia en su campo, y el de profesor, quien enseña y transmite su saber a otros, tratando de propiciar en ellos una reflexión, para que puedan sacar lo mejor de sí mismos. No en vano, Diego Gracia es firme defensor de ese modelo socrático de enseñanza, que huye de los adoctrinamientos para promover más bien una invitación a pensar, generar una inquietud por el saber, por no conformarse y querer seguir aprendiendo, pensando, deliberando con otros en la búsqueda de la verdad. Esa es la misión de la sabiduría. Esa es la apuesta y la enseñanza de la bioética que Diego Gracia ha transmitido durante largos años, con auténtica pasión:

«Ésta si es una gran misión, un destino que merece la pena. Esto sí es una vocación que tira de nosotros, que se nos impone de modo imperativo. Esto ilusiona, enamora, suscita en nosotros lo que se ha llamado el «eros pedagógico». Platón, en el Banquete, habla así por boca de Diótima: «[El maestro] debe tener por más valiosa la belleza de las almas que la de los cuerpos, de tal modo que si alguien es discreto de alma, aunque tenga poca lozanía, baste ello para amarle, mostrarse solícito, engendrar y buscar palabras tales que puedan hacer mejores a los jóvenes» (*Banq* 210 b-c). Es el famoso «eros pedagógico», básico en la vida de un profesor, es decir, de quien ha hecho de la educación de los jóvenes la profesión de su vida. El eros pedagógico es la otra cara de la vocación. Sólo quien hace las cosas con verdadera y profunda vocación tendrá profundo amor a eso que hace. Sólo él irá al trabajo henchido de las tres virtudes teologales, la fe, la esperanza y el amor. La docencia no puede hacerse sin amor, sin dar amor y sin recibir amor.»<sup>4</sup>

Diego Gracia ha llegado a su merecida jubilación. Para quienes hemos tenido el privilegio de formarnos y colaborar con él, ahora es, precisamente, momento de agradecer su tarea de profesor. Es momento de alegrarnos de que siga queriendo enseñar, de que siga intentando ser más sabio y más prudente, de que siga transmitiendo sus conocimientos y reflexiones, de que siga haciéndonos pensar. Es momento, pues, de júbilo: de celebrar y congratularnos por haber podido ser alumnos, discípulos, de alguien que ha desarrollado con excelencia la misión de la sabiduría.

**Lydia Feito.** Profesora de Bioética  
Universidad Complutense de Madrid

#### Notas

1. Ortega y Gasset, J. (1930) «Misión de la Universidad» O.C. vol.IV Alianza. Madrid, 1987. p.321.
2. Ibid. p.316
3. D. Gracia "La vocación docente" *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, XL (2007) 807-816.
4. Ibid.

# El comentario de Diego Gracia

## El comentario de Diego Gracia



### La sombra de pigmalión es alargada

*Al cumplirse los veinte años del Máster en Bioética, los miembros de su décima promoción organizaron un acto conmemorativo que hube de cerrar con una breve intervención. En ella leí el texto que ahora se publica. Está dedicado a todos aquellos que en estos años se han convertido en parte de mi vida.*

Confieso que me siento algo incómodo cuando oigo hablar de mí, incluso cuando se hace en términos como los de esta mañana, que no pueden moverme más que al agradecimiento. No sé a qué se deberá esto, si a un cierto sentido del pudor, que he procurado cultivar siempre, evitando indagar en las vidas ajenas o que los demás indaguen en la propia, o a aquello otro que expuso Oliver Wendell Holmes en su obra *The autocrat of the breakfast-table*. Este Oliver, aviso, no es el famoso jurista norteamericano, “la figura más ilustre de la historia del derecho norteamericano”, como se le ha llamado, profesor en Harvard y miembro del Tribunal Supremo de Justicia de Washington, sino su padre, un médico, también profesor en Harvard, ahora de anatomía, a la vez que fino escritor. De él dijo Osler que constituía “la combinación más afortunada que jamás se había visto de médico y hombre de letras.” Hoy es cosa sabida su influencia en el Sherlock Holmes de Arthur Conan-Doyle. Pues bien, este tal Holmes, se pasó toda su vida reflexionando en torno a una *breakfast-table*, a la mesa del desayuno, o, quizá mejor, a la mesa de café. De hecho, escribí tres obras con ella como argumento, una titulada *The autocrat of the breakfast table*, una segunda *The professor of the breakfast-table* y, finalmente, *The poet of the breakfast-table*. En torno a la mesa del desayuno se convirtió en uno de los grandes educadores de la sociedad norteamericana. En el primero de esos libros, el autócrata es un profesor que expone con gran ingenio y absoluta libertad sus propias opiniones. Eso es lo que él entiende por autocracia, que como se verá tiene un sentido rigurosamente positivo, alejado de la connotación negativa que ese término ha cobrado en nuestras lenguas. Pues bien, uno de esos juicios ingeniosos y creativos del protagonista de la obra, el autócrata de la mesa de café, dice así:

Quando, por ejemplo, Juan y Tomás están hablando, es completamente natural que entre ellos seis haya más o menos confusión y recelo [...] Creo que es preciso dar aquí la razón a Benjamín Franklin, de que hay al menos seis personalidades distintas que podamos reconocer como tomando parte en ese diálogo entre Juan y Tomás: *Three Johns: 1. The real John, known only to his Maker; 2. John's ideal John, never the real one, and often very unlike him; 3. Thomas's ideal John, never the real John, nor John's John, but often very unlike either. Three Thomases: 1. The real Thomas. 2. Thomas's ideal Thomas. 3. John's ideal Thomas.*

Esta pieza fue muy famosa en el tránsito entre el siglo XIX y el XX, y Unamuno popularizó entre nosotros el tema de los tres Tomases y los tres Juanes en el prólogo a su obra *Tres novelas ejemplares y un prólogo*. Tras dar la versión del texto de Wendell Holmes, Unamuno concluye que en cada persona hay, cuando menos, tres personajes: “El que uno es, el que se cree ser y el que le cree otro.”

Bueno, todo esto viene a cuento del hablar de uno mismo. ¿De qué uno mismo estamos hablando? ¿A cuál nos estamos refiriendo? La cosa es tan complicada, que todos espero que convengáis conmigo en que lo mejor es dejar así el asunto y no darle más vueltas.

Pero precisamente porque no conviene darle más vueltas, lo mejor es no hablar de uno mismo. Por eso voy a referirme a los demás. ¿A quiénes? A aquéllos que han resultado decisivos en mi vida; no en mi vida privada, o en mi vida íntima, sino en mi

vida intelectual, o en mi vida profesional. Ellos han sido mis maestros, de una parte, y mis alumnos, o si queréis mis discípulos, por otra.

Mis maestros. Yo he sido una persona de inmensa suerte. Siempre me he tenido por un hombre afortunado. En la vida he recibido mucho más de lo que he dado. Permitidme que eche mano de una de las personas a las que debo buena parte de lo que soy, Laín Entralgo, y que siguiéndole a él me adscriba al bando de los pigmaliónicos. Me explicaré. Decía Laín que hay dos tipos de personas, o dos actitudes ante la vida, que él denominó la actitud Narciso y la actitud Pigmalión. La primera es bien conocida, sobre todo por psicólogos, psiquiatras y médicos, pero también por el público en general, ya que ha dado lugar a un tipo caracterial y hasta a un cuadro clínico, el narcisismo. Ya sabéis la historia del asunto: el joven Narciso ve reflejada su figura en la superficie de un lago y se enamora de sí mismo. Los Narcisos son aquellos que van por la vida felices de haberse conocido a sí mismos, diciendo más o menos eso de "mecachis, qué guapo soy." Nietzsche, que era un genio extraño, pero creo que no un Narciso, caló profundamente a estos sujetos, cuando titula los primeros capítulos de su libro *Ecce Homo* de esta manera: "por qué soy tan sabio", "por qué soy tan inteligente", "por qué escribo yo libros tan buenos". Laín caracteriza a los Narcisos diciendo que van por la vida expresando con los gestos o a voz en grito: "merezo todo lo que tengo."

En el polo opuesto se hallan los pigmaliónicos. Estos parecen estar diciendo de continuo: "tengo más de lo que merezo." La historia de Pigmalión es menos conocida. Era un rey y escultor chipriota que se pasó la vida persiguiendo el ideal de la perfección. Hoy diríamos que aspiró a la calidad total. Y como era escultor, trabajó infatigablemente por cincelar en mármol, entre otras, la imagen de la mujer perfecta, ideal. Pigmalión era un perfeccionista. Alguien pensará que con rasgos obsesivo-compulsivos, tan frecuentes en los creadores. Tras muchos ensayos, consiguió una estatua que le dejó satisfecho, la de Galatea. Tanto le gustó, que se enamoró de ella. Puede parecer raro, pero no lo es tanto. Los Pigmaliones hacen las cosas, y sigo de nuevo a Laín, con fe, con esperanza y con amor. Crear es siempre obra del amor. Dionisio Areopagita dijo aquello de *amor est difusivum sui*. También podría decirse, *amor est creativum sui*, el amor es de por sí creativo. El amor es creativo y el odio, destructivo.

Para mí, ésta es una actitud ante la vida. Cuando uno se siente inundado por el agradecimiento ante lo mucho que tiene sin haber merecido, empezando por la vida, no puede no ver las cosas así, con agradecimiento, y actuar con ese mismo talante. *Gratis accepistis, gratis date*, dice una conocida sentencia evangélica (Mt 10,8). A la gratuidad se responde con gratitud, con agradecimiento.

Entre los muchos regalos que me ha hecho la vida, quiero referirme a dos, para mí impagables. Son los que siempre he tenido por mis maestros. Los conocéis bien, Zubiri y Laín, Laín y Zubiri. Lo que yo he hecho en el orden intelectual se lo debo en buena medida a ellos. Fueron dos personas y dos pensadores muy distintos. Y que sin embargo se entendían perfectamente. Al final de su libro *Cinco lecciones de filosofía*, en el que exponía la idea que de la filosofía habían tenido cinco grandes de la historia del pensamiento, Aristóteles, Kant, Comte, Bergson y Husserl, Zubiri decía: "Pensarán ustedes que los filósofos no se entienden entre sí. Depende de a qué se llame entenderse. Si por entenderse se quiere significar estar de acuerdo, evidentemente los filósofos no se entienden, porque no están de acuerdo. Pero si por no entenderse se quiere significar no saber más o menos de qué se trata, entonces hay que decir que, por el contrario, los filósofos son hombres que no están de acuerdo, pero que en el fondo se entienden entre sí." Laín y Zubiri, Zubiri y Laín siempre se entendieron, aunque a veces, bastantes veces, no estuvieran de acuerdo. Zubiri ha sido mi maestro en filosofía. En él aprendí lo que es filosofía. Yo había tenido profesores, personas eruditas y conocedoras de su oficio, pero no filósofos. El filósofo es otra cosa, y yo esto lo vi por vez primera en él. Ni que decir tiene que ese espectáculo me fascinó, hasta el punto de no poderme despegar ya de ello. He sido discípulo de Zubiri, y a exponer su pensamiento he dedicado, entre otros trabajos, un libro. Era el homenaje que yo podía y quería tributar a quien tanto me había dado.

