

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 esta revista 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

Nadie escucha

Sociedad y Estado

Bioética robusta, bioética frágil

Ética, anarquismo y sexualidad

La vida con filosofía

Comunicación desde la antropología

Caso clínico comentado

Umberto Eco

Bioética Complutense

Bioética Complutense es una revista dedicada a temas de Bioética, con amplitud de perspectivas, disciplinas y enfoques, elaborada desde la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. España.

ISSN: 2445-0812

Publicación trimestral.

Directora

D^a. Lydia Feito Grande

Consejo de redacción

D. Tomás Domingo Moratalla

Colaboradores en este número:

D^a. Gracia Álvarez
D^a Concha Gómez Cadenas
D. Diego Gracia Guillén
D. Javier Júdez
D. José Antonio Martínez
D^a. Mónica Monedo
D^a. Nuria Pérez de Lucas
D. José María Rodríguez Merino
D. Juan Carlos Siurana
D^a. María Tasso Cereceda

Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso expresan la posición de los editores ni de la Universidad Complutense.



Bioética Complutense is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

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



Índice Nº25 Marzo 2016

Editorial	p.1
Artículos	
• Nadie escucha. La dilación como propuesta ética – L. Feito	p.2
• Sociedad y Estado – D. Gracia	p.4
• Bioética (clínica) robusta, bioética (institucional) frágil – J. Júdez, N. Pérez-Lucas, M. Monedo	p.7
• Ética, anarquismo y sexualidad en Amparo Poch y Gascón – C. Gómez	p.15
• Filosofía y educación en la obra de X. Zubiri (4 ^a parte) – J.A. Martínez	p.20
• Me da que pensar...la comunicación desde el punto de vista antropológico – G. Álvarez	p. 25
Reseña de libros	
○ De pronto, mi cuerpo – J.A. Martínez	p.27
○ Neuroeducación en virtudes cordiales – J.C. Siurana	p.29
○ La ley del menor – M. Tasso	p.31
○ Ética y derechos humanos en la era biotecnológica – J.M. Merino	p.32
Caso clínico comentado	p.33
Reseña de eventos	
• Simposio Naturaleza Humana 2.0 – L. Feito	p.36
Cajón de Bioética	
• Umberto Eco: sobre la creencia y la ética – L. Feito	p.38
Novedades y bibliografía	p.40



¡Ya somos una revista!

Han pasado algo más de seis años desde aquel diciembre de 2009 en que aparecía el primer número de lo que era un lugar de expresión de reflexiones, opiniones y debates del grupo de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Ahora, con este número 25 inauguramos una nueva época, convertidos ya en una revista, con más amplitud de contenidos, trabajos y secciones, con colaboraciones de personas procedentes de muy diversos ámbitos, y con la vocación de ser, cada vez más, una referencia en las publicaciones de bioética en lengua castellana.

Este es un espacio de deliberación abierto y plural, en el que se pretende promover un diálogo respetuoso y riguroso. Por ello es bienvenida la diversidad de planteamientos y la innovación en las ideas. Invitamos a todas las personas interesadas en los temas de bioética y sus aledaños a que colaboren en la revista, enviando sus artículos, comentarios, casos clínicos, opiniones, etc. Así mismo, es un espacio para compartir y pensar en común, y por ello la revista se distribuye gratuitamente entre todas las personas interesadas, bajo una licencia Creative Commons.

Si la bioética pretende transformar las instituciones, las prácticas profesionales y el espacio de la ciudadanía, debe ser un elemento que provoque el cambio y la revisión de los presupuestos establecidos. Una perspectiva abierta y dinamizadora que reflexione sobre los valores implicados en cada una de las acciones y decisiones humanas, que no se conforme con lo vigente, sino que lo cuestione, lo ponga a prueba y, en caso necesario, lo modifique y lo mejore. Son muchos los ámbitos en los que es necesario adoptar esta visión crítica y proponer alternativas. Frente a la desidia, la desgana o la apatía se impone un compromiso responsable con el mundo, en el que será necesario trabajar y deliberar juntos. Por eso una revista de bioética ha de ser un espacio creativo de intercambio de ideas, donde se suscite el debate profundo y la sana disparidad de criterios, expresada con respeto y afán de comprensión.

La bioética no puede ser sólo un trabajo teórico, además tiene que transformar la vida, ofreciendo propuestas para promover valores. Por eso, quienes se dedican a esta tarea, asumen las dificultades y las interpretan como retos a superar; conocen lo mucho que queda por saber y esto alimenta su insaciable apetito por conocer y aprender; saben que la deliberación exige esfuerzo, tesón y una buena dosis de prudencia, y se empeñan día a día por realizarla y promoverla, como modo de resolver los conflictos y como actitud de pluralismo y ausencia de dogmatismo, imposición o violencia.

Por eso, este modo de hacer bioética es también una propuesta de paz y tolerancia, un modo de luchar por un mundo mejor, un compromiso con valores como la justicia, el respeto a la diversidad, y la responsabilidad.

Bioética Complutense quiere ser, continuando la labor realizada durante estos años, un espacio para esa deliberación entre quienes asumen este compromiso.

Lydia Feito
Directora

Nadie escucha. La dilación como propuesta ética

Uno de los problemas más graves a los que nos enfrentamos actualmente, clave de muchos conflictos, es la falta de escucha. No prestamos suficiente atención a las cosas, vivimos desbordados por multitud de estímulos que nos aturden y nos mantienen alerta pero, paradójicamente, al mismo tiempo, como adormilados, como en una suerte de nebulosa compleja en la que no podemos verlo todo y, por tanto, sólo vemos una masa informe de neblina. Imágenes y colores que lanzan destellos por todas partes, aparatos que reclaman nuestro tiempo con múltiples alarmas o llamadas, tareas que se agolpan en una carrera desenfrenada y suicida contra el tiempo... todo invita a la prisa, al apresuramiento, a vivir rápidamente.

Nadie escucha. No hay tiempo para ello. Hay demasiado ruido y, sobre todo, demasiadas cosas que atender. En medio del enjambre de sonidos, no es posible tener paciencia para escuchar.

En el contexto de las profesiones sociosanitarias esta falta de escucha tiene consecuencias desastrosas: no se atiende a los pacientes con el suficiente tiempo y calma, no se establece una comunicación acorde con las necesidades de las personas, no se acompaña adecuadamente en los procesos de enfermedad, con las consecuencias biográficas tan importantes que pueden tener, o con la enorme necesidad de apoyo que requieren quienes están en el recorrido final de sus vidas. No se atiende, no se escucha. Al menos, no lo suficiente.

Pero otro tanto cabe decir de entornos sociales o educativos. Nadie escucha porque nadie parece querer saber qué piensan otras personas. Muchos viven como mónadas, en una suerte de caja aislada, donde sólo importa su pequeño mundo, su punto de vista, sus preferencias... su yo. Esta epidemia de egoísmo y egocentrismo tiene consecuencias catastróficas. Nadie mira más allá. No se escucha. Y por tanto, no se conoce, no se aprende, no se revisa, no se relativiza la propia mirada. no se amplía el horizonte personal.

Y si cada uno vive aislado y sordo en su burbuja, difícilmente se pueden construir proyectos solidarios compartidos, propuestas de mejora de este deficiente mundo, sistemas de colaboración, o mecanismos de innovación y trabajo en equipo.

Es esencial escuchar.

Una escucha consciente permite una mejor comprensión, ayuda a entender la realidad, las personas y a uno mismo. Permite la conexión con los demás y con el mundo entorno. La escucha es una salvaguarda contra la violencia, porque donde alguien está dispuesto a escuchar, abre un tiempo, una demora, una dilación, un espacio para el encuentro. La agresión no atiende, no escucha, sólo actúa, con violencia, tratando de imponer su fuerza, que no su razón. Las razones necesitan tiempo, y escucha.

Pero para escuchar es preciso disponer y desarrollar una serie de requisitos, como el tiempo, la serenidad, el silencio y cierta contención ante la reactividad que nos impulsa a intervenir, actuar o responder. Exige concentración, atención a una sola cosa, evitar interferencias y dejarse impregnar por lo que se recibe. Requiere distinguir, diferenciar unos sonidos de otros, aprender a percibir matices y cambios, y también disfrutar de lo que se escucha, desarrollar una sensibilidad ante el oído, más allá de una mera recepción, una auténtica escucha consciente, deliberada, gozosa, enriquecedora.

Y esto poco tiene que ver con los contenidos de lo escuchado. Sea el ruido del agua que fluye, la risa de los niños, las palabras de alguien con quien conversamos,



el ruido infernal del tráfico de una gran ciudad, las notas de una sinfonía, la bocina de un barco, el traqueteo de las máquinas de una fábrica, el martillo de un obrero golpeando un metal, el susurro de una voz que nos desea buenas noches... cualquiera que sea el contenido de lo escuchado, es preciso adoptar una posición consciente, que nos lleva a entender, interpretar y percibir las cualidades del sonido, su significado y también las emociones o reacciones que suscita. Se puede ser crítico o empático con ese sonido, activo o pasivo al recibirlo, pero es preciso ser consciente de que la escucha nos transforma, nos impacta, nos exige, y nos modifica.

La escucha consciente es la clave de la comunicación. Sin ella, todo es ruido.

Y requiere tiempo.

Las sociedades modernas, esas que consideramos civilizadas, desarrolladas, no dejan espacio para la escucha. En ellas no hay apenas silencio, ni tiempo. Por eso conviene promover la dilación, como respuesta ante el ruido.

Los movimientos *slow*, que tan de moda se han puesto en muchos ámbitos, tratan de recuperar esa idea de lentitud, de recuperar la calma y el buen hacer, huyendo de la prisa y de la competición. Desacelerar como una filosofía de vida en la que todo vuelve a ritmos más pausados: la comida, la educación, los viajes, la investigación, se busca el tiempo óptimo para cada cosa y, en buena medida, esto supone adecuarse a los ritmos de la naturaleza, esto es, escuchar y atender lo que exige cada actividad, cada pensamiento, cada proceso.

Como ya nos recordara R.L. Stevenson: "Tanta urgencia tenemos por hacer cosas, que olvidamos lo único importante: vivir". Pero podemos ir aún más allá: por querer ver más se nos olvida mirar, por querer oír más se nos olvida escuchar. Y esto es un grave problema ético: quien no escucha, quien no atiende, no puede comprender, no puede pensar, no puede relacionarse con el mundo y con las personas, no puede adquirir un compromiso profundo con la realidad.

Por eso es necesaria la dilación. No sólo buscar la lentitud y el tiempo para la escucha, sino detenerse, dedicar tiempo y quedarse en algo lo que sea menester, para poder entenderlo y actuar como convenga a la situación. Un proceso de deliberación cabal sobre la realidad no puede escapar a esta dilación.

Más aún, a pesar de su posible connotación negativa de superficialidad, conviene ser un diletante en el sentido más original de la palabra italiana (*dilettante*): el que se deleita. No sólo detenerse y dedicar tiempo para cultivar algún campo de las ciencias o las artes, sino pararse a escuchar y disfrutar. Deleitarse en la comprensión, en el aprendizaje, en ver más allá de la pequeña realidad cotidiana, para ensanchar el mundo y la mirada, para posibilitar un encuentro real con quienes piensan de otro modo y matizar o revisar las verdades propias que rara vez cuestionamos. Detenerse a escuchar, tanto lo que agrada como lo que incomoda, aprendiendo así sobre nosotros mismos y nuestros límites, pero también sobre las posibilidades de intercambio, de comunicación y de creación entre mentes serenas.

Escuchar es una responsabilidad ética. Quien no escucha tiende al dogmatismo y la imposición de sus propias creencias, o se pierde en el ruido y la nebulosa. Para moverse cabalmente en la complejidad de nuestro mundo es preciso escuchar conscientemente, y darle tiempo al tiempo.

Lydia Feito Grande

Profesora de Bioética

y Humanidades Médicas

Universidad Complutense de Madrid



El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



Sociedad y Estado

Tantas veces han ido juntos esos dos sustantivos, que parecerían formar un tándem inseparable. Y sin embargo, su vigencia histórica en la cultura occidental –dejemos de lado las otras– es muy distinta; tanto, que no deja de resultar sorprendente. Basta abrir cualquier libro clásico de politología, como la *República* de Platón o la *Política* de Aristóteles, para advertir que su tema no es la sociedad sino la política. *Pólis*, *politeía*, etc., son términos que hemos asumido del idioma griego, sin tomarnos tan siquiera la molestia de traducirlos. Cicerón sí lo hizo, y acuñó el sustantivo latino *respublica*. Pero con ello no intentó otra cosa que dar nombre al Estado. Si quiere encontrarse una palabra griega que designe lo que nosotros entendemos por sociedad, hay que recurrir al socorrido vocablo *koinonía*, comunidad. Y Aristóteles se encarga, ya en las primeras líneas de su *Política*, de advertirnos que hay comunidades imperfectas, como la casa y la aldea, pero que sólo en la *pólis*, en el Estado, la vida humana alcanza su perfección. “La comunidad perfecta es el Estado, que tiene, por así decirlo, el extremo de toda suficiencia”.

He traducido *pólis* por Estado, en vez de hacerlo por ciudad, como es muy frecuente, o por sociedad, como erróneamente interpretan algunos. Y ello porque *pólis* no significa ciudad en el sentido actual de ese término, y menos aún sociedad. La Sociedad, así, con mayúscula, es un invento muy moderno. No se da antes de la Ilustración. Su nacimiento se confunde con el del liberalismo. Y es que fue obra de él, del liberalismo, el distinguir Sociedad de Estado. Hasta entonces lo único importante había sido el Estado. Esto tiene particular relevancia en el campo de la ética. Y como testigo de excepción, de nuevo destaca Aristóteles. La ética es una parte de la política, dice al comienzo de la *Ética a Nicómaco* y corrobora a su término. El individuo sólo alcanza su plenitud en el Estado. Parecería que estamos leyendo a Hegel. Y es que entre esos dos pensadores, separados por la friolera de veintidós siglos, el Estado lo ocupó todo. De ahí que tendiera a ser “absoluto”. Es el absolutismo político, una constante a lo largo de la mayor parte de la historia del Occidente. Si algo se discutió, fue quién debía detentar ese poder absoluto, pero no que el poder tuviera que ser por su propia naturaleza absoluto. Si Aristóteles dice que el Estado es la “comunidad perfecta”, los teólogos le replicarían, no mucho después, que como mínimo hay dos comunidades perfectas, una temporal, el Estado, y otra espiritual, la Iglesia. Y que puestas así las cosas, la segunda tiene por su propia naturaleza prioridad sobre la primera. Sólo así se entienden las diferentes teorías políticas que fueron apareciendo durante la Edad Media: el “agustinismo político”, la “cristiandad gregoriana”, la “teocracia pontificia”, la teoría de las “dos espadas”, etc. Era la lucha entre dos absolutismos.

La historia es buen testigo de que el absolutismo anula sistemáticamente a la Sociedad a favor del Estado. Lo cual permite entender otro hecho por demás sintomático. Los sistemas políticos se han ordenado clásicamente en “monárquicos”, “oligárquicos” y “democráticos”. Así lo hace, de nuevo, Aristóteles en su *Política*. A la vista de este esquema, cabe pensar que la evolución de este asunto en la cultura occidental ha sido progresiva, hasta llegar a las democracias posteriores a la Revolución francesa. Pero si bien se mira, no hay muchas razones que apoyen este modo de ver las cosas. De hecho, lo que ha imperado casi a todo lo largo de la historia es el primer modelo, el monárquico. Y las democracias no surgieron por evolución natural y progresiva desde él, sino por

cambios drásticos, bruscos, obra de complejas y cruentas revoluciones. Estas revoluciones se conocen en la historia como “liberales”. Término que tampoco suele explicarse muy bien, pero que significa, nada más y nada menos, que entre el individuo y el Estado ha aparecido una estructura intermedia, eso que a partir de entonces se denominará “la Sociedad”.

Un testigo de excepción en esta causa es sin duda Rousseau. La Sociedad es anterior al Estado. Y además no está claro que al Estado deba considerársele la “institución perfecta”, y que a la Sociedad haya que verla, a lo más, como una “institución imperfecta”. Más bien sucede lo contrario, que la Sociedad es la matriz fundamental de la vida humana, la que hace a sus miembros humanos, y por tanto el lugar natural de la ética. El Estado, visto así, no es más que un epifenómeno surgido de la Sociedad, y además un epifenómeno mostrenco, muy imperfecto, que para Rousseau, más que humanizar, por su propia naturaleza tiende a lo contrario.

Cambios que en un principio parecen sutiles generan enormes consecuencias. Una de las cuales es, en este caso, que vistos desde la Sociedad, o mejor, desde la compleja y problemática articulación entre Sociedad y Estado, los sistemas políticos no son los que Aristóteles formuló, monarquía, oligarquía, democracia, sino otros tres muy distintos. Cuando el Estado, como ha sucedido durante la mayor parte de la historia, anula a la Sociedad, el sistema resultante es el “absolutismo”. Cuando, por el contrario, la Sociedad pretende anular al Estado, lo que surge es otro sistema, conocido con el nombre de “anarquismo”. (Quizá ahora entendamos por qué el anarquismo surge débilmente en el siglo XVIII y se desarrolla, tanto doctrinal como prácticamente, durante el XIX, con figuras como Fourier, Proudhon, Bakunin y Kropotkin). Y cuando se ve al Estado como mero epifenómeno de la sociedad civil, entonces el sistema político resultante recibe el nombre de “liberalismo”.

Vistas así las cosas, cobran inusitada luz muchos puntos oscuros. Por ejemplo, el papel de la ética. El Estado lleva a cabo su función a través de las leyes que promulga. El lenguaje del Estado es el Derecho. Quizá por esto en toda la época del absolutismo se confundió sistemáticamente Ética con Derecho, hasta el punto de que el término básico en ambos era el de “ley”, ya divina, natural o positiva. Sólo en los dos últimos siglos ha empezado a cundir el barrunto de que la ética tiene su lenguaje propio, distinto de éste, y que si algo le es propio no es el término “derecho” sino “deber”. *Kant dixit*, y con toda razón. De lo que resulta que el espacio propio de la ética no puede ser el Estado, por más que así se haya venido diciendo insistentemente a lo largo de los siglos, sino la Sociedad. La función de la ética es formar personas autónomas, responsables; verdaderos “ciudadanos”. Porque sólo ellos podrán elegir políticos y gobernantes dotados de tales características.

Unos puntos se iluminan y otros parecen oscurecerse hasta hacernos perder el rumbo. Es lo que ha pasado en este país con el famoso tema de la “Educación para la ciudadanía”. El término ciudadano es hoy objeto de todo tipo de saqueos. Las personas de mentalidad absolutista, que son las más, tanto en la derecha del espectro político como a su izquierda, le darán sentido jurídico, y concluirán que ciudadano es el sujeto de derechos, bien divinos, bien naturales, bien constitucionales. Es el modo como se ha venido educando a todo lo largo del siglo XX. Los derechos humanos han sido el talismán llamado a conjurar todos los entuertos. Y así nos va. Porque la ética hemos quedado en que es otra cosa, y la educación para la ciudadanía, también. Pero esto resulta difícil verlo así, sin duda por el peso secular, milenarista, de una tradición que hoy no podemos ver sino como confundente; más aún, como falsa.

Tenemos un exceso de Estado y un defecto de Sociedad civil. Esto cabe decirlo de otro modo, afirmando que estamos mal educados. ¿Cómo se explica, si no, que en los medios de comunicación, por ejemplo en los telediarios, se hable tanto de política y tan poco de sociedad? ¿Por qué esta obsesión casi enfermiza en que los problemas sociales tienen que arreglarlos los políticos? ¿Y si quienes tuviéramos que arreglarlos fuéramos nosotros? ¿Hay que esperar a que los gobernantes se pongan de acuerdo sobre qué hacer con las migraciones, o con el cambio climático, o con el desarrollo insostenible del primer mundo y el subdesarrollo también insostenible del tercero? Aunque esto de profetizar sea faena tan arriesgada, es posible hacer una profecía sin riesgo a equivocarse: que sólo una sociedad en la que sus miembros tengan en cuenta, en cada uno de sus actos, al tomar sus decisiones, esos graves problemas, no sólo legales o políticos sino también sociales y morales; o dicho de otro modo, que sólo una sociedad cuyos miembros busquen siempre pensar globalmente, incluyendo al conjunto de los seres humanos, y vivir frugalmente, convencidos de que la tierra es de todos, y que lo que a ellos les sobra a otros les falta; sólo esa sociedad, repito, promocionará a políticos que puedan enfrentar estos graves problemas. Las casas hay que empezarlas por abajo, no por el tejado.

El año 1931 escribió Ortega un librito titulado *La redención de las provincias y la decadencia nacional*. Su capítulo segundo se titula: “¿Reforma del Estado o reforma de la sociedad?” De él extracto estas líneas: “Una nación donde el Estado, el sistema de las instituciones, fuese perfecto, pero en que la sociedad careciese de empuje, de claridad mental, de decencia, marcharía malamente. En cambio, una nación cuyo Estado fuese sobremanera defectuoso, pero donde las gentes tuviesen mente clara, energía, fuerte apetito de vivir, espíritu emprendedor, saber técnico, etcétera, etcétera, se mantendría siempre a flote. Todo el que se haya sumido algún tiempo en lecturas históricas recibe la impresión de no haber jamás existido un Estado que como tal Estado funcionase bien. En todos los ángulos de la cronología humana se oyen quejas contra las instituciones vigentes, contra la política al uso, contra los gobernantes. Y aun restando a esta quejumbre la porción correspondiente a la delicia de lamentarse, innata en el hombre, queda siempre un rebozo de razón para la queja. A esta impresión acompaña la inversa: que en las grandes épocas de un pueblo lo formidable es siempre la vitalidad del cuerpo social, la cantidad de individuos capaces, el hervor genial de una raza bajo la costra de su Estado imperfecto. Quiere decir esto que, en la realidad histórica, el Estado y cuanto a él se refiere representa un estrato superficial en comparación con lo que pasa en los senos de la sociedad. De lo que sea el hombre medio del país, del tipo de existencia que lleve, depende el nivel histórico y, en definitiva, político del país”.

Diego Gracia

Catedrático Emérito de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Bioética (clínica) robusta, Bioética (institucional) frágil. Más allá (y más acá) de la deliberación de un caso clínico

En el entonces Boletín, ahora flamante Revista, “Bioética Complutense” de junio de 2014 (nº 18, págs. 16-20) publicamos un “Caso clínico comentado” sobre la **deliberación moral en torno a la consistencia de la petición de un paciente** con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) que tras 11 años de evolución y 7 de gran dependencia (incluida la ventilación mecánica invasiva, con comunicación exclusiva por un sistema de puntero en la visera de una gorra para escribir con un ordenador) explicitaba su **cambio de opinión retirando el consentimiento para un tratamiento de soporte vital (ventilación mecánica)** que tenía, modificando las preferencias que había mantenido hasta ese momento. En dicho primer artículo, ofrecimos la deliberación didáctica de análisis del caso, con una significativa complejidad, en el que los equipos y profesionales clínicos estuvieron a la altura de la deliberación ética más consistente, responsable y robusta (figura 1).



Figura 1. Deliberación clínica: ¿qué solicita el paciente? ¿es consistente su petición y su decisión?

Anunciábamos entonces en el epílogo de dicho comentario y análisis, que dejábamos para un segundo trabajo de reflexión la discusión de otros aspectos relacionados con el caso que afectaban a dimensiones de nivel “meso”, de la organización:

“En una segunda parte este caso presenta pues, aspectos a deliberar sobre ética de la organización; relaciones entre profesionales; relación ámbito social y ámbito sanitario; preocupaciones de imagen pública; tentaciones de instrumentalización moral o social; ámbito prudente y adecuado para invocar la objeción de conciencia; papel de los CEAs en relación a los gestores sanitarios, etc. Ya no como “caso clínico a deliberar” (pues ya se ha deliberado sobre la decisión), se presentará una reflexión sobre el “funcionamiento de la organización sanitaria” y sus posibilidades de mejora, en este tipo de casos que afectan más allá de la persona implicada.”