Laín no era un filósofo, en el sentido estricto de la palabra. Tampoco él aspiraba a eso. De ahí que el libro que he publicado sobre él no se titule, como el de Zubiri, *Voluntad de verdad*, sino *Voluntad de comprensión*. Su pasión era comprender. Y lo que se comprende es siempre el

sentido. La realidad se explica, el sentido se comprende, había dicho Dilthey, un maestro temprano de Laín. Y por tanto se comprende la vida, la vida de los seres humanos. Ésta fue la gran pasión de Laín. Frente al viejo positivismo, tan inundatorio en medicina, él creyó necesario afirmar que no sólo hay hechos, hechos positivos, hechos científicos. Además de los hechos están los valores, tan analizados por otro de sus grandes maestros de juventud, Scheler. Los hechos se perciben, en tanto que los valores se estiman. Y los sujetos de valores se aman. Se ama un cuadro porque es bello, porque soporta el valor belleza, y se ama, sobre todo, a las personas, a los seres humanos, porque son sujetos de los valores más elevados que pensarse pueda, los valores espirituales. No se aman los valores, se aman los sujetos de los valores. Y ese amor consiste siempre en lo mismo, en la realización más perfecta posible de sus valores. El amor es siempre ejecutivo, activo, lleva a realizar. La estimación es puramente eidética, en tanto que el amor es práctico, ejecutivo. Su objetivo es siempre realizar valores, sobre todo los más elevados, los superiores, los valores personales, espirituales. Por eso dice Scheler que el amor consiste en “coejecución.” El término ha sido mal interpretado la mayor parte de las veces. Pero su sentido es muy claro. Un amor que no sea ejecutivo, en el sentido de que lleve a la realización más perfecta posible de los valores en un sujeto, no es verdadero amor. Y como esa ejecución ha de ser interpersonal, no puede no transformarse en coejecución. Un amor que no es coejecutivo no es verdadero amor. Hasta aquí Max Scheler. ¿Y qué añadió Laín? Una precisión fundamental. En las relaciones interpersonales, la coejecución toma siempre y necesariamente la forma de “benevolencia”, querer el bien del otro, y “beneficencia”, hacer el bien al otro. Y si además se añade la “confidencia”, entonces tenemos la forma más elevada y profunda, la más personal e interpersonal del amor, el que Laín llama “amor de amistad.” A los otros se les puede tratar en tanto que otros, y entonces la relación entre ellos toma la forma de “camaradería”. Laín la llama así traduciendo la expresión alemana *Genossenschaft*, pero habida cuenta de que el término camaradería ha pasado a ser patrimonio de ciertos grupos políticos, sería preferible hablar de “compañerismo” o, quizá, de “ciudadanía.” Pero puede tratárselos también en tanto que personas, en cuyo caso el vínculo que se establece es de “amistad.” La camaradería es importante, muy importante, en las relaciones sociales y humanas. Ha de estar presidida por la justicia y la igualdad en el trato. Pero la vida humana no puede reducirse a pura camaradería. Por encima o por debajo de ella está la otra dimensión, la propia y puramente personal, la relación de amistad. Cabe decir, imitando a Kant, que amistad sin camaradería es imposible, y que camaradería sin amistad es insuficiente. Distinguir estos niveles permite diferenciar entre la discrepancia ideológica, política o religiosa, y la enemistad. No es lo mismo ser discrepante que ser enemigo, como tantas veces ha sucedido en la vida española. Hacer del discrepante ideológico un amigo: he ahí la tarea que Laín se impuso como objetivo y que le llevó a convertirse en un elemento fundamental de lo que he dado en llamar el “espíritu de la transición.”

Yo he sido como un enano subido a hombros de gigantes. Esto me ha permitido otear nuevos horizontes, ver más de lo que ellos mismos vieron y hacer mi propio camino. No ha sido mucho, ni muy importante, pero me he considerado siempre obligado a hacerlo por pura fidelidad a mí mismo y por fidelidad a ellos. Una fidelidad que nunca he interpretado como pura repetición de lo que ellos pensaron o hicieron. La experiencia me ha demostrado que las personas de veras inteligentes no cortan nunca las alas de los que vienen detrás, sino que precisamente les dan alas; no coartan la propia iniciativa sino que la estimulan. Quienes exigen votos de fidelidad, quienes nos imponen su propio criterio, a veces su arbitrariedad, no pueden considerarse maestros. Maestro no es quien te corta las alas sino quien te las da. Cuando Sócrates afirma en su defensa ante el tribunal de Atenas: “Yo no he sido jamás maestro de nadie”, no está diciendo que no haya enseñado a los jóvenes que quisieron oírle. Lo que afirma es que nunca ha dicho a los demás lo que tenían que hacer; muy al contrario, les ha pedido la fidelidad a sí mismos, a su propio destino, es decir, a su *daimon*. Éste es el auténtico maestro, el que no impone nada, el que no quiere serlo, el que simplemente enseña a los demás que necesitan ser fieles a sí mismos.

Mis maestros lo son porque me han ayudado a ser yo mismo, me han dado alas para crear, para hacer lo que yo he creído que tenía que hacer. ¿Y qué ha sido esto? Bien lo sabéis. Me he visto siempre como un profesor, no como un filósofo, ni como un escritor; como un profesor que filosofa y escribe, no como un filósofo o un escritor que enseña. ¿Y qué es lo que he tratado de transmitir a quienes me han escuchado? No erudición, no conocimientos, sino un modo de pensar y de vivir, que es cosa distinta. En este punto me considero heredero cien por cien de mis maestros. He intentado llevar a la práctica algo que aprendí de la fenomenología. En fenomenología las descripciones del maestro no valen por la autoridad de éste, sino que sólo

serven si uno es capaz de identificar en el interior de sí mismo las experiencias que el otro describe y si, a partir de ellas, puede rehacer desde el principio todo el camino del maestro. Cada persona tiene que repetir en sí misma el proceso entero del filosofar o del pensar. Pues bien, eso es lo que yo he intentado trasladar a la ética. Todos tenemos obligación de recorrer el camino entero, desde el principio. No valen los criterios de autoridad. Cada uno ha de comenzar de cero y reconstruir todo el edificio, lo cual le llevará, con toda probabilidad, a conclusiones distintas de las de sus maestros. El verdadero fenomenólogo no hace voto de fidelidad a la persona de su maestro sino a sí mismo. Ésta es la enseñanza fundamental.

Os decía que yo he intentado aplicar este modo de pensar y de hacer a la ética, más en concreto, a la bioética. Y aquí viene mi segunda gran deuda, la que he contraído a lo largo de casi cuarenta años no con mis maestros sino con mis alumnos, aquellos a quienes he tenido que enseñar. Sin ellos, yo no hubiera podido desarrollarme a mí mismo. Ellos me han obligado a pensar y repensar los temas, a modificar mis puntos de vista una y otra vez, a ir siempre más allá. Dejarme que en un pequeño rapto de sinceridad os cuente una breve historia.

Cuando comencé a enseñar bioética, no pude menos de pegarme a la doctrina de quienes me habían precedido con tanto éxito en los Estados Unidos, los miembros de la que cabe llamar “primera generación” de bioeticistas. Ellos habían elaborado, no sin esfuerzo, la teoría de los cuatro principios, y es lógico que todos los que veníamos después comenzáramos por ahí. Yo así lo hice, hasta el punto de que durante bastantes años creí que mi cometido había de consistir en adaptar esa teoría a la realidad española y mediterránea, por una parte, y en dotarla de un fundamento filosófico del que carecía. Y a ello me puse durante la década de los años ochenta. *Fundamentos de bioética* es el resultado de ese intento. Este Magíster cuyo vigésimo aniversario conmemoramos ahora, comenzó el año 1988, meses antes de que saliera a luz *Fundamentos de bioética*. De hecho, los alumnos organizaron, con la colaboración de don Pedro Laín y de Javier Gafo, un acto de presentación del libro en el Colegio de Médicos de Madrid. Me llevaron allí sin que yo supiera a qué iba y me encontré en la necesidad de decir unas palabras tras la intervención de ambos. Lo que entonces dije fue más o menos lo siguiente: Interactuar seiscientas horas con un grupo de personas es algo que sucede pocas veces en la vida, y desde luego muy pocas en la Universidad. El profesor enseña por lo general durante un número muy inferior de horas, y el contacto es la mayor parte de las veces epidérmico. En el Máster yo descubrí lo que de veras es la enseñanza, la transmisión, que siempre es bidireccional y, por tanto, mutua, no sólo de conocimientos sino también de habilidades y de actitudes. Desde el comienzo, he pasado al terminar cada curso una encuesta para conocer la opinión de los participantes sobre todos los aspectos del curso. Siempre preguntaba y pregunto por los conocimientos adquiridos y las habilidades aprendidas. Durante años no me atreví a preguntar directamente por las actitudes. Y recuerdo que un médico de una de las primeras promociones me dijo que por qué no preguntaba en el cuestionario por ellas. Le respondí que no me parecía correcto hacer esa pregunta de modo directo. A lo que me contestó que si lo hubiera preguntado, todos habrían respondido que sí, que les habían cambiado las actitudes. Y es que seiscientas horas son muchas horas. Recuerdo que en el acto del Colegio de Médicos dije que nunca nadie me había pedido tanto y que nunca a nadie le había dado tanto en el orden docente. De la primera promoción fui casi profesor exclusivo, y ello hacía que por las noches me despertara preocupado, pensando qué les podría decir a los alumnos al día siguiente. Me daba la impresión de que ya lo había dicho todo, que ya no sabía más.

Esto da una idea de lo que el inicio del Máster supuso para mí. Me obligó a hacer un enorme acopio de material, a estar al día y poner al día la bioética española. Fue la etapa que yo llamaría erudita. En castellano no había mucha documentación bien informada y rigurosa, y era necesario cubrir ese frente. Ése fue mi objetivo durante la década de los años ochenta. Y el lugar donde eso se plasmó fue en el Máster.

Pero a comienzos de la década de los noventa, y como consecuencia de un cambio en el plan de estudios de Medicina, me encontré ante un nuevo reto. Se trataba de introducir la bioética en la enseñanza de la licenciatura de Medicina. Parecía lo mismo, pero era un reto completamente distinto. Ahora no podía primar la erudición sino la concisión, la claridad, la sencillez. ¿Cómo hacerlo? ¿Cómo enfocar esa enseñanza de modo que no la vieran como mera erudición, el nudo aprendizaje de unos conceptos, unos métodos o unos textos, sino como un proceso personal, de modo que fuera cada alumno el que rehiciera desde sí mismo el camino

entero de la ética? Éste es, como ya sabéis, el método fenomenológico. ¿Por qué no hacer el esfuerzo de aplicarlo al estudio de la bioética? Y me acordé del padre de toda esta cofradía, de Sócrates. ¿Por qué no renovar el método socrático, aquello que Sócrates hacía con los jóvenes en el Ágora de Atenas?