Decidir no es lo mismo que implementar la decisión

Se trata, por una parte, de realizar un seguimiento paralelo no ya de la **deliberación sobre la decisión y su consistencia** sino de las vicisitudes de su **implementación en la realidad**. Porque, en efecto, sucede en la realidad de nuestras organizaciones, que a pesar de tener una decisión consistente y robusta en el ámbito clínico, pueden generarse crisis significativas en el proceso de intentar implementarla. Y lo llamativo es que estas crisis que, con frecuencia se producen por elementos ajenos a la propia decisión clínica, no sean analizadas. Si bien es obvio que, hoy en día, la medicina no se ejerce en un oasis aislado, sino en medio de un complejo sistema de relaciones, servicios, trabajo en equipo, planos, políticas y funcionamientos institucionales, lo imperativo entonces, es que **no sólo tenemos que darnos herramientas para resolver, deliberar y aprender sobre los casos “clínicos” sino también sobre las “realidades institucionales” en la que las decisiones deben implementarse.**



Figura 2.- Interacción deliberación clínica – implementación de una decisión en una organización sanitaria

A nuestro entender, esto es lo que muestra claramente la peripecia concreta del caso que presentamos. Cuando las crisis al intentar implementar en la realidad una decisión deliberada de manera robusta (**bioética clínica robusta**) se producen por motivos mucho menos sólidos, lo que puede generar una zozobra y un sufrimiento innecesarios a un paciente, lo correcto (y lo bueno) es que generaran la puesta en marcha de **mecanismos de “mejora”**. Si estas “perturbaciones en la fuerza” (crisis) no activan **“alertas de la organización”** para *hacerse cargo de la realidad y encargarse de ella*, revisando los aspectos y procesos que han resultado disfuncionales y, en consecuencia, mejorables, quien tiene que *cargar con* las consecuencias (en forma de sufrimiento innecesario, por ejemplo) es quien tiene mayor situación de vulnerabilidad. Por tanto, una organización, un **sistema que no aprende**, puede ser expresión de una **“bioética institucional frágil”**.

De ahí que, analizado este segundo nivel, si se quiere más “meso”, más allá del nivel clínico, ligado a la **cronología de implementación de la decisión resultante** del robusto proceso de deliberación moral del caso, haya que añadir alguna **reflexión complementaria sobre la ética de las organizaciones**. Como todo análisis de ética de las organizaciones, los **tiempos** respecto a la ética de la relación clínica son **distintos**. De ahí, el transcurso de casi dos años para incorporar una cierta perspectiva temporal y **recapitular qué ha aprendido la organización sanitaria**, si algo, de las circunstancias que rodearon a un caso complejo como el presentado. Estamos ante un caso en el que ante una decisión compleja, deliberada robustamente a nivel clínico por profesionales cualificados y apoyándose en las herramientas de deliberación colectiva que las organizaciones ponen a disposición de las partes interesadas, como los

Comités de Ética Asistencial (CEAs), se producen crisis generadas, muchas veces, en ámbitos no-clínicos que requieren modificar varias veces el plan previsto para ejecución, añadiendo un **sufrimiento innecesario al paciente**, y un **desconcierto e impotencia a los profesionales implicados**.

Más acá del caso: vicisitudes de la implementación

Veamos, a modo de ejemplo, el caso analizado con los elementos de implementación de la decisión posteriores a la deliberación clínica (figuras 2-4).



Fig. 3.- De la deliberación individual a la implementación de una decisión consistente (1)

Tras un proceso de relación y clarificación terapéutica de varios meses (ámbito clínico), el equipo de profesionales, reforzados por el análisis de dos CEAs, el de la residencia asistida en la que se encontraba originalmente el paciente y el del área a la que pertenecían los profesionales del Equipo de Soporte a la Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD), concluyen que la petición la formula una persona capaz y que la decisión es consistente. Las recomendaciones de ambos CEAs y el trabajo clínico a lo largo de varios meses ofrecen cursos de acción intermedios que facilitan la humanización del proceso que se está afrontando y la mejora de la situación emocional del paciente para “reconciliarse” con la situación a la que se había visto abocado. Pero ratificada la decisión por el propio sujeto (retirar el soporte ventilatorio) a lo largo de este proceso de “mejora de la vivencia” y mantenimiento de la calidad del cuidado que está recibiendo, y asimilado por su entorno, llega el momento de planificar la implementación de la decisión: retirar un tratamiento de soporte vital.

Cuando la crisis se genera en la transición entre entornos asistenciales

La primera disyuntiva consiste en concretar **dónde implementar la decisión de retirada de tratamiento** (figura 3). Guiados inicialmente por las preferencias del paciente que dotaba de un cierto simbolismo de combatividad ejemplar contra su enfermedad a su estancia en la residencia asistida (concertada con servicios sociales) en la que llevaba años, se planteó **realizar un traslado a otro entorno asistencial**, el propio del sistema público, para implementar la decisión. Como ello requería la implicación de nuevos equipos clínicos, se procedió a interaccionar con ellos en el citado ámbito hospitalario de referencia. El ESAPD con la unidad de paliativos del hospital de referencia. Un ejercicio habitual en la atención de muchos pacientes. Ahora bien, por las razones de complejidad o por las circunstancias que sean (entre las que tampoco puede descartarse una necesidad de formación mayor de los profesionales sanitarios en la deliberación sobre problemas de valores complejos) puede ser que haya ciertas **discrepancias sobre cómo abordar una decisión de este tipo**. Estas discrepancias clínicas,

normales en la realidad, se suelen solventar mediante el correspondiente análisis y deliberación clínicos entre profesionales para alcanzar una decisión armónica. Pero también puede suceder (como tentación, como instrumentación, como recurso de poder, o como recurso de gestión prudente, según las circunstancias) que se “eleve” a **instancias directivas y gestoras** esta posible discrepancia. De nuevo esto es habitual en la vida de las organizaciones y no es un problema en sí. Lo que sí puede ser un problema es que la **irrupción de este ámbito gestor-directivo se produzca rompiendo el ámbito de deliberación y de razones** y desatendiendo el trabajo clínico realizado en contacto con el enfermo.

Más grave es que lo que muestre esta “disrupción” directiva sea **confusión conceptual** sobre los valores y deberes implicados, apuntando a una posible falta de formación o menor formación de los directivos respecto a los clínicos en ámbitos de deliberación moral; o bien, sea un ejercicio de **mala comunicación** para hacerse cargo de qué se ha hecho con el paciente y cómo, no sólo por los clínicos sino por los CEAs que les asesoran, bordeando un ejercicio de **desconsideración del trabajo profesional realizado** de manera comprometida con el no-abandono de un enfermo en situación de sufrimiento considerable. Estas circunstancias, multiplican la **disonancia** entre los **objetivos** ligados a la atención humanizada al paciente y objetivos ajenos basados en otros razonamientos por parte de la organización. Objetivos distintos que o bien no se explicitan o si se explicitan muestran una **caracterización inadecuada de las circunstancias del caso y un rechazo de la deliberación rigurosa realizada por los clínicos y los CEAs**: sospechar una actuación tipo *eutanasia*, en un caso de *retirada de tratamiento de soporte vital* a petición de un paciente capaz.

Crisis entre entornos sanitarios y socio-sanitarios

Para afrontar esta crisis, los clínicos y, sobre todo, el paciente que, recordemos tiene una situación de máxima dependencia y se comunica trabajosamente mediante un ordenador guiado por un puntero en la visera de su gorra, tienen que recomponer y afrontar de nuevo las alternativas para la implementación de una decisión juzgada robusta y correcta (figura 4).



Fig. 4.- De la deliberación individual a la implementación de una decisión consistente (2)

Para ello el equipo clínico debe continuar dando soporte al paciente (no-abandono) y a su entorno ante esta eventual frustración, comunicando una decisión que no es suya a la postre, para reanalizar las alternativas. Como el proceso y la relación clínica con el paciente y su entorno familiar es, a estas alturas muy sólido, del mismo modo que lo es la relación con los equipos de cuidados de la residencia tras meses de análisis y trabajo conjunto, se reevalúa la preferencia del paciente de irse a otro entorno para “tirar la toalla” y se acepta **abordar todas las medidas de refuerzo y de buena práctica para realizar la**

retirada del soporte ventilatorio en la propia residencia asistida. De nuevo, esta decisión es **contrastada con y apoyada por ambos CEAs, el de la residencia y el de referencia del ESAPD.**

Es completamente comprensible que la retirada de un soporte ventilatorio sea una actuación clínica que movilice muchos componentes emocionales y más para un entorno asistencial en el que se ha estado peleando codo con codo con el paciente y su entorno durante años. Atendiendo a la menor familiarización posible con este procedimiento, el equipo clínico del ESAPD implementó un refuerzo especial de soporte al equipo de la residencia: intensivista para el seguimiento de la operación de retirada, soporte de enfermería constante tras la sedación y retirada. Todo el proceso se calendarizó y planificó con todos los implicados.

A 48 horas de procederse a la retirada prevista, la Dirección de la residencia asistida recibió una **instrucción de la Dirección General de la Consejería de Servicios Sociales** que cubre la tutela de personas con dependencia **rechazando la realización de un procedimiento de retirada de soporte ventilatorio en una de las residencias concertadas “por no disponer de medios”.** Ni se produjo una interlocución directa con profesionales, familiares y, sobre todo, paciente (que está consciente y capaz). Tan solo una notificación en papel en la que se utiliza el argumento de que la familia lo entiende perfectamente porque “cómo se va a ofrecer algo donde no hay garantía de medios...”. Por supuesto, que una Dirección General tiene obligaciones de supervisión y seguimiento de los estándares que se apliquen a sus organizaciones, centros y profesionales. Pero no se entiende cómo puede argumentarse que se pueden tener medios, en una residencia asistida para hacer lo más complejo, que es mantener el soporte ventilatorio y los cuidados de todo tipo que requiere un enfermo con máxima dependencia, y no se tienen para retirar algunos de esos procedimientos aplicados. Sin entrar en juicios de intenciones, parece más bien un argumento que, sin decirlo, se está poniendo una venda para una herida que no se ha producido. O dicho de otro modo, se está aplicando un cortafuegos (ninguna retirada de tratamiento de soporte en residencias asistidas), rechazando una medida que tiene menor complejidad que el soporte que se da diariamente a los pacientes en la situación clínica de máximos cuidados, para evitar que alguna incorrecta utilización de los criterios de indicación de una retirada pudiera generar algún conflicto entre familiares y profesionales, algún procedimiento judicial, alguna tentación de instrumentalización política inclusive o, en definitiva, un posible escándalo social o mediático (con motivo o sin él). Pero lo que se sacrifica de nuevo, es la realidad de sufrimiento y la decisión legítima de un paciente **con una lógica y ejecución distante y burocrática.** También **se menosprecia la realidad del trabajo bien hecho de unos equipos clínicos que actúan de manera coordinada, así como de los CEAs que les asesoran cabalmente.** No cabe una muestra mayor de una **disfunción organizativa** que debe ser identificada, analizada y, eventualmente, corregida para que no vuelva a producirse una situación semejante.

No-abandono y búsqueda de alternativas

De nuevo, esta crisis extemporánea, a pocas horas de la implementación de una decisión clínica con todas las garantías y soportes deliberativos, respetuosa y humanizadora de la decisión de un paciente con todo el apoyo de su entorno, debe ser **afrontada por los equipos clínicos y los afectados** (figura 5). De nuevo, hay que comunicarle al paciente una decisión que viene de instancias ajenas a la clínica, dar soporte al paciente y reanalizar las alternativas y preferencias. En el análisis de estas alternativas hay que volver a contactar con otros equipos de otros centros, con la connotación que tiene ya un caso “contaminado” por estas vicisitudes. Los potenciales equipos y centros receptores de un eventual traslado de un paciente, para una retirada de tratamiento, están en una situación que genera lógicas resistencias. En el mejor de los escenarios, con la mejor de las disposiciones, haciéndose cargo de las circunstancias que debe estar atravesando el paciente, se quiere reevaluar el proceso, visitar la deliberación, reapropiarse de las decisiones. Es lógico, es comprensible, pero no deja de ser difícil de explicar a un paciente que está atrapado en su realidad física de dependencia y que quiere ejercer una decisión autónoma de una manera humanizada y correcta, para la que sólo encuentra trabas ajenas a él.