Esto me obligó a rehacer todo el edificio de la bioética desde sus mismos fundamentos. Había que empezar de nuevo. Lo anterior había sido importante, quizá necesario, pero no era posible quedarse ahí. Así que puse manos a la obra, e inicié el camino una vez más. Y reconstruyendo la experiencia moral de cualquier ser humano, me convencí de que el lenguaje más adecuado no era el de los principios, ni el de los derechos humanos, sino el de los valores. Y ello por una razón fundamental, porque los valores son universales y primarios, porque todos valoramos, y valoramos necesariamente. Y también porque el lenguaje del valor, quizá por su primariedad, es muy elemental, y permite englobar muchos otros, prácticamente todos los demás, el de los principios, el de los derechos, etc. dentro de él. Todos los principios son valores, pero no todos los valores son principios. Y lo mismo podríamos decir de los derechos, etc.

Hace poco se me preguntaba por qué de un tiempo a esta parte he ido concediendo cada vez mayor importancia a los sentimientos en la vida moral. Y mi respuesta no pudo ser otra que porque me lo ha exigido el propio análisis de la experiencia moral. Los valores son la fuente de nuestros deberes. Debemos realizar valores: la justicia, la paz, el bienestar, la salud, la fraternidad, la libertad, etc., etc. El deber se monta siempre sobre el valor, consiste en la puesta en práctica del mundo de los valores, en la realización de valores. Por eso la ética es imperativa, manda hacer, realizar. Y lo que manda realizar son valores, esos valores que deberían imperar en una sociedad de seres humanos bien ordenada, pero que hoy no están realizados o lo están muy deficientemente. La ética trata de lo que debería ser y no es. Y eso que debería ser y no es son siempre valores.

Ahora bien, los valores no son pura y estrictamente intelectuales o racionales. Nuestros valores dependen de muchas cosas que gozan de una escasa racionalidad: nuestros sentimientos, nuestros deseos, las tradiciones en las que nos hemos formado, las creencias que nos han transmitido, etc. Todo eso no es estrictamente racional, y sin embargo es determinante del modo como valoramos las cosas y de las decisiones morales que tomamos. De ahí que la ética, que sí es una disciplina racional, tenga que contar con todos estos factores que no lo son en absoluto, o no lo son del todo. Por eso el objetivo de la ética no es tomar decisiones racionales, como si estuviéramos ante un problema de álgebra o de trigonometría, sino decisiones razonables. El procedimiento para conseguir esto Aristóteles dijo que era la deliberación, y su término la prudencia, la toma de decisiones prudentes.

Partir de la experiencia moral, huyendo de toda erudición postiza, superflua o innecesaria; hacerse con ese mundo que al principio parece proteiforme, complejo y anárquico, pero que cuando se le conoce se torna bellísimo, hasta cautivador, como es el mundo de los valores; convertir la deliberación en un método preciso de toma de decisiones; rehabilitar la tantas veces malentendida virtud de la prudencia. Ésas son las características fundamentales de lo que yo definiría como mi segunda etapa en el mundo de la bioética. En ella estoy, y es mucho lo que aún me falta por trabajar en este campo. Si el cuerpo aguanta, a ello dedicaré mis mejores esfuerzos de los próximos años.

Sin mis alumnos, sin todos vosotros, yo no hubiera sido capaz de hacer todo esto. El estímulo, la exigencia me ha venido de todos vosotros. Y por eso me considero afortunado de haberos tenido cerca de mí. Habéis sido un continuo acicate intelectual y humano. Os decía antes que me consideraba afortunado por haber tenido unos espléndidos maestros. Ahora tengo que completar eso añadiendo que la fortuna me ha deparado también unos fantásticos discípulos. Yo presumo de todos vosotros. Laín solía decir que no es que sus amigos fueran los mejores, es que los mejores eran sus amigos. Yo puedo decir algo similar: no es que mis alumnos sean los mejores, es que los mejores son mis alumnos.

Pero basta de complacencias, siempre peligrosas. No todo es color de rosa, ni todo está logrado, ni incluso bien hecho. A la vida humana le es consustancial el fracaso. No hay vida completamente lograda; nunca en ella llegan a igualarse el debería con el debe, lo que uno debería haber hecho con lo que ha acabado haciendo. De ahí la mala conciencia que todos

sentimos en algún momento, y que en mí es recurrente. Pero no todo está perdido. Porque detrás de mí venís vosotros, que sois el presente y, sobre todo, el futuro, la esperanza, mi esperanza. Si lo que he hecho a lo largo de estas décadas sirve para algo, ha de ser para establecer nuevos planes, para hacer nuevas cosas. Tengo que deciros que a estas alturas de mi vida es cuando creo ver algunas cosas claras, razón por la cual los proyectos se me agolpan en la mente. Sabéis las vueltas que he dado al tema de la deliberación. Cada vez estoy más convencido de su importancia, y que al ser humano cabe definirlo, tanto o más que como animal racional, como animal deliberante. Es lo que realmente nos distancia de los animales, la capacidad de deliberación. Ahora bien, si esto es así, y creo que es así, entonces habría que cambiar muchas cosas. No sólo hay que deliberar en los comités de ética. La relación clínica es una relación de deliberación. Y la vida social, y la actividad política. Y por este camino se llega, finalmente, a que éste debía ser el procedimiento que dirigiera los programas educativos de los niños desde su más tierna infancia. Como veréis, campos enormes que yo ya no veré realizados y que esperan nuevos operarios que pongan manos a la obra.

He contado más de una vez la impresión que me produjo leer las líneas que el viejo Husserl escribió, ya al final de su vida, como final del epílogo a *Ideas I*. Dice así: "El autor ve extendida ante sí la tierra infinitamente abierta de la verdadera filosofía, la 'tierra prometida' que él mismo ya no verá plenamente cultivada. Ríase, si se quiere, ante esta seguridad, pero véase si no hay alguna razón para ella en los fragmentos de una fenomenología incipiente que aquí se presentan. Con gusto esperaría que los venideros recojan estos comienzos, los lleven constantemente más lejos, pero también corrijan sus grandes imperfecciones, que son realmente inevitables en los comienzos de toda ciencia."

Este cariñoso homenaje que me ofrecéis tiene para mí algo de despedida. Dentro de tres años me jubilaré, y después ya no sé lo que podré hacer ni lo que haré. Pero no os preocupéis. Sigo creyéndome un afortunado y dispuesto a hacer lo que pueda, hasta que el cuerpo aguante, como solía decir Laín. La mayor fortuna es haber podido contar con tantas personas queridas y que me quieren. Con mi familia, con mi esposa, con mis hijos, con todos vosotros. Y como ya os habréis figurado, la última palabra de un pigmalión no puede ser otra que la de gracias. He titulado estas cuartillas "la sombra de Pigmalión es alargada." Ahora sabéis por qué. Muy joven aún, leí la primera novela de Miguel Delibes, *La sombra del ciprés es alargada*. Me produjo una enorme impresión, como en general toda la novelística de Delibes. Desde entonces la recuerdo con frecuencia. Yo he vivido a la sombra de grandes personajes. Pero sobre todo me he cobijado a la sombra de Pigmalión. Los pigmaliones siempre creen tener más de lo que merecen. Por eso la palabra propia de los pigmaliones es gracias. Es aquella con la que quiero acabar. De ahí que no pueda finalizar estas torpes palabras más que expresándoos a todos vosotros, queridos compañeros y amigos, mi profunda gratitud. Gracias de verdad, muchas gracias.

**Diego Gracia**

Catedrático de Historia de la Medicina  
Universidad Complutense de Madrid



## Nuevo Código Deontológico de la OMC

Se ha publicado recientemente el nuevo Código de Deontología Médica de la OMC, que viene a sustituir al anterior de 1999. Según se establece en su preámbulo, este nuevo código, primero del siglo XXI, sirve para confirmar el compromiso de la profesión médica con la sociedad a la que presta su servicio, incluyendo el avance de los conocimientos científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades de médicos y pacientes.

Sus principios inspiradores son los siguientes:

- El fomento del altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad y la empatía, que son esenciales para una relación asistencial de confianza plena.
- La mejora continua en el ejercicio profesional y en la calidad asistencial, basadas en el conocimiento científico y la autoevaluación.
- Y el ejercicio de la autorregulación con el fin de mantener la confianza social, mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores y conductas inadecuadas y una correcta gestión de los conflictos.

Se trata de un código bastante más extenso que el de 1999, en el que se han reforzado algunos capítulos e incorporado otros inéditos hasta ahora, todo ello con el fin de abordar aspectos de la asistencia que con el tiempo han ido adquiriendo mayor relevancia en nuestra sociedad.

Es el caso, por ejemplo, de la objeción de conciencia, que se encuentra ahora profusamente regulada en un capítulo propio, cuando en el código precedente se citaba tan solo de forma tangencial dentro del relativo a la reproducción humana (con alguna referencia indirecta en el de la relación del médico con los pacientes). Sobre la objeción de conciencia dice el código que su reconocimiento es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia del ejercicio profesional médico, que ha de operar siempre en sentido moral, rechazándose las situaciones que obedezcan a criterios de conveniencia u oportunismo. Asimismo, manifiesta que cuando el médico se abstenga de practicar el acto objetado, está obligado, en caso de urgencia, a atender a esa persona, aunque dicha atención estuviera relacionada con la acción objetada.

También se ha reforzado significativamente el capítulo relativo a la muerte, que en el nuevo código se titula de forma más amable "atención médica al final de la vida". En este apartado las aportaciones del nuevo código más relevantes son la mención por primera vez a las instrucciones previas o documento de voluntades anticipadas, que el médico ha de respetar a no ser que vayan contra la buena práctica clínica. Y la alusión a la sedación en la agonía, de la que establece que es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.

Otros capítulos nuevos son los relativos a las pruebas genéticas, al dopaje deportivo y a la docencia médica. Respecto de las pruebas genéticas se enfatiza la necesidad de contar con el consentimiento del paciente para realizar este tipo de análisis y de guardar secreto de la información obtenida. En cuanto al dopaje deportivo, se reprueba en el código la contribución médica fraudulenta a la mejora del rendimiento del deportista. Y por lo que se refiere a la docencia, se resalta la importancia de la formación de los estudiantes en la materia deontológica.

Por otro lado, hay que subrayar la importancia cada vez más acusada que la normativa sanitaria concede a las normas deontológicas, como lo evidencia la alusión a estas últimas que se hace en la ley de ordenación de las profesiones sanitarias (ley 44/2003). En efecto, en esta última se afirma que los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, *el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente*, y los criterios de norma-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión (art. 4.5).

En la misma norma comentada, se afirma igualmente que el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y *deontológico* (art. 4.7).

Estas previsiones legales conllevan una indudable positivización de los códigos deontológicos sanitarios o, lo que es lo mismo, que sus preceptos deban ser tenidos en cuenta, no solo en el ámbito estrictamente colegial, sino también por los tribunales de justicia para enjuiciar los casos de responsabilidad profesional. Se produce de alguna forma un salto de lo deontológico a lo legal, que dejan de ser mundos absolutamente desconectados y se convierten en vasos comunicantes. La realidad comentada habla por sí sola de la necesidad en nuestros días de prestar mayor atención a estos desarrollos deontológicos.

**Fernando Abellán**  
*Doctor en Medicina Legal. Magister en Derecho Sanitario*  
*Director de Derecho Sanitario Asesores*

# CÓMO SALIR DEL POZO (La Resiliencia)

Recibo una carta desde Bruselas, remitida por Stefan Vanistendael, Secretario General del BICE (*Bureau International Catholique de l'Enfance*). Este amigo es sociólogo y demógrafo formado en la universidad de Lovaina. Ha participado en campañas sanitarias en el “cuarto mundo”, educación sanitaria a niños que cuidan de sus hermanos, a “los niños de la calle”. Dedicó su vida a trazar caminos de bien para la infancia. Lleva 15 años investigando sobre la Resiliencia o capacidad de superar dificultades en situaciones límite de la vida. Dice que dar una dimensión espiritual a la vida es una buena terapia y ayuda a superar las dificultades. Es partidario de la acción directa en temas de salud y evaluar los resultados de la acción. Conferenciante en 5 continentes y políglota consumado.

Me obsequia con un libro que trata sobre cómo ayudar al niño o al joven a superar dificultades, y a esta “fuerza” se le llama en el mundo de la Pediatría Social, Resiliencia.

Aunque esta lucha está concebida para niños en situación difícil, puede aplicarse, con la debida plasticidad, en situaciones corrientes. Apunta el amigo Stefan que el cuarto mundo está en el primer mundo y que a la vuelta de la esquina hay niños en dificultad. Considera este autor, junto a Michel Manciaux y Jacques Lecomte, que esta lucha debe desarrollarse mediante la interacción entre el niño y su entorno, y se aplica especialmente cuando el niño sufre un proceso que le lleva a ser cuidado por familiares o instituciones ya sea a tiempo parcial o en régimen de internado.

**1. Necesita, en primer lugar, una red de ayuda social que lo acepte como persona.** Esta aceptación no implica la aceptación de su comportamiento que puede no ser el correcto.

*“Si he podido salir de la calle es sencillamente porque un día me encontré con alguien que creía en mí: un educador”,* es el relato de un joven.

Asegura que las redes informales funcionan mejor que las laborales, y conviene canalizar la ayuda por estas antes que intervenir directamente.

**2. Necesitan descubrir un sentido a la vida,** una coherencia.

*“Si le ofrecemos un porqué, encontrará un cómo”( Kant)*

Todos necesitamos un sentido y una lógica en nuestra vida y esta necesidad no la tenemos únicamente los adultos y los estudiosos.

Es una convicción profunda de que hay alguna cosa positiva, a la que podemos recurrir y que puede dar coherencia y orientación a nuestra vida, como descubrir modelos a seguir, orden, actividades que satisfagan, voluntariado, cultivar el arte, buscar la belleza.

**3. Aptitudes sociales y sentimientos de dominar la propia vida,** los acontecimientos y sus soluciones.

Necesitan aprendizaje de aptitudes sociales y capacidades de resolver problemas y aptitudes técnicas. ¿Cómo conectar? ¿Cómo controlar impulsos? ¿Cómo pedir ayuda? ¿Cómo examinar su problema? ¿Qué oficio me conviene y puedo desarrollar bien?

**4. Autoestima, o imagen positiva de sí mismo.**

La adquisición de aptitudes estimula la autoestima a condición de que el listón no sea ni muy alto ni muy bajo.

Circunstancias negativas pueden ser una disciplina férrea, crítica destructiva, patrones inaccesibles.

Circunstancias que pueden beneficiar son las correcciones razonadas, crítica constructiva y patrones sin ánimo de perfección.

Matthew Lipman, de New Jersey, fundador de la “Filosofía para niños”, explicaba que *“enseñar a pensar a los niños pobres les potenciaba la autoestima. Un niño muy pobre, normalmente no tiene nada suyo y hasta su cama y su juguete le pueden ser arrebatados de golpe. Pero cuando un niño de ese tipo es capaz de crear sus propios pensamientos, tiene una cosa de la que puede sentirse orgulloso y que ninguno le puede arrebatar”.*

**5. Algo de humor,** que está reconocido como una herramienta de trabajo importante. El humor es algo más que diversión. Muchas veces significa que reconocemos la imperfección y el sufrimiento pero lo integramos dentro de nuestra vida con una sonrisa.

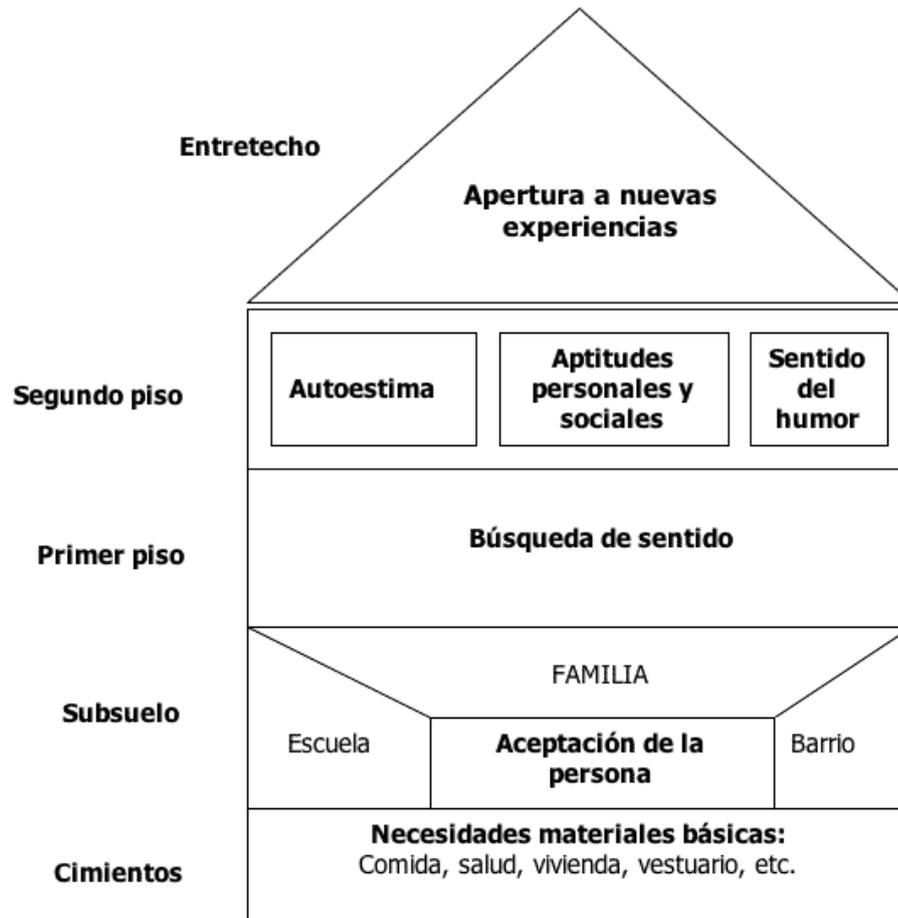
Algunos elementos de humor pueden ser: la ternura frente a la imperfección, la aceptación del error, el cambio de perspectiva, la confianza a pesar de las contrariedades.

Hay que reírse “con”, no reírse “de”.

## LA CASITA DE LA RESILIENCIA

Es una aportación personal de Vanistendael conocida en varios continentes.

Estructurada la resiliencia como una “casita”, cada nivel representa un campo de intervención posible para la construcción o mantenimiento de la resiliencia o capacidad de lucha que puede desarrollar con la ayuda institucional o familiar.



Stephan me incluye en su carta “El decálogo de Loerel” profesor de Nuremberg.

Son diez recursos personales y sociales que contribuyen a “salir del pozo” a estimular nuestra psico-inmunidad, o, con palabras de ciencia actual, a activar la Resiliencia.

1. Es necesaria una relación emocional estable, como mínimo con uno de los padres o una persona próxima. Debe ser aceptado como persona, aunque no se acepte su manera de ser.
2. Soporte social, dentro y fuera de la familia.
3. Clima educacional emocionalmente positivo, abierto, que oriente y fije las normas.
4. Modelos sociales que animen a una actitud constructiva para superar dificultades.
5. Equilibrio entre responsabilidades sociales y las exigencias de éxito.
6. Competencias cognitivas.
7. Unas competencias de carácter, unas características que permitan superar los problemas.
8. Las experiencias de eficacia personal, las cuales generan confianza en sí mismo. Hay que

saber encontrar las cualidades positivas de muchos niños y jóvenes que pueden estar escondidas bajo una forma de ser inaceptable.

9. Tratar de afrontar activamente las dificultades y tensiones.
10. La experiencia de una lógica de una estructura, de un orden en el desarrollo propio.

Termina su amable carta con una reflexión sobre “**un icono desgastado y roto**”

*“Cada uno de nosotros somos como un icono roto y desgastado por el tiempo, con el soporte de madera en mal estado. La causa ha podido ser el tiempo, el descuido o el odio humano. Cuando lo tengamos en la mano debemos pensar en las causas que lo han deteriorado y después, inmediatamente, pensar en la belleza que queda, no en la que se ha perdido”.*

**Joaquín Callabed**

**Pediatra. Magister en Bioética**

# Caso Clínico Comentado

## Historia Clínica

### *No Feeding Tubes for Me*\* (1)

Pauline Randall es una mujer casada de 65 años, tiene tres hijos mayores de edad y padece de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Su condición neurológica ha progresado tanto que ya no es capaz de controlar ningún movimiento muscular voluntario. Vive en un hogar de ancianos, está postrada en una cama, respira con la ayuda de un ventilador y sólo puede comunicarse a través de un sintetizador electrónico que responde al movimiento de los ojos (parpadeo). De esta manera logra escribir palabras y algunas frases breves.

La Sra. Randall es consciente de que su condición no es reversible y de que inevitablemente la conducirá a la muerte. En todo momento ha participado activamente en el cuidado de su salud y se ha mostrado decidida a mantenerse funcional durante tanto tiempo como fuera posible.

Actualmente su médico, el Dr. Samuels, cree que no está recibiendo una nutrición adecuada y que ha llegado el momento de alimentarla mediante sonda nasogástrica (SNG). Cuando se lo dijo a Pauline, la reacción de ésta fué parpadear rápidamente “¡No más!” Acto seguido, el doctor le preguntó: "Sra. Randall, ¿se da cuenta de que si no ponemos la sonda nasogástrica se morirá poco a poco de hambre?", a lo que ella le respondió parpadeando: “Sí, no más”.