En el caso que nos ocupa, las circunstancias sucintamente reseñadas, generaron suficiente atención como para que se activarán **instancias directivas** tanto en el ámbito de los **cuidados paliativos**

como en el ámbito de la **bioética**. Que esta atención haya sido requerida a partir de una “denuncia” o comunicación por instancias directivas conocedoras del caso, por un supuesto escenario de “eutanasia”, no deja de ser sintomático y grave, sobre todo porque retrata principalmente a quien así desinforma y caracteriza inadecuadamente, desde un despacho, una tarea clínica ejemplar y extraordinariamente humanizadora que básicamente no se ha interesado por conocer. Sin duda, otra “**alarma**” para el sistema para **aprender de una disfunción**. Sin embargo, nos quedamos aquí con el elemento positivo de que, en este punto, tanto la coordinación de paliativos como la de bioética actúan queriendo **conocer de primera mano las circunstancias, valorizando el trabajo realizado** por los clínicos, **haciéndose cargo de la situación** del paciente y de la decisión que se quiere implementar y **facilitando la implementación** de la misma de una manera **coordinada** con un nuevo centro y equipo asistencial. Que finalmente, para implementar la decisión, se elija un centro concertado especializado en cuidados crónicos y paliativos, no deja de ser una cierta paradoja de nuestro sistema público, tras declinar el caso “contaminado” con factores extra-clínicos otras unidades de centros sanitarios públicos de referencia.



Fig. 5.- De la deliberación individual a la implementación de una decisión consistente (3)

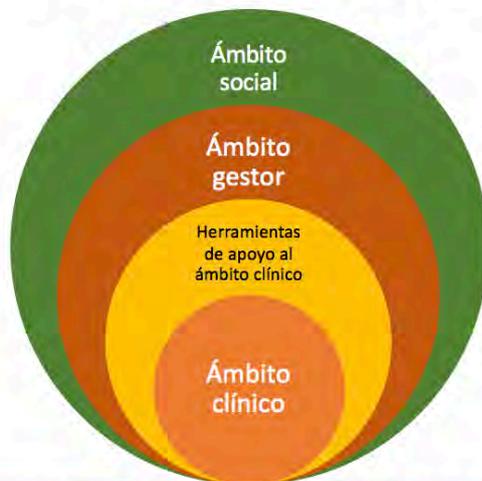
Finalmente, volviendo al terreno clínico, ya sin interferencias, los equipos implicados realizan: una **ejemplar labor de transición** entre instituciones; una acogida del paciente y su entorno en tan complejas circunstancias emocionales y de cuidados; la **reevaluación de la situación**, las circunstancias y las decisiones, planificando una nueva extubación e **implementándola de manera humanizada, competente y acorde a las preferencias** reiteradas de un paciente competente.

Más allá del caso: ¿Cómo aprende un sistema sanitario de sus “errores”?

Analizadas las vicisitudes que pueden acompañar la implementación en la realidad de una decisión correcta, fruto de una deliberación robusta, sólo cabe abrir la reflexión, propia de la **ética de las organizaciones**, de **cómo aprende un sistema sanitario de sus “errores” o disfunciones** (figura 6).

Cuando hablamos de la **construcción de valores**, los **errores** pueden ser de “**juicio**”, requiriendo actuaciones que faciliten la **formación en la deliberación** de valores, no sólo de los niveles clínicos, sino también de los **niveles directivos**.

¿Cómo corregimos los “errores” de la organización? ¿Cómo mejoramos el funcionamiento del “sistema”?



- ¿Qué pasa cuando la organización es inconsistente entre sus distintos ámbitos?
- ¿Cómo detecta, monitoriza, aborda y optimiza la organización sus disfunciones?
- ¿Qué hacer cuando el “responsable” está menos preparado que el profesional (en el ámbito de la bioética, en la gestión de conflictos)?

Alternativas tradicionales de “volver a la formación del ámbito clínico” (siempre necesario), NO RESUELVEN ESTAS DISFUNCIONES

A LA POSTRE, UNA DECISIÓN JUZGADA CONSISTENTE 1, 2, 3 VECES POR PROFESIONALES FORMADOS, CON EXPERIENCIA Y CUALIFICADOS, DE MANERA HUMANIZADA, COMPROMETIDOS CON EL PACIENTE (MÁS ALLÁ DE QUE COMPARTAN SU DECISIÓN), EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL, ES “DESAFIADA” POR ÁMBITOS GESTORES DE MANERA INJUSTIFICADA, GENERANDO UN SUFRIMIENTO ADICIONAL INNECESARIO. ¿Y QUÉ HACEMOS CUANDO ESTO SUCEDE?

Figura 6. ¿Cómo aprende un sistema de salud de sus propias disfunciones?

También pueden ser un error de “proceso” o de “desajuste” entre niveles, centros, instancias sanitarias y socio-sanitarias, requiriendo entonces procesos de identificación, análisis, búsqueda de mejoras, seguimiento de las medidas correctoras.

Como decía un clásico de la mejora de la calidad, “errar es humano” pero lo que es un doble yerro, con connotaciones de **responsabilidad ética agravada**, es que una vez **producida una disfunción o error**, no estén operativos los elementos para **identificarlo**, no se tenga la voluntad para **corregirlo**, o no se dispongan los medios para **evitarlo** en el futuro.

Tras varias décadas desarrollando herramientas para tener unos profesionales de la salud formados en valores y en bioética, y unas instancias en las que estos puedan deliberar para tomar mejores y más responsables decisiones (como los CEAs), es evidente que complejas instituciones como las sanitarias necesitan algo más para poder ser **organizaciones que promuevan la excelencia y aspiren a una mejora de la calidad continua, a una atención humanizada y a una consideración robusta de los ciudadanos enfermos como coprotagonistas de sus cuidados.**

El sistema sanitario necesita aprender no sólo para generar y aplicar nuevo conocimiento sobre los mecanismos de enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de los procesos de enfermar, sino también **para acompañar a las personas que enferman, de manera prudente, responsable y humanizada.** Las instancias y mecanismos que nos hemos dado en los últimos años, tienen una cierta consistencia para dotar de robustez a las decisiones clínicas, pero son mucho más frágiles en el ámbito de la consistencia de las decisiones y procesos institucionales. Tenemos que ponernos manos a la obra sin demora para **articular e incorporar en nuestras organizaciones nuevas herramientas no sólo para deliberar adecuadamente sino para implementar consistentemente las decisiones fruto de dicha deliberación.** No otra cosa requiere la construcción de valores de una **organización que aspira a la excelencia** en el siglo XXI.

Epílogo: tras el caso

Tras la implementación de la retirada de tratamiento, decisión que fue objeto de la deliberación de dos CEAs y asunto que ocupó a varios equipos clínicos, lo mejor de nuestra organización, sus profesionales, han acometido una serie de iniciativas para “**aprender**” de esta experiencia, como muestra del compromiso por una mejora de la asistencia en futuros casos análogos. Estas iniciativas incluyen:

- Reunión con la **Coordinadora de CC. Paliativos**. Reto: ir más allá de una actuación “apaga-fuegos” para facilitar la implementación, que no es poco, para analizar procesos de mejora a medio-largo plazo (análisis de casos complejos, derivación entre dispositivos, formación de profesionales y directivos).
- Solicitud de **reunión** con una de las **Gerencias** a la que pertenece el **CEA del ESAPD (denegada)**. Reto: superar un modelo de gestión de “no existe el problema” no haciéndose eco de las necesidades de profesionales y pacientes.
- **Sesión clínica con servicio de Paliativos** del Hospital para **análisis del caso**. Reto: avanzar en las confusiones sobre la “objeción de conciencia” ante una retirada del consentimiento de un tratamiento de soporte vital en curso.
- Elaboración de una **Guía de Actuación en caso de rechazo al tratamiento médico** y presentación de la **Guía de Actuación + caso** en diferentes ámbitos: a) Consejo de Gestión de Atención Primaria del Área; b) Sesión General de Hospital; c) Sesión clínica del ESAPD; d) Sesiones de CEAs; e) cursos de bioética de postgrado. Reto: categorizar casos para articular procesos que eviten nuevos escenarios con manejo subóptimo o confuso.
- Incorporar esta **temática** en la **formación en bioética** a profesionales vinculados a los **CEAS**. Reto: la formación de base a clínicos, no aborda los problemas de implementación de la organización que combina otras instancias.
- Intentos liderados por el **CEA al que está vinculada la residencia concertada** de promover la aceptación de un protocolo en el que la DG de dependencia acepte la retirada de tratamientos y que no se repitan casos como este (sin éxito). Reto: intervención en el ámbito socio-sanitario, con mejora de la coordinación y mayor consistencia de los procesos.

Se desconoce qué lecciones han sacado las instancias directivas y qué medidas se han adoptado como organización para aprender de esta experiencia y no repetir estas peripecias en un futuro caso análogo. Remitir a la formación en bioética de los clínicos, si bien siempre necesario, no parece suficiente. **Frente a una bioética clínica robusta, necesitamos una bioética institucional que deje de ser tan frágil.**

Javier Júdez – Médico. Coordinador KAYRÓS- CONVERSACIONES QUE AYUDAN
Nuria Pérez de Lucas – Médica ESAPD. Colaboradora KAYRÓS – CONVERSACIONES QUE AYUDAN

Mónica Monedo - Psicóloga Clínica

Ética, anarquismo y sexualidad en Amparo Poch y Gascón

Resumen de la tesis doctoral defendida el 11/01/16 en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

Concha Gómez Cadenas

Introducción y objetivos

Amparo Poch, nació en Zaragoza el 15 de octubre de 1902 y falleció en Toulouse, el 15 de abril de 1968. Fue una mujer extraordinariamente luchadora que estudió y ejerció la Medicina en un tiempo en el que esta profesión estaba reservada casi exclusivamente a los hombres. Además de médica fue educadora y activista social.

Su persona es relativamente conocida desde hace unos años, porque junto con Mercedes Comaposada y Lucía Sánchez Saornil fundó la revista *Mujeres Libres*. Esta revista sirvió para reunir a varias asociaciones que luchaban por emancipar a las mujeres obreras de lo que ellas llamaban la “triple esclavitud”: mujer, obrera e ignorante. *Mujeres Libres*, como agrupación, llegó a contar con cerca de 30,000 afiliadas en las zonas republicanas, durante los años que duró la Guerra Civil en España.

Amparo Poch, también es conocida porque colaboró con la ministra Federica Montseny como consejera de Asuntos Sociales.

Su vida y parte de su obra fueron dados a conocer en 2002 por la biógrafa Antonina Rodrigo. Por este motivo en esta tesis los objetivos que nos planteamos fueron más allá de lo que tradicionalmente se ha llamado “tesis de vida y obra”. Si bien, profundizamos en su biografía y construimos el catálogo de su obra escrita, ordenando y ampliando la recopilación hasta ese momento recogida.

El objetivo general consiste en estudiar los aspectos éticos relacionados con la sexualidad, que se manifiestan en las publicaciones, el ejercicio profesional, la actividad pública y la propia biografía de Amparo Poch. Y los objetivos específicos: a) Conocer y analizar las iniciativas emprendidas por Amparo Poch para mejorar la salud sexual de las mujeres; b) Conocer y analizar el resto de sus actividades profesionales, como médica general, centrada en la atención de mujeres y de niños; médica de campaña; y divulgadora de conocimientos médicos; c) Conocer y analizar su actividad pública como consejera de la ministra Federica Montseny, conferenciante, escritora, fundadora de la revista *Mujeres Libres*, y miembro destacado del grupo homónimo; d) Catalogar sus escritos y analizar a partir de ellos su pensamiento; e) Analizar su biografía intentando comprenderla desde los valores éticos que ella misma intentó defender, detectando su coherencia con los mismos.



Resumen de contenidos

Antes de centrarnos en la biografía de Amparo Poch y en su obra, dedicamos un amplio capítulo introductorio para aproximarnos a su contexto desde varias perspectivas:

La primera es la perspectiva histórica, destacando los acontecimientos de carácter general, más importantes que sucedieron en su momento. Y de manera particular, aquellos que tienen que ver con la historia

de la medicina. Una segunda perspectiva es la centrada en las influencias ideológicas que Amparo Poch recibió, especialmente, las que pudieron afectarle como profesional de la medicina. Por último focalizamos nuestra atención en el mundo anarquista.

Esta última perspectiva motivó que esta contextualización no se limitara a la mesa, el ordenador o la biblioteca, sino que aplicando el método etnográfico, delimitáramos un campo de trabajo, que definimos de una forma global como “el mundo anarquista”. Nuestra intención era conocer las peculiaridades del entorno anarquista en tiempos de Amparo Poch, extrapolándolo a partir del conocimiento del mundo anarquista de hoy. Para entrar en “el campo”, utilizamos la estrategia etnográfica de buscar un “portero”. En nuestro caso, esta figura estuvo representada por Antonina Rodrigo, su biógrafa. Acompañados por ella, acudimos a charlas, encuentros, homenajes y exposiciones sobre temas y situaciones relacionadas con el ambiente libertario. En estos actos, además de la información que allí se exponía, pudimos conocer, de primera mano, la situación que vivieron algunas personas durante la guerra y el exilio.

Por otra parte, Antonina Rodrigo nos facilitó el acceso a su archivo personal (en adelante APAR), permitiéndonos tanto utilizar algunos documentos inéditos, como analizar con otra mirada el material que ella misma había utilizado para su libro. Una vez ordenado el APAR, y partiendo de él, iniciamos la labor de recuperación de documentos. Realizamos búsquedas y clasificación de documentos escritos y/o sonoros (entrevistas) en diferentes centros documentales. Combinamos la búsqueda física de datos en diferentes archivos (centros de estudio, hemerotecas, bibliotecas) con la búsqueda por internet. También realizamos multitud de consultas por correo electrónico, a fundaciones, centros, colegios oficiales, etc.

Paralelamente, desde el campo de trabajo, programamos varias entrevistas a personas que habían conocido a Amparo Poch, como pacientes o como amigos. Pero también entrevistamos a algunas personas que no mantuvieron ninguna relación con ella, pero que nos aportaban información sobre temas de interés para el análisis.

Optamos por utilizar un modelo de entrevista semi-estructurado, de tal manera que al inicio del encuentro, explicábamos nuestros objetivos. solicitábamos permiso para realizar la grabación, y a continuación les mostrábamos una relación de puntos en los que queríamos profundizar. Pero en ningún momento exigíamos que la entrevista se ajustara a nuestro programa, dejando que se desarrollara siguiendo el formato de diálogo. Perseguíamos lograr un clima de confianza que permitiera a las personas entrevistadas, la mayoría de edad avanzada, extenderse en sus recuerdos personales. Después transcribimos literalmente todas aquellas intervenciones en las que la información era relevante.¹

Para realizar el análisis ético, una de las herramientas que nos ha servido como orientación ha sido el procedimiento deliberativo del profesor Diego Gracia. Es bien sabido, que dicho procedimiento se utiliza en los comités de bioética clínica para resolver los conflictos éticos. En esta tesis, hemos seguido la idea general consistente en deliberar sobre los hechos, los valores y los deberes. Por este motivo hemos presentado el capítulo de resultados como biografía “basada en hechos”. Desde esos hechos y de la lectura detallada de sus escritos, hemos extraído los valores y principios que orientaron su ejercicio profesional y su vida.

En el capítulo de resultados incluimos tres apartados:

El primero consiste en la descripción de su vida “basada en hechos”.² Seguimos su trayectoria por los diferentes lugares donde vivió:

- Zaragoza. Nació en una familia humilde. Su padre era militar, y había ingresado en el ejército como soldado raso. Por ello, hasta que Amparo no tuvo 14 años vivieron en casa de unos familiares. En este primer domicilio nacieron sus 5 hermanos, dos de los cuales fallecieron. De su etapa en Zaragoza, destacamos sus estudios: primero Magisterio por imposición paterna, ya que ser médico, no era propio de mujeres. Pero que al obtener matrícula de honor, pudo convencer a su padre para que, en segundo lugar, le permitiera cursar la carrera de Medicina, obteniendo de nuevo matrícula de honor en todas las asignaturas y premio fin de carrera. En Zaragoza abrió dos consultas, dedicadas a mujeres obreras y a

¹ Esta primera parte de la investigación se muestra y ordena en dos anexos: el primero recoge la relación de archivos, centros, bibliotecas y periódicos consultados. El segundo, las fuentes orales y los testimonios escritos.

² Para tener una visión global de su vida en relación a los acontecimientos históricos, políticos y culturales más importantes hemos sistematizado la cronología vital de Amparo en un anexo consistente en un cuadro donde se relacionan en 5 columnas los siguientes datos:

1. Fecha, 2. Datos sobre la vida de Amparo Poch. Datos Histórico-políticos, 3. Datos sobre la Historia de la medicina, 4. Datos Socio-culturales, 5. Personas en la vida de Amparo Poch y datos varios.

sus hijos. Fue elegida vicesecretaria del Colegio Oficial de Médicos y trabajó en el hospital clínico. También comenzó a escribir, publicando una novela y multitud de artículos en prensa. Comenzó a relacionarse con el ambiente progresista de la redacción de los periódicos y con los círculos anarquistas. En noviembre de 1932 contrajo matrimonio civil con Gil Comín Gargallo, pero al poco tiempo abandono el hogar conyugal para trasladarse a Madrid.

- En Madrid vivió desde mayo de 1934 hasta noviembre de 1936. En estos años su actividad fue múltiple. Abrió una consulta. Estudió Puericultura. Se afilió al Sindicato Único de Sanidad de la CNT, y pasó consulta en sus locales de manera gratuita. Impartió, clases, cursos, charlas, etc. Todas sus actividades se relacionaban con tres pertenencias. La primera es la que la relaciona con el Partido Sindicalista de Ángel Pestaña, la segunda la derivada de su vinculación al grupo Mujeres Libres y la tercera, con el grupo pacifista internacional: *Ward Resisters' International*. *WRI* (en español: Liga de Refractarios a la Guerra. IRG). En noviembre de 1936 es nombrada consejera médico para la ministra Federica Montseny, y se traslada, junto con el resto del gobierno, a Valencia.
- Valencia. En esta ciudad mantuvo las actividades arriba destacadas, pero se volcó especialmente en la atención a los niños que habían sido desplazados con motivo de la guerra. Promovió la sustitución de los orfanatos por hogares infantiles y gestionó las colonias infantiles que acogían a los niños que serían llevados a diferentes países. Tenemos constancia de que supervisó personalmente dos colonias en Francia y que en el hogar infantil de Burjassot tuvo una gran implicación y relación directa con los niños. También promovió otras iniciativas gestadas en la agrupación Mujeres Libres, como los laboratorios de prostitución
- Se trasladó a Barcelona, poco tiempo después de que los ministros anarquistas dimitieran y ella fuera cesada en su cargo de consejera. Allí su labor consistió en dirigir un instituto de enseñanza de Mujeres Libres. Su misión fundamental consistía en educar, concienciar y formar a las mujeres para capacitarlas y que fueran capaces de tomar las riendas de su vida. Pero, a consecuencia de las necesidades generadas por la guerra, dedicaron gran parte de sus esfuerzos a formar a las mujeres para que sustituyeran a los hombres que iban al frente en los trabajos que quedaban desiertos. Además de dirigir el casal, ella dio clases a enfermeras, e intentó abrir una consulta gratuita para niños. Al llegar las tropas nacionales a Barcelona abandonó Barcelona, por el paso de Camprodón a Prats de Molló.
- Francia: En Francia vivió primero en Prats de Molló, en una colonia infantil sostenida por los pacifistas ingleses, donde ejerció como médica. Al poco se trasladó a Nîmes para reunirse con la cúpula del Partido Sindicalista. Sabemos que convivía con Francisco Sabater, secretario de este partido y la última pareja que se le conoce. En Nîmes pasó por unos momentos muy duros, pues Francia fue invadida por los nazis, y ella y su pareja fueron vigilados por la policía. Además no podía ejercer como médico (aunque siempre atendió a sus compatriotas de forma irregular y sin percibir por ello remuneración alguna). Se ganaba la vida trabajando en una fábrica textil, realizando manualidades, siempre colaborando intensamente en las cadenas de solidaridad que se establecían entre los refugiados españoles. Cuando finaliza la guerra y se traslada a Toulouse vuelve a trabajar como médico en los dispensarios de la Cruz Roja Republicana en el Exilio. De esta etapa son la mayoría de los testimonios que disponemos que la muestran como una médica absolutamente dedicada a su profesión, hasta el extremo de que, aún estando muy enferma, por un cáncer cerebral, continuaba yendo una y otra vez a la consulta, cuando se recuperaba de sus dolencias. Sus compañeros la apartaron a la fuerza unas semanas antes de su muerte, debido a su mal estado. Sostenemos, en esta tesis, que este fue uno de los motivos que llevó a Amparo a intentar quitarse la vida y que desencadenó su muerte como consecuencia de ello.

La segunda parte corresponde a su obra escrita.³ Dividimos ésta en tres partes: La primera incluye los libros y folletos que Amparo publicó. La segunda los artículos en prensa y revistas. Ambas partes se ordenan por separado, cronológicamente y por publicación. La tercera es una miscelánea donde se incluyen los exámenes de Amparo Poch y una entrevista en la que ella respondía a preguntas sobre su concepción del anarquismo.

La tercera parte del capítulo de resultados es una aproximación al pensamiento de Amparo Poch, en temas relacionados con la sexualidad.

³ La relación completa de ésta la presentamos en el anexo titulado “Catálogo de la obra escrita de Amparo Poch”.

El capítulo dedicado a la discusión, consta también de tres apartados:

El primer apartado intenta relacionar las ideas de Amparo Poch sobre sexualidad, expuestas en el capítulo anterior, con las influencias recibidas y con su contexto. Los puntos sobre los que discutimos son los siguientes: Amor / amor libre / matrimonio / modelo de familia. Prostitución. Maternidad / cuidado de niños / lactancia. Anticoncepción / neomaltusianismo / eugenesia / aborto. Homosexualidad.

Incluimos la deliberación acerca del problema ético que pudo suponer para Amparo la práctica de un aborto.

El segundo apartado titulado “Ética y profesión en Amparo Poch”, es una reflexión sobre si su vocación médica influyó en su actitud moral, orientándola hacia la búsqueda de la excelencia profesional. Analizamos su trabajo asistencial a la luz de algunos modelos de relación médico-paciente. También estudiamos la labor educativa desarrollada por Amparo Poch, más allá de la esfera asistencial.

En el tercer y último apartado de la discusión, titulado “Coherencia en el final de la vida de Amparo Poch”, basándonos en sus escritos y los datos conocidos sobre su muerte, sostenemos que esta sucedió a consecuencia de su propio intento de suicidio. A continuación deliberamos acerca de si esta actitud era coherente con sus ideas y valores.

Conclusiones

1.- La manera de pensar y actuar de Amparo Poch estuvo condicionada principalmente por tres factores: la educación conservadora que recibió en su entorno familiar, las influencias ideológicas de los entornos progresistas y libertarios con los que se relacionó desde muy joven, y el hecho de ser una de las pocas mujeres que estudio y ejerció medicina en Zaragoza, durante los años veinte y treinta del siglo pasado.

2.- En su ejercicio médico demostró ser una médica vocacional, que aspiró a la excelencia. Su compromiso social fue más allá de lo asistencial, dedicando gran empeño a otras esferas profesionales como la educación.

El modelo de relación médico-paciente que la guiaba, es muy semejante al propuesto por Laín Entralgo, basado en la amistad médica, pero sin abandonar totalmente el paternalismo médico.

Amparo daba mucha importancia a la calidad y a la humanidad en la asistencia, especialmente al final de la vida. Se anticipó a las reflexiones actuales en Bioética, acerca de los fines de la medicina, al opinar y demostrar que su labor no consistía únicamente en evitar la muerte.

3.- Amparo no creó ningún cuerpo teórico estructurado y completo que manifestara su pensamiento general. Tampoco sistematizó rigurosamente sus ideas sobre sexualidad. Sus opiniones, en estos temas, a veces son ambiguas y por lo general expresan las influencias recibidas del contexto anarquista y anarcofeminista. Aunque también recibió influencias de otras corrientes de pensamiento, que tuvieron gran influjo en la medicina de principios de siglo, como el higienismo, el darwinismo, la puericultura y la eugenesia.

4.- Su pensamiento en relación al amor libre fue ambiguo. Por una parte fue una defensora clara del placer y de la búsqueda de la felicidad, así como de la inconstancia y la diversidad en las relaciones de pareja. Pero, por otra, fue defensora de un ideal de “buen amor” basado en la espiritualidad, el sentimiento y la elevación moral. Esta ambigüedad se explica porque las dos corrientes que influyeron a su autora eran diversas y en cierto modo, antagónicas: la anarco-individualista y la puritana.

5.- Amparo Poch estaba en contra de los modelos clásicos de familia que se reservaban a la mujer, el rol exclusivo de esposa y madre. Sus ideas feministas remiten a autoras como Goldman, Kollontái y Montseny. No obstante, Amparo contrajo matrimonio civil con Gil Comín en noviembre de 1935, aunque rompió esta relación tan solo año y medio año después.