Cuando los familiares de la señora Randall, que habían estado brindándole apoyo a lo largo de su enfermedad, se enteraron de su oposición al tratamiento, expresaron opiniones distintas. Su marido cree que sus deseos deben ser respetados, pero dos de sus tres hijos están convencidos de que se debe prolongar su vida. Por otro lado, el personal de enfermería cree que no deberían hacerla sufrir más.

No hay ninguna duda de que la Sra. Randall es legalmente competente, es decir, que entiende el procedimiento propuesto y las consecuencias de la negativa.

## Comentario

### Deliberación sobre los hechos

**Diagnóstico:** Esclerosis lateral amiotrófica avanzada, en tratamiento con respirador y actualmente con disfagia severa.

**Pronóstico:** Enfermedad progresiva sin tratamiento etiológico. Riesgo actual de desnutrición grave y de broncoaspiración. Según el *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, la ELA afecta solamente las neuronas motoras, de manera que no deteriora la capacidad de pensar, la personalidad, la inteligencia o la memoria de la persona. Tampoco afecta a los sentidos de la vista, olfato, gusto, oído o tacto. Los pacientes generalmente mantienen el control de los músculos de los ojos y el de esfínteres (2).

**Tratamiento propuesto:** Alimentación mediante SNG, que consiste en introducir un tubo por uno de los orificios nasales y desplazarlo a través de la garganta y el esófago hasta el estómago. Al extremo nasal, que sobresale unos centímetros, se puede acoplar una jeringuilla con contenido alimenticio, de manera que, a través del tubo, tales alimentos lleguen directamente al estómago sin necesidad de que la persona

\* La Historia Clínica es una traducción y adaptación del caso “No Feeding Tubes For Me” en: Levine, C. Refusal of Life-Sustaining Treatment and Euthanasia. *Cases in Bioethics: Selections From the Hastings Center Report*. New York: St. Martin Press, 1989 (27), 133

mastique o trague. Con ello se evita el atragantamiento y la broncoaspiración, es decir, la posibilidad de que los alimentos, al tragar mal la paciente, pasen al sistema respiratorio, produciendo la imposibilidad mecánica de entrada de aire a los pulmones y el ahogamiento, o una reacción inflamatoria grave secundaria a la presencia de elementos químicos o bacterianos extraños al sistema respiratorio, esto es, una neumonía o una neumonitis química.

La colocación de la SNG en una persona consciente requiere de su colaboración. Si la persona no está dispuesta a hacer el esfuerzo de tragar en el momento en que la sonda pasa por la garganta, la presencia misma del tubo en ese lugar le provocará sensación de ahogo y la obligará a tragar o le provocará un acceso de tos. Esta falta de cooperación del paciente puede provocar varios intentos fallidos, bien porque no se pueda hacer pasar la sonda más allá de la garganta, bien porque pase a los bronquios en lugar de al esófago y al estómago, y sea necesario retirarla.

## **Deliberación sobre los valores**

### Lista de problemas éticos

¿Debo aceptar su negativa a la SNG, a pesar de que eso supone la muerte por inanición de la paciente?

¿Debo ignorar absolutamente las opiniones de los hijos que quieren prolongar la vida de su madre?

¿Debería considerar que la alimentación, al ser imprescindible para la vida, no es un tema que se preste a discusión con los pacientes?

¿Es ético no respetar la petición de un paciente a no ser alimentado cuando éste expresa que no quiere seguir sufriendo y cuando para alimentarlo es necesario realizar una intervención física sobre su cuerpo?

¿Es correcto alargar la vida de un paciente que tiene un mal pronóstico -tanto vital como de calidad de vida- en contra de su voluntad?

Ante la perspectiva del sufrimiento en el proceso de morir por inanición, ¿sería ético informar a la paciente y a sus familiares de la posibilidad de retirar la respiración artificial?

¿Debo poner la SNG en contra de la voluntad de la paciente?

¿Hasta dónde debe llegar la responsabilidad del médico?

¿Se debería tomar en consideración las preferencias de la familia cuando algunos de sus miembros tienen opiniones diferentes a los deseos del paciente?

Dentro del contexto general de la sostenibilidad de un sistema sanitario, ¿es ético utilizar recursos económicos para prolongar la vida de pacientes con mal pronóstico y proporcionarles medidas de soporte vital, cuando dichos pacientes son competentes y han expresado reiteradamente que no desean utilizarlas?

### Elección del problema a analizar

¿Debo aceptar la negativa de la Sra. Randall a la SNG en contra del deseo de dos de sus hijos y a pesar de que eso supone la muerte por inanición de la paciente?

### Identificación de los valores en conflicto

- Vida
- Deber del médico de preservar la vida
- Respeto a los deseos de los hijos

- Calidad de vida
- Deber del médico de no abandonar a la paciente
- Respeto a la decisión de la paciente
- Empatía

## **Deliberación sobre los deberes**

### Identificación de los cursos extremos de acción

- No poner la SNG, transferir a la paciente a otro médico e ignorar absolutamente los deseos de los dos hijos
- Poner la SNG en contra de la voluntad de la paciente

### Identificación de los cursos intermedios de acción

- Preguntarle a la Sra. Randall a qué se refiere cuando expresa **¡Sí, no más!** con la intención de conocer cuáles son sus verdaderos deseos y sentimientos, posibles preferencias en torno al tratamiento y qué pueden hacer el equipo médico y su familia para que ella se sienta mejor.
- Valorar con la paciente la alimentación mediante gastrostomía en vez de por SNG.
- Esperar un tiempo prudencial antes de tomar una decisión y asegurarse de que los deseos expresados por la paciente son persistentes. En caso necesario, pactar con ella la colocación transitoria de una vía periférica con suero glucosalino.
- Proponerle a la Sra. Randall que su familia pase más tiempo con ella con vistas a entenderse mutuamente y a pactar con ella sus decisiones. En caso de que acepte, proponérselo a la familia.
- Mientras se toma la decisión, brindarle apoyo psicológico, asistencia espiritual, confortabilidad, acompañamiento y aquellas medidas que la Sra. Randall necesite para sentirse mejor.
- Brindar apoyo psicológico a los familiares.
- En caso de que persista en su negativa a recibir alimentación por cualquier método, explicarle a la Sra. Randall y a su familia la posibilidad de planificar la desconexión del respirador, las consecuencias y las medidas paliativas posibles.
- Suministrarle una atención adecuada para paliar los síntomas que se deriven de las decisiones de la paciente.
- Hablar con los dos hijos que quieren prolongar la vida de la madre, explicarles el curso de la enfermedad, la implicación y la voluntad de la Sra. Randall hasta el momento actual, y la importancia de tomar en cuenta sus deseos.
- Implicar a las enfermeras en esa conversación, dado que éstas les pueden explicar la vida cotidiana de la Sra. Randall y por qué consideran que la sonda nasogástrica supondría prolongar su sufrimiento.
- Hablar con el padre y el otro hijo para que colaboren en asegurarse -sin presionarla- de que ese deseo de la Sra. Randall es firme y, en caso de serlo, pedir su ayuda para hacérselo entender a los otros dos hijos.

### Identificación de los cursos óptimos

- Preguntarle a la Sra. Randall a qué se refiere cuando expresa **¡Sí, no más!** Es decir, qué es aceptable y qué no es aceptable para ella en cuanto al tratamiento. La intención es conocer cuáles son sus verdaderos deseos y sentimientos, posibles preferencias en torno al tratamiento, y qué pueden hacer el equipo médico y su familia para que ella se sienta mejor.
- Explicarle correctamente los beneficios y los riesgos de una gastrostomía, y proponérsela.
- En caso de negativa de la paciente, asegurarse de que sus deseos se mantienen en el tiempo e intentar que sean aceptados por todos los miembros de la familia. Para ello, procurar pactar un tiempo concreto con la paciente para la toma definitiva de una decisión, y una vía transitoria con glucosalino si fuera necesario.
- Hablar con los dos hijos que quieren prolongar la vida de la madre, explicarles el curso de la enfermedad, la implicación y la voluntad de la Sra. Randall hasta el momento actual, y la importancia de tomar en cuenta sus deseos.
- En todo momento deben mantenerse las medidas de confortabilidad, el respeto a la persona y la paliación de síntomas.
- En caso de que persista en su negativa a recibir alimentación por cualquier método, retirar el suero glucosalino y proceder a tomar medidas paliativas.
- En dependencia de las características concretas de la paciente, de las relaciones familiares y del personal sanitario, valorar las otras propuestas (más tiempo de la paciente con la familia, ayuda de los familiares entre sí, implicación del personal de enfermería, apoyo psicológico a la familia, asistencia espiritual a la paciente, etc.).

### Pruebas de consistencia

Los cursos óptimos seleccionados son legales, el Comité de Ética Asistencial (CEA) estaría dispuesto a defenderlos públicamente y los volvería a recomendar en otro momento, si las circunstancias fueran las mismas.

## Comentario final

Un conflicto clásico en la relación médico-paciente surge cuando el médico percibe y recomienda cierto tratamiento como el más beneficioso, desde una perspectiva en la que el valor vida es el más importante y, al mismo tiempo, siente la obligación de respetar el rechazo de un paciente competente a ese u otros procedimientos, siendo consciente de que esta decisión puede ser perjudicial para él. Así lo representa el caso que nos ocupa: Por un lado, insertar la SNG para proporcionarle alimentación a la Sra. Randall y, por el otro, darle mayor relevancia a *respetar sus preferencias*, reconociendo que esta decisión puede conllevar el acortamiento de su vida. Ante esta incertidumbre, otros implicados, como la familia y el equipo de enfermería, jugarán un rol importante, aunque no determinante, en esa toma de decisiones a favor del bienestar la paciente.

Según el CEA, ¿cuál sería la recomendación al Dr. Samuels? Lo correcto en esta toma de decisiones es garantizar el respeto a la voluntad de la Sra. Randall, aunque la misma nos invite a reflexionar si es la más favorable para su salud. Pero lo cierto es que, sea cual sea la decisión de la paciente, todos los esfuerzos deben concentrarse en asegurar que los cuidados y las medidas para disminuir el dolor, el malestar y la angustia se proporcionen en todo momento. Estas medidas podrían incluir cuidados paliativos, tratamiento farmacológico, psicológico, terapia familiar y ayuda espiritual.

Si la Sra. Randall elige limitar medidas de soporte vital, es decir, interrumpir voluntariamente la alimentación y la hidratación (*Voluntary stopping eating and drinking*, VSED), es preciso tomar nota de que el desenlace de este caso, como el de tantos otros, no podría plantearse como norma general. Pero si una persona enferma competente, bien tratada y cuidada, y con semejante deterioro de la calidad de vida se niega a recibir tratamiento para morir humanamente y con dignidad, nadie, incluyendo sus hijos o el equipo médico, debe coartar su voluntad.

La acción de VSED es catalogada por Timothy Quill como uno de los "últimos recursos" que tiene un paciente cuando han fallado todas las medidas paliativas. Aunque no puede calificarse como "medicamentamente tratada" (*physician-assisted*), sí debe ser "medicamentamente atendida" (*physician-supported*) (3). Es decir, que el médico debe brindar su apoyo durante todo el proceso: Desde el principio deberá evaluar la situación del paciente para asegurarse de que es competente y de que se le proporcionan los cuidados paliativos adecuados, y también deberá ayudar a la paciente y a su familia a enfrentar las posibles complicaciones, fueran previsibles o no.

Finalmente, los desacuerdos entre los deseos del paciente y el que el médico considera el mejor tratamiento son cada vez más habituales. En este punto, tal vez convenga recordar las palabras de Diego Gracia: "Es necesario que nos planteemos los dilemas éticos en el final de la vida, no con el objeto de resolverlos de una vez por todas, sino de ver dónde nos hallamos hoy en el debate de estas cuestiones, cuáles son los argumentos que sustentan los diferentes posturas y cuál es la actitud que aquí y ahora parece más prudente mantener, seguros de que con ello no alcanzaremos certezas absolutas, sino, en el mejor de los casos, la modesta certeza moral de los autores clásicos." (4)

## Referencias:

- 1.- Levine, C. Refusal of Life-Sustaining Treatment and Euthanasia. *Cases in Bioethics: Selections From the Hastings Center Report*. New York: St. Martin Press, 1989 (27), 133
- 2.- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, National Institute of Health, Bethesda, Maryland. Recuperado de: <http://espanol.ninds.nih.gov/>
- 3.- Quill T. Physician-Assisted Death in the United States: Are the Existing "Last resorts" Enough?, *Hasting Center Report* 38, no. 5, 2008: 17-22.
- 4.- Gracia D. Estudios de Bioética. 3. Ética de los confines de la vida. Editorial El Búho Ltda., Santa Fé de Bogotá, 1998, p. 291.

**Jennifer M. Torres Del Valle, MPH**  
*Russell B. Roth Scholar*  
*James F. Drane Institute of Bioethics,*  
*Edinboro University of Pennsylvania*

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

### 3. La comunicación entre el médico y el enfermo

La comunicación entre el médico y el enfermo es fuente, medio y resultado de la *amistad médica*. Esta relación es decisiva para una concepción personalista de la medicina, que será vista como elemento central para el diagnóstico y el tratamiento. Esta *amistad médica* se constituye a través de la mirada, de lo que se dice, se escucha, o se calla, y del contacto manual:

3.1) **La mirada.** La mirada que es lo primero que se produce en la relación médico-enfermo, es un acto expresivo que, al margen de la intención con que se realice, siempre conlleva un mostrar lo que uno es ('mi condición humana', 'mi personalidad') y lo que pasajeramente estoy siendo (un estado interior). Los ojos aparecen como el centro vector de la expresión, en ellos se condensa la expresión de toda la corporalidad, así como en la sonrisa toda la corporalidad queda en la boca. Una mirada pertenece a una totalidad expresiva, y no se puede comprender si no es poniéndola en relación con la situación de que surge, ya que como totalidad expresiva, carece de sentido intentar comprender lo que unos ojos dicen de sí mismos sin ir al más allá de toda la corporalidad a la que pertenecen. Conviene, sin embargo, tener presente, que la enfermedad crea una situación de ambigüedad, y escisión en la vida de la persona, que puede producir una distancia entre la expresión real y la intención expresiva.

El médico y el enfermo se miran, y de seguida será la palabra quien guiará la comunicación entre ellos, pero los ojos, seguirán, ahora en un segundo plano, participando y acompañando su comunicación, y dando un peso importante a esa relación. Y, *¿qué sucede entre ellos cuando se miran mutuamente?, se pregunta Laín Entralgo.*

La mirada del enfermo expresa su necesidad y su apertura receptiva a quien le puede ayudar. El médico no es para el enfermo un objeto que ocupa un espacio y un tiempo, sino una realidad que es fuente de ayuda. El médico, en una relación ideal, simboliza para el enfermo esperanza. Ciertamente un enfermo puede estar indeciso ante la medicina o los médicos, y puede tener una mirada evasiva, desconfiada o recelosa, en vez de una mirada de petición. También puede acercarse con una mirada exigente, ya sea desde su situación de dolor o desde su derecho a la asistencia médica. En estos casos, el médico es visto por el enfermo como un dispensador técnico, dificultando el encuentro personal, la *amistad médica*, ya que ha objetivado al médico marcando una distancia, evitando una posible 'invasión' no querida. No se dejará acompañar en su dolor por el médico, sólo le quedará sufrirlo en un silencio íntimo y heroico.

Una mirada ideal del médico posee una intención envolvente, es decir, procura un ámbito de refugio al enfermo, que se le ha acercado pidiendo ayuda. Encerrar al enfermo dentro de los límites de un conocimiento sólo objetivo, es marcar distancia y pretender curar sólo técnicamente lo 'averiado', y no la unidad personal que pide una atmósfera de acogida y protección. Una mirada inquisitiva y objetivante resulta incómoda para el enfermo, como si la realidad observada por el médico no fuera su persona. Para que una mirada objetivante atienda a los fines de la relación médica debe estar psicológica y éticamente ordenada con una 'intención envolvente'. Pero la mirada del médico no sólo acoge, y no sólo busca algo en la superficie somática del enfermo, sino que también busca el centro vital del enfermo, el contenido de su consciencia, de su alma, de sus intenciones íntimas... La mirada del médico percibe algo en el cuerpo del enfermo a la vez que le da algo a su persona. Percibe alteraciones y manifestaciones estáticas y/o dinámicas en el cuerpo del enfermo, pero a la vez, da al enfermo un ámbito de refugio y protección. Un médico que no quiera olvidar su condición humana debe aprender a mirar.

3.2) **La palabra y el silencio.** La comunicación entre el médico y el enfermo se hace de seguida verbal y auditiva. El centro vector pasa del ojo a la palabra. El diálogo entre médico-enfermo es a la vez cognoscitivo y terapéutico, aunque se distingue por una exigencia de carácter metódico cuando predomina la intención diagnóstica o la terapéutica.

El diálogo médico-enfermo tiene una formalidad y un contenido; su expresión comunicativa es la palabra, y con ella se dice algo. Tiene una intencionalidad y comporta un contenido.

3.2.1. En la **comunicación verbal del enfermo al médico** hay que considerar tres elementos principales.

a) Las expresiones sonoras paraverbales, suspiros, respiraciones profundas, exclamaciones más o menos reprimidas, interrupciones en la frase... Estas manifestaciones dependen en parte del medio social donde ha crecido y vive el enfermo, de su cultura, como también de su personalidad, su particular situación, su estado emotivo, ya sea por la enfermedad o por otras circunstancias. En lo paraverbal se realizan importantes transferencias, y un explorador agudo es capaz de convertir estos 'sonidos' en 'señales' con significado.

b) Otro elemento es la expresión verbal o la palabra. *El hombre es el ser que tiene sentido para la palabra y que en la palabra descubre el sentido del ser*, dice el filósofo Josep M. Coll ya que la palabra llama, notifica y representa. Cuando el enfermo dice, 'doctor, sufro mareos', con esto llama al médico, le notifica un particular estado psicosomático de su persona y nombra la índole de su estado: 'mareos'. La palabra interpela, seduce o repulsa al oyente, pero es el medio de la intercomunicación que pone fin a una lucha de miradas objetivantes, porque por ella se hace un solo mundo entre dos personas, un mundo nuevo en una determinada comunión. Las cosas no interpelan porque no tienen voz. Es a través de la palabra que comunicamos nuestra interioridad, y por ella nos damos. Permite clarificar, ordenar, purificar; al enfermo le produce sosiego el poder decir su trastorno a alguien que puede ayudarle. Pero la palabra es tal palabra en cuanto es recibida, no lo es tanto en la boca del quien la pronuncia como en el oído del que la escucha. La palabra llama, notifica y representa una realidad personal que puede ser comprendida y así entrar en comunión con otra.

c) Finalmente, el último elemento que destaco en el habla formal del enfermo es el silencio. El silencio tiene una gran importancia en la vida humana, no solo somos animales que hablamos, sino también seres que guardamos silencios significativos. Si alguien tiene una palabra significativa es porque ha sido capaz de callar. Sobre el silencio se alza sonora la palabra, en él germina y cobra sentido. Pero el silencio también puede ser significativo: cuando pudiendo hablar se calla, este silencio dice algo. También puede ocurrir que alguien no tenga más remedio que recurrir al silencio para comunicar una realidad que ninguna palabra pueda expresar como puede hacerlo el silencio. El silencio sirve al hombre para entender y pensar, para culminar una comunión interpersonal que empezó con palabras y acciones, y es lo último que le queda al hombre ante el abismo de la muerte, inaccesible en último estado a la retórica. En la comunicación entre el médico y el enfermo hay silencios. El silencio del enfermo puede significar muchas cosas. Puede callar porque le resulta penoso hablar abiertamente de algún suceso, o para evitar que le escuche alguien que no sea el médico, o porque la enfermedad le ha evocado el riesgo de la muerte. También puede ser porque no sepa decir lo que le pasa, ya sea por incapacidad de expresarse verbalmente, por falta de recursos o porque no entiende lo que le pregunta el médico. Raro, pero posible, es que el enfermo no quiera hablar, y deje al médico en la situación de preguntarse qué esconde ese silencio taciturno, ¿desconfianza, pudor mal entendido...?

### 3.2.2. El médico tiene también unos elementos formales en su expresión verbal

a) Las expresiones sonoras paraverbales deberían manifestar las emociones que voluntaria y técnicamente quiera manifestar, reduciendo al mínimo aquellas manifestaciones involuntarias. Estas expresiones han de servir para favorecer un ámbito de acogida, de protección al enfermo, de sosiego, por lo que deberían ser tenues, para no generar recelo y desconfianza.

b) Es importante que la palabra del médico sea sentida por el enfermo como dirigida a él, que sus palabras no sean impersonales. Cuando interroga que utilice preguntas abiertas, que no exijan una respuesta inmediata. Pero al mismo tiempo ha de tener el arte de evitar que las respuestas y explicaciones del enfermo se vayan 'por los cerros de Úbeda'. El médico ha de dirigirse a aquello que le interesa realmente. No hace falta que el médico nombre los hallazgos ante el enfermo, más bien ha de tener la prudencia de saber en qué ocasiones le conviene al paciente oír una designación precisa del síntoma que padece. Ha de ser consciente de que toda palabra dirigida al enfermo cumple una función suasoria.

c) El silencio del médico tiene que ser significativo, que muestre su disposición acogedora y comprensiva, para desde ahí poder realizar su arte de curar. Pero también un silencio elocuente, que haga que el enfermo se sienta acompañado y pueda tomar consciencia de que se le trata con interés, por lo que ha de evitar, cualquier palabra que pueda parecer frívola y vacía.