6.- Entendía que la prostitución tenía su causa en la doble moral burguesa y en la sociedad capitalista que promovía lo que ella llamaba “una moral sucia”.

Las consecuencias perniciosas de la prostitución que preocuparon especialmente a Amparo, eran las que tenían que ver con la salud, en particular con el contagio y el padecimiento sifilítico. Esta preocupación era propia del pensamiento higienista y degeneracionista.

Aunque como miembro de la agrupación *Mujeres Libres* influyó en la creación de los liberatorios de prostitución, donde se concebía a las prostitutas como mujeres explotadas, sus palabras al referirse a ellas en la mayoría de sus artículos, fueron duras y en algún momento ofensivas.

7.- Las ideas de Amparo respecto a la maternidad tienen que ver con su formación como puericultora. Inspirada por esta especialidad, instaba a las mujeres a que se convirtieran casi en profesionales, aunque exigía que los médicos supervisaran todo el proceso, considerando fundamental dicha supervisión en la etapa de la lactancia.

La influencia anarquista fue también importante. Sin bien desde Mujeres Libres, la idealización de la función maternal tenía un matiz más revolucionario. Esta asociación promovía la imagen de la infancia como un bien para la sociedad, pero destacando que la maternidad no implicaba la posesión de los hijos.

El aspecto más original del pensamiento de Amparo sobre la maternidad fue su intento de proteger a las mujeres, reclamando que el hecho de ser madre no se convirtiera en motivo de gloria excesiva, ni de vergüenza.

Criticó la asociación que algunos hacían, entre la maternidad y la pretendida virtud femenina de la resignación. Pese a su visión naturalista, Amparo entendía que algunas mujeres podían desarrollar sentimientos maternales sin ser madres biológicas.

A pesar de que, en cierto modo, también glorificaba la maternidad, defendió que las mujeres debían convertirse en ciudadanas perfectas y que no debían renunciar a sus propias aspiraciones para convertirse exclusivamente en madres.

Criticó que aspectos socio-económicos afectaran negativamente en la morbilidad y mortalidad materno-infantil. Denunció que la condición social de soltera fuera un agravante para la salud del niño y de la madre.

8.- Propuso que se impartieran cursos para enseñar las “técnicas anticoncepcionales”. Ella misma aportó información al respecto en sus clases y en su consulta. Entendía que era fundamental su conocimiento y su utilización, para promover la gestación consciente. Es decir, para impedir el embarazo en condiciones inadecuadas. Al igual que muchos pensadores del entorno anarquista, Amparo relacionaba ideas propias del neomaltusianismo, como la limitación de nacimientos, con la eugenesia.

9.- Amparo Poch defendía lo que se ha llamado “eugenesia positiva”, que fomentaba que la procreación se realizara en condiciones adecuadas. Pero también estaba de acuerdo con que se tomaran medidas coercitivas como el certificado médico prenupcial, la tipificación del delito de contagio y la esterilización forzosa.

10.- Con relación al aborto, Amparo manifestó por escrito, en 1932, que el derecho a la vida del niño estaba por encima de la voluntad de la mujer, y que solo se podía vulnerar en caso de que la mujer hubiese concebido de manera forzada o si existía riesgo de que el embrión sufriera daños. Sin embargo en la práctica sabemos que, en los años cuarenta, realizó un aborto a una mujer en Toulouse. El análisis que hacemos de esta situación tiene en cuenta los datos contextuales y los valores que entraban en juego, y concluimos en que la decisión de Amparo no fue coherente con lo que ella misma expresó por escrito sobre el aborto, pero sí guardaba cierta coherencia con sus peticiones de libertad para las mujeres, en lo referente a su sexualidad.

11.- Amparo asoció la homosexualidad masculina con la guerra, la perversión, el alcoholismo y otros vicios. Consideraba que el homosexualismo podía contagiarse y coincidía con Gregorio Marañón en promover medidas que encauzaran los instintos a su objeto normal. Sin embargo, su postura ante la homosexualidad femenina era totalmente diferente. Defendió el amor lésbico desde el candor, la inocencia y la naturalidad. Excluyó de pecado y de culpa al lesbianismo y criticó a quienes llamaban “perversión”, a esta forma de homosexualidad.

12. Su propio final fue coherente con su manera de entender la vida como “*vida plena*”. Si, como todo parece indicar, Amparo optó por intentar suicidarse, teniendo en cuenta los hechos que conocemos y los valores que creemos que entraron en juego, consideramos que su decisión fue trágica, pero coherente.

Bibliografía fundamental

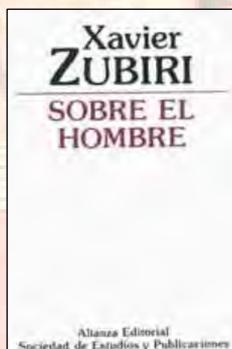
- Ackelsberg M. *Mujeres Libres: el anarquismo y la lucha por la emancipación de las mujeres*. Barcelona: Virus; 2006.
- Álvarez Junco J. *La ideología política del anarquismo español: (1868-1910)*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores; 1976.
- Cleminson R. *Anarquismo y sexualidad en España (1900-1939)*. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2008.
- Gracia Guillén D. *Voluntad de comprensión: la aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo*. Madrid: Triacastela; 2010.
- Nash, M. *Mujeres Libres. España 1936-1939*. Barcelona: Tusquets; 1975.
- Rodrigo A. *Una mujer libre: Amparo Poch y Gascón, médica anarquista*. Barcelona: Flor del Viento; 2002.

La vida con filosofía

FILOSOFÍA Y EDUCACIÓN EN LA OBRA DE XAVIER ZUBIRI

(4ª parte)

Como anuncié, quiero retomar la cuestión de si la pedagogía, el proyecto y el esfuerzo educativo de Xavier Zubiri se asienta en una filosofía de la educación, para decir de inmediato que, en efecto, esa tarea pedagógica en y de Zubiri que anteriormente he tratado de pergeñar tiene su fundamento en una filosofía de la educación, cuya formulación apuntó breve y escuetamente Zubiri a sus veintiocho años cuando en la “Filosofía del ejemplo” escribía que la labor pedagógica «es toda ella una ascensión lenta y penosa de lo que “es” el hombre hacia lo que “valen” sus ocultas posibilidades»¹. En esta fórmula, como se advierte, están presentes tanto



el sujeto de la educación —el hombre, el ser humano— como el objetivo o propósito de toda educación —el paso del “ser” con posibilidades al “valer” de esas posibilidades—. Una proposición cuyo enunciado se apoya en una filosofía, porque, en definitiva, lo que se entienda por educar depende principalmente de lo que se entiende por ser hombre, y esa idea que nos hagamos de lo humano se sustenta en una filosofía primera, en una metafísica, dado que el ser humano, como gusta decir a Zubiri, es una forma y un modo de realidad, la realidad humana².

Esa forma de realidad que es el hombre, animal de realidades, «es animal personal, porque ese animal se pertenece a sí mismo en su propia realidad: tiene “suidad”»³, dado que el ser “suyo” es un momento formalmente constitutivo de su realidad⁴. O, como se lee unas páginas después, por la inteligencia «la forma de realidad de la sustantividad humana no consiste tan sólo en ser “su” forma de realidad, sino que consiste en ser “suya”: es realidad en forma de “suidad”. Según este aspecto —continúa el texto— decimos que el modo de realidad de la sustantividad humana es *personeidad*. Personeidad es “suidad”»⁵.

¹ “Filosofía del ejemplo”, en ZUBIRI, X., *Primeros escritos (1021-1926)*, Alianza Editorial/Fundación Xavier Zubiri, Madrid, 1999, p. 361. Cfr. GRACIA, D., “Por una teoría constructivista del valor: Xavier Zubiri”, en GRACIA, D., *La cuestión del valor*, Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, Madrid, 2010, pp. 39-89, y GRACIA, D., *Valor y precio*, Triacastela, Madrid, 2013, pp. 79-132.

² Cfr. ZUBIRI, X., *El hombre y Dios*, Alianza Editorial/Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid, 1984, pp. 30-74; ZUBIRI, X., *Sobre la esencia*, Alianza Editorial/Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid, 5ª edic., 1985, pp. 451-453 y 504-507; ZUBIRI, X., *Inteligencia sentiente *Inteligencia y realidad*, Alianza Editorial/Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid, 1ª ed., 1980, pp. 92-97, 164-169, 209-215, 268-274, 281-285; y ZUBIRI, X., *Sobre la realidad*, Alianza Editorial/Fundación Xavier Zubiri, Madrid, 2001, pp. 191-216. Vid. NIÑO, F., “Educación en valores. Una aproximación desde X. Zubiri”, en NICOLÁS, J. A. y BARROSO, Ó. (editores), *Balance y perspectivas de la filosofía de X. Zubiri*, Editorial Comares, Granada, 2004, pp. 639-650; y GRACIA, D., “Un programa para el siglo XXI”, en GRACIA, D., *La cuestión del valor*, pp. 159-179, y *Valor y precio*, pp. 223-245.

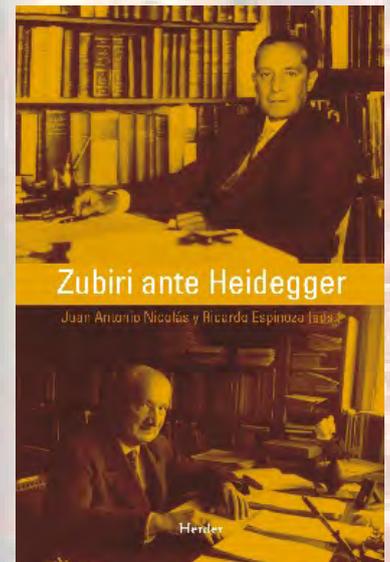
³ ZUBIRI, X., *Sobre el hombre*, Alianza Editorial/Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid, 1986, p. 190.

⁴ Cfr. *loc. cit.*, p. 154.

⁵ *Loc. cit.*, p. 159.

Si desde la perspectiva estructural puede sostenerse que el ser humano es animal de realidades, modalmente hemos de afirmar que es realidad “suya”, es decir, persona⁶. De ahí que, conforme a las estructuras dinámicas de la realidad, entre los varios dinamismos de lo real, según los cuales la realidad va dando de sí, el denominado por Zubiri dinamismo de la suidad no sea sino el dinamismo de la personalización. Un dinamismo que es posibilidad, apoderamiento de posibilidades; dinamismo que, por convertir el dinamismo de la suidad en dinamismo constitutivo de la posibilidad en cuanto tal, resulta ser el dinamismo de la personalización por apoderamiento. Es decir, el ser humano va construyendo su personalidad, la persona se va haciendo suya a base de ir apropiándose de unas posibilidades y desechando otras⁷; entendiendo por posibilidad de y para la esencia abierta que es el viviente humano la propia sustantividad humana y su situación como recurso para sus acciones⁸, o la forma concreta de autoposición en el ser humano⁹. Posibilidad, conjunto de posibilidades que se constituyen siempre y sólo con vistas a algo, un fin, desde y a través de algo, un medio¹⁰; por lo que «cualesquiera que sean los fines particulares y el elenco de medios que a esos fines pueden conducir, el conjunto de todo ese orbe, fines y medios, constituye lo que unitariamente es una posibilidad de vida humana. El concepto de posibilidad es la unidad radical de los fines y de los medios, desde el punto de vista de las acciones del hombre»¹¹.

En diálogo crítico con Martin Heidegger, declara Zubiri coincidir con el autor de *Ser y tiempo* en que el ser humano encuentra las cosas en el mundo, «el cual es el horizonte del esbozo de posibilidades, es *mi* mundo, un mundo del cual no están excluidos los demás —éste es otro aspecto del problema—. Pero como quiera que sea, se trata siempre de *mi* mundo; y mi mundo es aquello hacia lo que yo miro cuando tengo que establecer mi sistema de posibilidades, gracias al cual existo, desde el cual existo y en el que se despliega mi propia realidad»¹². Posibilidades que se inscriben en esa conexión mundanal que es la respectividad entre todas las personas y los objetos que conforman y están contenidos en el mundo, puesto que el conjunto de posibilidades que constituyen ese sistema que es *el* mundo, que cada quien tiene y entiende como *mi* mundo, es posible gracias a lo que llamamos la conexión de todo lo real o el mundo tomado en su totalidad de respectividad. Porque, en efecto, hay un sistema de “cosas”, de realidades, sobre el que cada cual hace un bosquejo, tiene un proyecto, «un *Entwurf*, pero este *Entwurf* consiste entonces en apropiármelas; con lo cual eso que Heidegger llama *mundo* es algo que no es posible más que por una unidad especial de todas las cosas con el hombre»¹³. Apunte de la discrepancia de Xavier Zubiri con el filósofo alemán que, líneas después, manifiesta en forma de interrogante: «¿y si sucediese que el poder yo bosquejar un mundo consistiera en una apropiación para los efectos de mi



⁶ Cfr. ZUBIRI, X., *Estructura dinámica de la realidad*, Alianza Editorial/Fundación Xavier Zubiri, Madrid, 1989, p. 207.