### 3.2.3. El contenido de la expresión verbal. Se distingue el contenido en el enfermo y en el médico.

a) El enfermo habla de su realidad, de la enfermedad, de lo que considera que tiene que ver con ella y de lo que en relación con ésta le pregunta el médico. Puede hablar de sí mismo, del mundo en el que vive, de su cuerpo y de su intimidad, en cuanto tiene relación con su dolencia.

El hombre puede ser, según Zubiri, 'agente' de sí mismo (como sucede con las operaciones fisiológicas y psicológicas), pero también 'actor' de sí, cuando ejecuta su papel en el escenario del 'mundo', o 'autor' de sí mismo, cuando muestra la originalidad de su propia vida. Esto se refleja en la enfermedad, la cual pertenece a la vida del hombre, de manera que ante ella y con ella, el hombre es 'agente', 'actor' y 'autor', y, a la vez, por su lado pasivo, dirá Laín, es 'paciente', 'espectador' e 'intérprete'. Vive el sentimiento de su enfermedad, la contempla desde su biografía, desde su condición, e intenta 'leer' el significado que tiene para él el estar enfermo. Esto es lo que el enfermo intentará transmitir al médico. Por un lado, tomará distancia de su dolencia para intentar objetivar los fenómenos en que se manifiestan (manchas en la piel, dolores abdominales...); por otro lado, explicará su vivencia subjetiva como testigo del mundo exterior donde se produjo la dolencia, testigo de su propio cuerpo y de su intimidad en relación a su enfermedad.

b) Y el médico, ¿de qué habla cuando conversa con el enfermo? ¿A qué realidades se refieren sus palabras y silencios? Se refiere a la enfermedad del enfermo y de todo cuanto considere que se halla en relación con ella. Lo hace a través de preguntas sobre la vida del enfermo y de todo cuanto tenga que ver con su enfermedad. Hay preguntas generales, que se repiten de un enfermo a otro, que buscan una anticipación diagnóstica que espera confirmarse con las respuestas concretas del enfermo y de la exploración posterior. Fuera de estas preguntas generales donde el médico se acerca al enfermo, sus palabras se adentran a la realidad singular del enfermo, siempre con la intención de inspirar confianza, ánimo y apoyo. El médico incita a que el enfermo explique su relato completo, sabiéndolo orientar, interrumpiendo en lo irrelevante y encauzando lo relevante. Las palabras del médico simbolizan la esperanza para el enfermo, pero a los ojos de éste, se convertiría en un mal médico si no promete curar lo curable e intentar curar lo incurable, por lo que deberá saber acompañar con su silencio cuando la actividad terapéutica llegue a su límite. *El coloquio entre el enfermo y el médico deberá ser, por parte de éste, un continuo tránsito de la objetivación hacia la coejecución interpretativa, y de ésta hacia aquella.* (Laín) El médico debe saber hablar al enfermo, para ello, Laín Entralgo habla de una actualización del *logos kalos* platónico, con el fin de *cumplir en nuestro tiempo las dos exigencias fundamentales del logos kalos de Platón: adecuación real a las necesidades del paciente y empleo de la palabra 'según arte', diciéndola bien y sabiendo en todo momento qué se dice con ella y por qué es precisamente eso lo que entonces se dice* (Laín)

3) **El contacto manual.** Después del coloquio, el médico explora con sus manos al enfermo. Y lo hace por los tres procedimientos clásicos de la exploración manual: palpación, percusión y auscultación. Pero, ¿qué representa el contacto manual en la estructura de la relación médica?

Para percudir un tórax o palpar un riñón, el médico aplica sus manos sobre la superficie del enfermo. Pero además de darle noticias sobre el estado físico del cuerpo, la vivencia del tocar, el contacto sensorial con el 'mundo', ofrece al hombre una 'impresión de realidad'. Esto sucede con todos los sentidos, aunque el modo como se percibe una realidad varía si es vista, saboreada o tocada. El tacto, no obstante, es el sentido por excelencia por el que se nos patentiza la efectiva realidad del mundo exterior.

El médico, pues, a través del contacto sensorial, no busca dominar ni modificar el cuerpo del otro, sino conocerlo. Y tocar el cuerpo viviente de un hombre no es tocar un objeto, es, ante todo, adquirir una experiencia táctil de una libertad ajena. Hay una intención de palparlo de forma objetiva con el fin de conocer las notas de su peculiar resistencia (si está duro o blando, áspero o suave, si tiene otros relieves fuera de la normalidad...). Y a la vez, si no se quiere traicionar la unidad personal del enfermo, hay otra intención la de palparlo como el cuerpo de una persona. La palpación que objetiva parece tocar una realidad; lo complejo es conocer a la vez lo expresivo e intencional de la persona que padece una dolencia y que se expresa a través de su corporalidad.

El contacto manual, en esta relación cuasi-diádica entre el médico y el enfermo, favorece un ámbito de acogida y protección, y en él se considera la realidad, dignidad y el bien de la persona enferma. Las palpaciones suelen ser molestas y dolorosas. Ayuda que el contacto manual sea pensado como lo son las caricias, que tranquilizan, relajan y generan confianza. El enfermo se siente confiado en una relación médica ideal para ser explorado, acogiendo la incomodidad desde este ámbito de acogida que se ha generado entre el médico y el enfermo. El enfermo vive de modo pasivo la sensación y el sentimiento de 'ser tocado'. Puede que algún enfermo, por los motivos que sea, rechace el contacto. Lo habitual es que la tangencia sea recibida sin resistencias, y sea vivida como una autoafirmación, y también como un alivio y una compañía. Una exploración táctil con prisa no podrá ser una 'caricia-para-otro', *todo esto requiere tiempo, habilidad manual, delicadeza moral y delicadeza estética* (Laín) Un buen médico debe poseer el arte de tocar.

#### 4. Conclusiones

La crisis contemporánea de la relación médico-enfermo se produce en un mundo impregnado de una mentalidad técnica. El desplazamiento del centro de gravedad del ejercicio médico hacia la técnica ha restado relevancia al encuentro personal entre médico y enfermo. Una pretensión de curar sin el contacto personal se asemeja a la aspiración de la medicina mágica, y refleja una sociedad mediatizada por la técnica (los profesores se comunican a través de ella con sus alumnos, los amigos se 'encuentran' hoy en lo virtual de la cibernética...). La técnica sin la *amistad médica* deja la relación médico-enfermo en un desequilibrio; el enfermo se reduce a un objeto, a una máquina con una avería, en la que un técnico de la medicina (no un científico que aspira a conocer el significado último) dispensa su saber. Sin *amistad médica* el arte de curar deja de ser una práctica humana. La técnica médica podrá recetar objetivamente a todos los hombres pero jamás llegará a todo el hombre, que dice Laín Entralgo.

Como en cada época, la nuestra, regida por esta mentalidad técnica, tiene sus propias enfermedades. La neurosis aparece como la enfermedad prototípica de nuestro tiempo. En cada enfermedad hay una neurosis que se manifiesta, reflejo de la soledad, el aburrimiento y la asfixia existencial en que se halla el sujeto moderno, sometido a un intenso stress de carácter social.

Freud revolucionó la relación médico-enfermo con la intuición de que no hay enfermedad objetiva sino *su* enfermedad. Marañón nos dijo también que no había enfermedades, sino enfermos. Tiene que haber una acogida subjetiva y única de una realidad objetiva. Ahí reside el núcleo del encuentro personal entre el médico y el enfermo. Pero, ¿cómo se traducirá esta relación en una sociedad burocrática y técnica?

La revolución burguesa marcó la aparición del sujeto en la sociedad. Las consecuencias en la relación médico-enfermo es que ésta ya no descansa en la *amistad médica* que habían intuido los griegos, ni en el sentido de hospitalidad cristiano (como una expresión nueva de esta amistad), sino en un contrato. El enfermo tiene derecho a una asistencia sanitaria personalizada, y el médico se convierte en el representante de la sociedad que tiene el deber de asistir. El fundamento de la relación médico-enfermo que mueve el arte de curar, y el binomio necesidad-amor, se especifica en un contrato mediatizado por la técnica y la burocracia.

El malestar entre los médicos y los enfermos es latente. El encuentro personal ha sido reducido a mínimos y la comunicación entre el médico y el enfermo se objetiva en números, informes y papeles. La vocación médica se reduce, muchas veces, a ser un gestor de datos, mientras que el enfermo lamenta no ser 'mirado' como persona. Una cuestión "capciosa" se presenta en el hecho de tener que escoger entre ser curado de tu patología o ser tratado con amistad. O refleja una mirada a la medicina y al ser humano, que reduce la medicina a simple técnica (como puede hacerlo un mecánico) y el hombre a un ser sin unidad, al contemplar por un lado el cuerpo regido por las leyes de la naturaleza, y por otro su vida psicológica y afectiva, o bien estamos ante el gran reto de la consideración personalista y holística del ser humano en todas sus dimensiones.

Apostar por una práctica humana del arte de curar significa considerar al hombre como una realidad integrada, como una unidad personal. Y esto se reflejará en cada uno de los momentos de la relación médico-enfermo. La comunicación tendrá un relieve no sólo técnico, sino también personal, teniendo en cuenta que la relación médica no puede ser puramente horizontal, sino que es cuasi-diádica. A través de la mirada, de la expresión verbal con todo su repertorio de expresiones sonoras, palabras y silencios, y del contacto manual, médico y enfermo se comunican desde su realidad, uno como persona enferma, el otro como persona capaz de ofrecer una ayuda técnica, pero los dos como personas. Esto supone una expresión del binomio necesidad-amor, fundamento de una relación mutua, y no solo unidireccional, de un diálogo fecundo entre médico y enfermo para buscar aquello que está fuera de ellos y hacia lo cual caminan, la salud. En esto consiste la *amistad médica*, la relación entre dos personas, una necesitada y la otra dispuesta a ofrecer su ayuda teniendo ambos la capacidad técnica y humana para hacerlo.