⁷ Cfr. *loc. cit.*, pp. 225, 237, 239, 235.

⁸ Cfr. *loc. cit.*, p. 233.

⁹ Cfr. *Sobre el hombre*, p. 581.

¹⁰ Cfr. *op. cit.*, p. 315.

¹¹ *Op. cit.*, p. 143.

¹² *Sobre la realidad*, p. 134.

¹³ *Loc. cit.*, p. 135.

existencia personal de esa conexión dada por mí y las cosas en esa estructura que llamamos mundo?»¹⁴

**Xavier
ZUBIRI**
**ESTRUCTURA
DINAMICA
DE LA
REALIDAD**

Alianza Editorial
Fundación Xavier Zubiri

Al apropiarse el hombre de unas posibilidades, confiere poder a esas posibilidades, al tiempo que anula el poder de las posibilidades no apropiadas. A ese conferir poder a una posibilidad, es a lo que Zubiri denomina “evento” o “suceso”. Por esto, el ser humano no es tan sólo un ser natural, sino también un ser eventual¹⁵. Y es que, pues «el hombre tiene dos clases de propiedades: las propiedades que le competen por el mero hecho de su estructura psicofísica, que son naturales, y un segundo grupo de propiedades —las resultantes de una volición— que el hombre las hace propias, pero por apropiación, por un acto de voluntad»¹⁶, el hombre, precisamente para y al hacer su vida, no puede sino excluir unas posibilidades para poder elegir otras, para apropiarse de otras; y así es como el hombre vive y puede seguir viviendo: porque proyecta, inventa, realiza y se apodera de unas posibilidades¹⁷. En definitiva, el ser humano se apodera de unas posibilidades que le permiten ir apropiándose de su persona, tomar las riendas de su vida personal, convertirse en dueño y señor de su proyecto y trayectoria vitales.

Mientras que el ser humano lleva a cabo sus actos según una triple dimensión: como agente, autor y actor de su vida¹⁸, no en tanto que agente, pero sí como autor y actor el hombre se apropia de unas posibilidades, al tiempo que queda apoderado por ellas¹⁹, dependiendo de los recursos que se le ofrecen y con que se encuentra. De aquí la importancia que tienen los recursos —la «*constitución del recurso desde el evento es algo fundamental*» afirma textualmente Zubiri—, porque, hasta que se presenta el último recurso y acontece el cese de posibilidades, «la dinámica de la posibilidad, el dinamismo de la suidad, consiste justamente en ir forjándose una personalidad paso a paso, momento a momento, mediante los recursos que la propia sustantividad nos presenta. Recursos que son, en buena parte, heredados de las situaciones anteriores, y que consisten formalmente, como recursos de nuestra propia sustantividad, en ser posibilidad en orden a acciones que vamos a ejecutar, y que, una vez ejecutadas por apoderamiento y apropiación, dejan al yo en una situación de recurso sobre la cual va a montar sus ulteriores situaciones, y los ulteriores momentos vitales suyos»²⁰.

¹⁴ *Loc. cit.*, p. 136.

Hacia el final de ese curso breve, del año 1966, dedicado al tema de la realidad, dice Zubiri: « El hombre en virtud de su voluntad tiene que forjar para la mayoría de las acciones de su vida un sistema de posibilidades, del que tiene que apropiarse. La condición de la esencia abierta en virtud de la cual tiene que forjar las posibilidades de la figura de su ser sustantivo es lo que llamamos el *carácter moral*. La moralidad no está fundada sobre el bien sino que, al revés, es el bien el que está fundado sobre el carácter moral de una realidad. Sólo en tanto en cuanto hay una esencia abierta que es intrínsecamente moral en el sentido de que no puede tener la figura de su ser más que apropiándose posibilidades, sólo en esa medida cabe hablar de un *bonum* en el usual sentido moral del vocablo.»(*Op. cit.*, pp. 232-233. Cfr. *Sobre el hombre*, pp. 343-440)

¹⁵ Cfr. *Estructura dinámica de la realidad*, p. 236. «La persona no es suya sino en el apoderamiento eventual de la realidad.»(*Loc. cit.*, pp. 236-237)

¹⁶ *Sobre el hombre*, 143. Cfr. p. 343. Cfr. ZUBIRI, X., *Sobre el sentimiento y la volición*, Alianza Editorial/Fundación Xavier Zubiri, Madrid, 1992, pp. 51-81.

¹⁷ Cfr. *Sobre el hombre*, p. 581.

¹⁸ Cfr. *loc. cit.*, p. 591. Vid. pp. 592, 125-126.

¹⁹ Cfr. *Estructura dinámica de la realidad*, p. 238.

²⁰ *Loc. cit.*, p. 240.

Ahora bien, para apoderarse de esas posibilidades, para que esas posibilidades puedan ser apropiadas, se requiere un mínimo de capacidades, porque, como apunta Zubiri en el "Prólogo a la traducción inglesa" (1980) de *Naturaleza, Historia, Dios*, «sólo gracias a la capacitación se da, y tiene que darse necesariamente, el acontecer de la posibilidad y de las posibilidades»²¹; o, como ya había apuntado en "La dimensión histórica del ser humano" (1974), «la persona con sus capacidades accede a unas posibilidades, las cuales, una vez apropiadas, se naturalizan en las potencias y facultades, con lo cual cambian las capacidades. Con estas nuevas capacidades, las personas se abren a un nuevo ámbito de posibilidades»²².

Convenía recordar estas aportaciones que Xavier Zubiri hace al estudio del ser humano, a la filosofía antropológica, porque es justamente aquí donde cabe situar la educación, según el filósofo español, como un proceso en y por el que los recursos se convierten en capacidades y posibilidades de y para los humanos; o como un proceso tanto de desarrollo y ampliación de recursos cuanto de potenciación y apropiación de posibilidades de la propia sustantividad humana mediante la producción, innovación e incremento de capacidades. No es extraño por esto que se pongan tantas esperanzas en la tarea educativa y se le exija tanto, así como tampoco ha de sorprendernos el descontento reinante en torno a ella cuando se depende y dispone de medios inadecuados para el logro de los fines intrínsecos que le son propios, para conseguir lo pretendido y prometido, lo deseable razonablemente de ella, lo que por y con ella es esperable en justicia humanitaria.



²¹ ZUBIRI, X., *Naturaleza, Historia, Dios*, Alianza Editorial/Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid, 8ª edic., 1981, pp. 9-10.

²² VV. AA., *Realitas I (1972-1973)*, Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid, 1974, pp. 53-54, y ZUBIRI, X., *Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica*, Alianza Editorial/Fundación Xavier Zubiri, Madrid, 2006, p. 155. Cfr. pp. 71-101.

Amartya Kumar Sen ha propuesto la teoría de las capacidades humanas para superar las insuficiencias de la igualdad de oportunidades, en la que son elementos constitutivos tanto las capacidades como los funcionamientos, dado que no bastan las oportunidades de funcionamiento, sino que es preciso tener la capacidad de funcionar (Cfr. SEN, A. K., *Bienestar, justicia y mercado*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 1997; SEN, A. K., *Nuevo examen de la desigualdad*, Alianza Editorial, Madrid, 2004; SEN, A. K., *La idea de la justicia*, Taurus, Madrid, 2010. Vid. HERNÁNDEZ, A., *La teoría ética de Amartya Sen*, Siglo del Hombre Editores / Universidad de los Andes, Bogotá, 2006, pp. 123-228; Urquijo Angarita, M. J., "La teoría de las capacidades en Amartya Sen", en EDETANIA, 46, Diciembre 2014, pp. 63-80). En la misma línea podría situarse e interpretarse el enfoque de las capacidades para la defensa de una vida buena de Martha Craven Nussbaum (NUSSBAUM, M. C., *Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades*, Herder Editorial, Barcelona, 2002; NUSSBAUM, M. C., *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 2007; NUSSBAUM, M. C., "Los sentimientos morales y el enfoque de las capacidades", en *Claves de Razón Práctica*, 169, Enero-Febrero 2007, pp. 28-35; NUSSBAUM, M. C., *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 2012).

Germán Marquínez, en una ponencia sobre la educación en Zubiri que presentó en el V Congreso Internacional de Filosofía Latinoamericana, mostraba que «lo que la educación aportaría al hombre, en tanto que autor y actor, no sería mayor madurez, sino más posibilidades que lo capacitan y unas capacidades que lo plus-posibilitan. Radicalmente se trataría de un proceso de capacitación posibilitante»²³. Tesis que Marquínez Argote apoya en lo dicho por Zubiri acerca de la historia, puesto que, según él, «lo que se afirma de la historia en general, se puede aplicar a la educación en tanto que proceso histórico»²⁴. En la parte del curso sobre las dimensiones del ser humano dedicada a la dimensión histórica, decía Zubiri que «el individuo adquiere y pierde capacidades por su vida personal, por su educación, por su enseñanza, por su posible “tratamiento” somático, psíquico y social. En el orden de la historia en sentido modal, esto es también evidente. El hombre de hoy no es más maduro que el de hace quinientos siglos, sino que es más capaz que éste. Entre los dos ha mediado una producción de algo que en realidad no era. ¿De qué? No simplemente de posibilidades operativas, de disposiciones, sino de algo más radical: de capacidades. Gracias a ellas tenemos hoy posibilidades de que carecía el hombre de Cromagnon»²⁵. Queda así justificada la equiparación que Germán Marquínez Argote hace entre historia y educación, pudiéndose aplicar a ésta lo afirmado sobre aquélla²⁶. El sistema educativo es, por tanto, la institución social y socializadora de la capacitación y la posibilitación humanas, en el ciclo capacidad-posibilidad-capacitación: la que puede y deber ser garante tanto del desarrollo y la mejora de las capacidades innatas como de la construcción y la promoción de las capacidades adquiribles, la que encamina pertinentemente las posibilidades potenciales y factibles y encauza óptimamente las posibilidades construidas y apropiadas, para conseguir que sea real y efectivo el pleno desarrollo de la personalidad humana de los seres humanos como objetivo de toda educación, según se dispone y proclama, por ejemplo, en el punto 2 del artículo 26 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.



Xavier Zubiri ha realizado asimismo algunas afirmaciones expresas sobre la educación. A ellas me referiré en el próximo número de *Bioética Complutense*.

José Antonio Martínez Martínez,
Doctor en Filosofía y Catedrático de Bachillerato

²³ MARQUÍNEZ ARGOTE, G., “La educación como proceso de posibilitación y de capacitación en Xavier Zubiri”, en *Ponencias (1ª parte) del V Congreso Internacional de Filosofía Latinoamericana*, Universidad de Santo Tomás-USTA, Bogotá, 1989, p. 450.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ VV. AA., *Realitas I (1972-1973)*, p. 53, y ZUBIRI, X., *Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica*, p. 155.

²⁶ Cfr. MARQUÍNEZ, G., *Realidad, posibilidad, religión: historia de tres palabras*, Centro de estudios cervantinos, Madrid, 1ª edic., 2012, pp. 73-96. Vid. GRACIA, D., “La historia como problema metafísico”, en VV. AA., *Realitas III-IV (1976-1979)*, Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid, 1979, pp. 79-149; ELLACURÍA, I., *Filosofía de la realidad histórica* (edición de Antonio González), Editorial Trotta/Fundación Xavier Zubiri, Madrid, 1991, p. 387 y ss., en especial pp. 406-446; y NIÑO, F., “Una educación para saber estar en la realidad”, en MARQUÍNEZ, G. y NIÑO, F. (editores), *Introducción a la filosofía de Xavier Zubiri*, Editorial El Búho, Bogotá, 1ª edic., 2009, pp. 129-144.