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

### Bibliografía

- Laín Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo*. Madrid Alianza Universidad
- Coll, J.M. (1999). *Filosofía de la relación interpersonal*. Barcelona: PPU. I vol.
- De Lubac, H. (1966). *Paradojas y nuevas paradojas*. Barcelona: ed.62.
- Descartes, R. (1985) *Discurso del método*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Gracia, D. (2004) *Como arqueros al blanco*. San Sebastián: Triacastela
- Núñez-Cubero, Mª Pilar, apuntes de clase, 2011



# Reseña de Libros

## La medicina actual

Pedro Laín-Entralgo

Edición a cargo de José Lázaro y Juan Carlos Hernández-Clemente.  
Editorial Triacastela. Madrid, 2010

Cualquier médico en ejercicio en el año 2011, sea de la especialidad que sea, percibe al menos cuatro problemas en su práctica cotidiana que le cuesta solventar. El primero es relativo a la omnipresencia de la técnica que, si bien es cierto que ha supuesto grandes avances, también lo es que se ha convertido, con excesiva frecuencia, en un fin antes que un medio. La técnica, definida por Laín como "un saber hacer algo sabiendo con cierto rigor científico *qué se hace* -qué son el enfermo, la enfermedad y el remedio, en el caso del médico- y *por qué se hace*" parece ahora interponerse entre el médico y el paciente mediante innumerables pantallas de ordenador y etiquetas diagnósticas mecanizadas que dificultan la relación netamente humana con las personas que llegan a nuestra consulta. Esto conduce a otro problema, el de la personalización del enfermo en cuanto tal, que pasa por el ejercicio de una "buena medicina antropatológica", esto es, por ver al paciente en su conjunto, dentro de unas circunstancias que son siempre particulares. ¿Cuántos saberes que no son científico-técnicos se requieren para ello? Esto lo planteaba Laín en 1973, y cuando lo leemos en 2011 no podemos menos que preguntarnos: ¿Y cuándo, en qué momento va a adquirir el médico esos conocimientos? Además, hay que saber mucho y muy bien para aplicarlos en el escaso tiempo que tenemos con cada paciente. Tal es el tercer problema: el gran logro de la colectivización de la medicina que, al menos en nuestro medio, no excluye realmente a nadie de lo que se ha venido considerando la atención médica básica, ha supuesto también la masificación de las consultas. Y dice Laín: "o el Estado gasta en asistencia médica y en enseñanza una buena parte del dinero que hoy dedica al armamento, o la enseñanza y la asistencia médica nunca podrá alcanzar *para todos* el nivel que los docentes y los médicos unánimemente desean". Llegamos así al cuarto problema, que no es sino el de lo que empezó siendo medicina preventiva y esperanza de mejora de la condición humana, y ha terminado convirtiéndose, por uno de esos excesos pantagruélicos de las sociedades, en "medicina consumista". ¿Dónde poner el límite? En última instancia, los cuatro problemas nos obligan a plantearnos cuestiones éticas que no podemos ignorar, relativas a lo que sabemos y cómo empleamos nuestro saber, a quién es la persona que entra en nuestra consulta, a la distribución de los recursos y, finalmente, a nuestra capacidad real de prevenir las diferentes enfermedades y mejorar el cuerpo humano

Cada capítulo de este libro hace un recuerdo histórico, centrado sobre todo en el siglo XX, acerca de los problemas a que se enfrentaba la medicina "actual" en el curso que con ese título dió Laín Entralgo en 1973. De esa manera y ayudados por un apéndice relativo a la medicina en el siglo XXI escrito por JC Hernández-Clemente y José Lázaro, podemos ver cómo hemos llegado al punto en que nos encontramos en la medicina a fecha de hoy. Esta edición se complementa con una entrevista al autor hecha en 1983 por Diego Gracia, y con un capítulo del libro *Ciencia, técnica y medicina* escrito por Laín en 1986, que viene a ser una reactualización sintética y más concreta de los problemas vistos. La lectura del libro no da soluciones, pero sin duda ayuda al médico preocupado por estos aspectos de su ejercicio profesional a pensar en ellos desde una perspectiva histórica y filosófica que es necesaria para, al menos, empezar a imaginar y debatir soluciones razonables.

**Teresa Parajón**  
Médico



- XI Congreso Mundial de Bioética. International Association of Bioethics. *The future of bioethics and bioethics of the future*. 26-29 de junio de 2012. Rotterdam, Holanda. <http://bioethicsrotterdam.com>
- European Association of Centres of Medical Ethics (EACME). 25th Annual Conference. *Bioethics from a Cross-Cultural Perspective*. 15-17 de septiembre 2011. Estambul. Turquía. <http://www.eacme2011.org/>
- VIII [Congreso Nacional de la Sociedad Española de Bioética y Ética Médica](#). *La excelencia en el ejercicio de las profesiones sanitarias*. 21-22 octubre 2011. Medina del Campo (Valladolid), España.
- Seminario-Debate. Presentación del libro *Planificación anticipada de la asistencia médica*, de la Fundación de Ciencias de la Salud. Martes 25 de octubre de 2011. Colegio Oficial de Médicos de A Coruña, y jueves, 3 de Noviembre 2011, en el Colegio Oficial de Médicos de Badajoz. [http://www.fcs.es/area\\_actuacion/bioetica.aspx](http://www.fcs.es/area_actuacion/bioetica.aspx)
- Jornada. *L'atenció en el procés final de la vida: un deure de les institucions*. CECAD. 5 de October del 2011. Parc Sanitari Pere Virgili, C/ Esteve Terrasas, edifici Montseny, sala GERON. Barcelona. [http://www.cecad.cat/public/curs/Jornada:\\_L%27atenci%C3%B3\\_en\\_el\\_proc%C3%A9s\\_final\\_de\\_la\\_vida:\\_u\\_n\\_deure\\_de\\_les\\_institucions/](http://www.cecad.cat/public/curs/Jornada:_L%27atenci%C3%B3_en_el_proc%C3%A9s_final_de_la_vida:_u_n_deure_de_les_institucions/)
- *Intensive Course on ethics of reproductive technologies*. The Centre for Biomedical Ethics and Law . Universidad de Lovaina, Bélgica. Del 16 al 18 de noviembre de 2011. [http://med.kuleuven.be/Faculteit\\_Geneeskunde/english/borders/erasmus-mundus-bioethics/ethics-of-reproductive-technologies](http://med.kuleuven.be/Faculteit_Geneeskunde/english/borders/erasmus-mundus-bioethics/ethics-of-reproductive-technologies)
- *Intensive Course on nursing ethics*. The Centre for Biomedical Ethics and Law. Universidad de Lovaina, Bélgica. Del 7 al 9 de diciembre de 2011. [http://med.kuleuven.be/Faculteit\\_Geneeskunde/english/borders/erasmus-mundus-bioethics/nursing-ethics](http://med.kuleuven.be/Faculteit_Geneeskunde/english/borders/erasmus-mundus-bioethics/nursing-ethics)

## Bibliografía y fuentes de Bioética



- J. San Martín y T. Domingo Moratalla (eds.) *Perspectivas de la vida humana*. Ed. Biblioteca Nueva Universidad. Madrid 2011. (Contiene una sección dedicada a Bioética).
- A. Cortina. *Neuroética y neopolítica*. Sugerencias para la educación moral. Ed. Tecnos. Madrid 2011
- El nº 80 de 2011 de la revista *Diálogo Filosófico* está dedicado a la neuroética y ha publicado los siguientes artículos:
  - Enrique Bonete Perales: "Neuroética"
  - Adela Cortina Orts "Neuroética: ¿ética fundamental o ética aplicada?"
  - Lydia Feito Grande "Neurociencia de las emociones: claves del comportamiento humano"
- Erik Parens and Josephine Johnston, *Troubled Children: Diagnosing, Treating, and Attending to Context*. Special Report, Hastings Center Report 41, no. 2 (2011), <http://www.childpsychiatry.thehastingscenter.org>
- La Fundación Ciencias de la Salud ha publicado en su página web las guías: *Ética de los incentivos a profesionales sanitarios*, *Ética de la objeción de conciencia*, *Ética de los cuidados paliativos* e *Intimidación, confidencialidad y secreto*. <http://www.fcs.es/publicaciones/publicaciones.html>
- La UNESCO ha publicado la segunda parte de su programa de educación en bioética, *Bioethics core curriculum*, consistente en materiales de estudio. Accesible en <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/ethics-education-programme/activities/development-of-a-core-course-in-bioethics/>
- A. Tauber, *Confesiones de un médico*. Triacastela. Madrid, 2011.

### OTROS LIBROS INTERESANTES:

- P. Laín Entralgo, *Hispanoamérica*. Triacastela. Madrid, 2011.
- R. Turró, *La base trófica de la inteligencia*. Triacastela. Madrid, 2010.



## El origen del planeta de los simios

*Rise of the planet of the apes*

USA 2011. 110 min

Dirección: Rupert Wyatt

Intérpretes: James Franco, Andy Serkis,

Freida Pinto, John Lithgow

Guión: R. Jaffa, A. Silver

Música: Patrick Doyle

Fotografía: Andrew Lesnie

Will Rodman (James Franco) es un joven científico que está investigando con simios para obtener un tratamiento contra el alzheimer, enfermedad que padece su padre (John Lithgow). Las cosas se tuercen en el laboratorio y una cría termina en casa del protagonista. A propósito de esta nueva entrega de la saga, Peter Singer, fundador del Proyecto Gran Simio, escribió un artículo publicado en El País que tituló "Un planeta para todos los simios" (1), en el que mantiene su defensa de los derechos de estos primates a la vida, a la libertad y a la protección contra la tortura. La película está técnicamente muy bien hecha, el guión es bastante previsible, aunque animado, y las actuaciones son

correctas. Lo que no tengo muy claro es que sirva para un buen debate bioético sobre la utilización de animales para la investigación porque, desde la primera película, la cuestión es: "¿Cómo me sentiría yo, ser humano, si me trataran así?". La respuesta es obvia, pero el caso es que esa equiparación lineal entre humanos y animales no es precisamente rigurosa, y ni siquiera Singer está de acuerdo con ese planteamiento. Es cierto que sostiene que ambos tienen derechos, pero diferentes en tanto que son especies diferentes. En cualquier caso, el tema está sobre el tapete: sea en el laboratorio o en las granjas, solemos tratar mal a los animales con la excusa de curarnos, mejorar o comer. ¿Deberíamos hacer algo al respecto? Parece que sí pero, ¿qué? ¿Dónde están los límites de lo que podemos hacer con los animales? ¿Los animales tienen derechos? ¿Es el lenguaje de los derechos el adecuado para tratar este asunto, o sería preferible hablar de una ética de la conducta humana hacia los animales? ¿Se trata de todos o sólo de nuestros "semejantes", como los grandes simios? A propósito del tema, el Hastings Center está coordinando desde junio de este año la investigación *Ethics of Medical Research with Animals: Science, Values, and Alternatives*. Y una última cosa: La saga de *El planeta de los simios* está basada en una novela de ciencia-ficción escrita en 1963 por el francés Pierre Boulle, ex prisionero del régimen de Vichy en Tailandia, en donde fue condenado a trabajos forzados, y autor, también, de *El puente sobre el río Kwai*. Quien conozca esa película, ficción basada en unos hechos reales en los que las condiciones de los prisioneros eran aún peores que las mostradas en la pantalla, no puede dejar de preguntarse hasta qué punto tal experiencia puede llevar a un escritor a imaginar un mundo en el que simios y humanos sean equiparables.

Diana Fosei  
Espectadora

(1) [http://www.elpais.com/articulo/opinion/planeta/todos/simios/elpepuopi/20110821elpepiopi\\_5/Tes](http://www.elpais.com/articulo/opinion/planeta/todos/simios/elpepuopi/20110821elpepiopi_5/Tes)