Me da que pensar... la comunicación desde el punto de vista antropológico

La reflexión de hoy es sobre la importancia de gestionar adecuadamente la comunicación en la relación clínica. No me estoy refiriendo a la comunicación entendida como el envío de información a pacientes y las cuestiones relativas a si entendieron adecuadamente el contenido del mensaje. Me interesa el punto de vista antropológico de la comunicación, especialmente la afirmación de que **el ser humano no puede no comunicar**, en toda relación que los seres humanos establecen están comunicando.

Watzlawick señala en su libro *Teoría de la comunicación humana*¹ que la comunicación no debe entenderse sobre la base de un modelo acción-reacción, por complejo que éste se formule. Entiende que existen tres áreas en la comunicación, la sintáctica, la semántica y la pragmática, esta última es la que está relacionada con la conducta. El autor del libro considera que **la conducta es comunicación** y que **estamos inmersos en un proceso de comunicación**. Birdwhistell va más allá y sugiere que el individuo no comunica, sino que **participa en la comunicación**.

El **ser humano** tiene tres dimensiones: psicológica, biológica y **social**. Aunque hay quien considera que tiene también una cuarta dimensión, la espiritual. De entre ellas, la **social** es la que nos interesa resaltar. El ser humano **vive en sociedad, necesita ser reconocido como un igual por los otros, necesita de los demás para "ser"**. La característica de ser vulnerable que apreciamos en el ser humano muestra la necesidad de ser cuidado, y, al mismo tiempo, la consciencia de esa vulnerabilidad está en la

base del impulso de ayudar/cuidar a otro ser humano que sentimos.

Podemos dar un paso más pensando en que **el ser humano es un sistema complejo**², es decir que funciona como un todo y que **no puede ser entendido como la suma de las partes**. Cualquier cambio producido en una de sus partes afecta al funcionamiento del todo en su conjunto. Una enfermedad que afecta a la dimensión biológica va a dar lugar a cambios en otras dimensiones, por ejemplo en la social. Cuando un individuo enferma se altera también el entorno en el que se desenvuelve, especialmente en la familia o las personas más allegadas, también el entorno del trabajo, si es que lo desempeña, se ve afectado.

La dimensión social del ser humano encaja con la visión del ser humano como sistema complejo, de manera que funciona como un todo independiente de la función de las partes. También encaja en este puzzle esa característica del proceso de comunicación en el que está inmerso el ser humano, y que posiblemente es uno de los mecanismos que posibilitan el funcionamiento del sistema complejo que es un ser humano, trascendiendo más allá de sí mismo en su relación con los demás.

Y finalmente qué tiene esto que ver con los profesionales sanitarios: en principio son seres humanos, y por tanto participan de todo lo mencionado anteriormente. Así pues están en ese proceso de comunicación, y es en él donde se establece la relación clínica.

La relación clínica es una relación de ayuda, una relación que el ser humano establece cuando se manifiesta su vulnerabilidad en el ámbito biológico o psicológico, en ese momento acude a los profesionales sanitarios en busca de ayuda. Es el momento en que **se manifiesta la**

¹Watzlawick, P.; Beavin Bavelas, J. y Jackson D.D.; Teoría de la comunicación humana. Barcelona.Herder.1997

²Jinich H. La relación médico-paciente. *Medicina Universitaria* 2002;4(14):36-42.

vulnerabilidad de la que hablábamos en un párrafo anterior. A la vez, por **parte de los profesionales, hay un impulso de ayuda en el marco de la relación** sanitaria. Cada profesional aporta sus conocimientos para resolver, si es posible, el problema. No siempre es posible la solución. Los conocimientos en el ámbito de la salud han crecido de manera exponencial y **la elección de qué aplicar no es fácil**, pero eso no significa que siempre haya una solución al problema de salud. **La atención no es solo cuestión de un profesional**, debido al importante volumen de conocimientos acerca de la salud. En cualquier caso, dar **respuesta a ese impulso de ayudar** o de cuidar, o de dar respuesta a la vulnerabilidad de otro ser humano **se hace desde ese estar inmersos en el proceso de comunicación. La forma en que se maneje ese proceso es crucial para el logro de los objetivos como profesionales.** Además de conocimientos y habilidades en el desempeño de la profesión, es fundamental saber que a los profesionales también les afecta el entorno, que todos los días no están igual, que todas las personas a las que prestan asistencia no son iguales para quien presta la asistencia, a veces “falta química”, lo cual exige un esfuerzo adicional por parte del profesional para relacionarse adecuadamente con el paciente y prestar una asistencia de calidad.

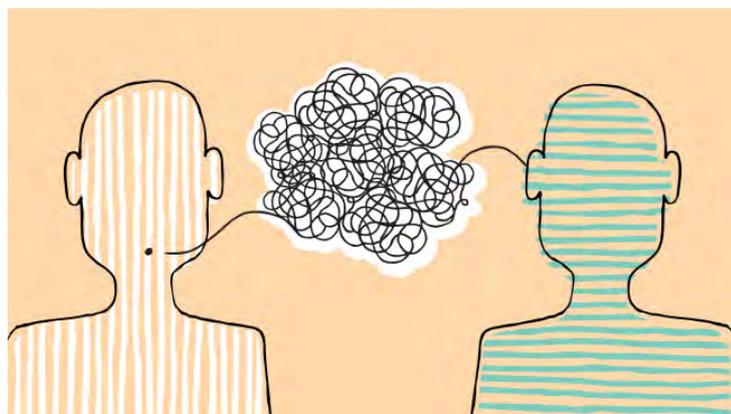
El mero hecho de **ser conscientes de que no se puede no comunicar, es un paso importante para gestionar adecuadamente la relación que se establece con los pacientes y la relación que se establece entre los compañeros en el marco de la relación clínica.** No se puede perder de vista que esa idea de funcionar como un todo también está relacionada con el funcionamiento de los equipos sanitarios. **Cada profesional no es una isla con un paciente**, independiente del resto del equipo, la calidad de la asistencia también dependerá del manejo de la relación entre los profesionales.

La mejora que se produce simplemente con darse cuenta de la inmersión en el proceso, no solo beneficia a los pacientes que reciben una mejor asistencia. Los profesionales también son conscientes de que los resultados de su trabajo dependen no solo de lo bien que hagan su trabajo, sino también de lo que hagan sus compañeros, dependen de los propios pacientes, y, cómo no, del azar. Este darse cuenta de cómo y dónde estamos los profesionales, de que **tenemos una cuota importante de responsabilidad en el logro**

de los objetivos, evita que en ocasiones carguemos con más responsabilidad de la que nos corresponde. Y también nos ayuda a ver **la importancia de manejar adecuadamente las relaciones con los compañeros en aras de un buen funcionamiento del equipo sanitario.** Además del beneficio para el paciente, los profesionales nos sentimos más satisfechos con nuestro trabajo. Y la satisfacción es un elemento crucial para evitar el síndrome del quemado que tanto daño hace.

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

Correo electrónico: graciaal@gmail.com





Reseña de Libros

De pronto, mi cuerpo. Una memoria

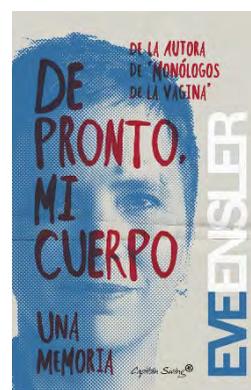
E. Ensler

Traducción de E. Odriozola. Capitán Swing Libros. Madrid, 2015. 182 pp.

«Somos la gente del segundo aliento. Los que hemos sido debilitados, reducidos y minimizados sabemos quiénes somos. Dejémonos ser captados. Transformemos nuestro dolor en poder, nuestro victimismo en fuego, nuestra autocompasión en acción, nuestra obsesión por nosotros mismos en servicio, en fuego, en viento. Viento. Viento. Sé transparente como el viento, sé tan posible, incansable y peligroso, sé lo que mueve las cosas hacia delante sin necesidad de dejar huella, sé parte de esa colección de moléculas que comienza en algún lugar desconocido y no puede dejar de elevarse. Elevarse. Elevarse. Elevarse.» (p. 179)

Con estas líneas concluye un libro cuyo párrafo final del primero de los capítulos o apuntes biográficos que lo componen —“escanogramas” los denomina la autora— recoge el “a modo de presentación” siguiente:

«Este libro es como un escáner TAC, un examen itinerante, que captura imágenes, experiencias, ideas y recuerdos que, todos ellos, empezaron en mi cuerpo. En cierto modo, la única forma en la que podía contar esta historia es como un escáner. El hecho de ser cortada, cateterizada, quimiotizada, drogada, picada, pinchada, sondada y porteada hace imposible una narrativa tradicional. Cuando te diagnostican cáncer, el tiempo cambia. Se acelera con locura y se paraliza completamente a la vez. Todo sucedió con rapidez. Siete meses. Impresiones. Escenas. Rayos de luz. Escanogramas.» (p. 16)



La autora de esta obra, publicada en 2014 con el título *In the Body of the World: A Memoir*, es la estadounidense Eve Ensler, dramaturga, activista social y feminista, que se dio a conocer internacionalmente por su obra teatral *Los monólogos de la vagina*, estrenada el 3 de octubre de 1996 en el Centro de Arte HERE de Nueva York (su primera versión fue publicada ese mismo año y su traducción al castellano en 2002). El texto fue compuesto tras mantener entrevistas sobre relaciones amorosas, sexo y violencia doméstica con unas doscientas mujeres: está inspirada —dijo Ensler— en todas las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual y violación en todo el mundo. Dos años después fundaría el proyecto V-day (la V se refiere a “vagina”, “victoria” y “san Valentín”, ya que el día oficial de la celebración de sus campañas y eventos tiene lugar el 14 de febrero; cfr. <http://www.vday.org/>, <http://www.vday.org/es/about.html>), un movimiento global sin ánimo de lucro que busca establecer una conexión entre el amor y el respeto a las mujeres, al objeto de poner fin a la violencia de género contra las mujeres y las niñas y acabar con el feminicidio.

La también autora de *Fear No More: Stop Violence Against Women* (2002) nació en el seno de una familia judía. Siendo niña, su padre abusó de ella, mientras su madre se mostraba fría y distante para con ella. En 1975 se graduó en la universidad Middlebury College. Entre 1978 a 1988 estuvo casada con Richard McDermott, padre del actor Dylan McDermott. A sus 26 años adoptó legalmente a Dylan McDermott, quien contaba con 18 años de edad... A partir de 2007, la República Democrática de Congo se apropió de su persona, según Eve Ensler reconoce. Estaba construyendo un centro para mujeres cuando le diagnosticaron un cáncer de útero, un tumor que a parir del vientre se había extendido por el cuerpo. Era el año 2010. Tenía 57 años. Se esforzó y luchó por sobrevivir durante los siete meses siguientes... El tiempo transcurrido desde el instante en que conoce el diagnóstico de un cáncer de cérvix muy avanzado hasta el momento en que puede afirmar aliviada que lleva más de doce meses sin huella alguna de la enfermedad en su cuerpo es el que abarca esta memoria de un ser corpóreo y mundano que también se siente unido al cuerpo del mundo.

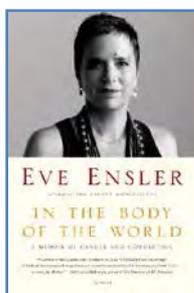


Entre los cincuenta y tres escanogramas, junto a referencias al cáncer («El cáncer está básicamente incluido en nuestro ADN; nuestra autodestrucción, programada en nuestro diseño original: biológica y psicológicamente. La mayoría de nosotros pasamos los días matándonos consciente o inconscientemente. Consideremos: construir una planta de energía nuclear en una falla cerca del agua; envenenar la tierra que nos alimenta, el aire que nos permite respirar; fumar, consumir drogas; violar a nuestros niños, que se supone que nos cuidarán de viejos; violar en masa a mujeres que llevan el futuro en sus cuerpos; sobrealimentarnos o matarnos de hambre para tener un cierto aspecto; practicar el sexo sin

protección en la era del sida. Somos un conjunto suicida, lanzados a la autoeliminación. Y ahora me metían un tubo por la nariz, que bajaba por la garganta a las tripas, como si me hubiera envenenado.» [pp. 161-162]), a la quimioterapia («La quimio no es para ti. Es para el cáncer, para todos los crímenes del pasado, para tu padre, para los violadores, para los autores de los crímenes. Ahora les vas a envenenar y ya nunca volverán. La quimio purgará la maldad que fue proyectada hacia ti pero que nunca fue tuya. Tengo una fe absoluta en tu resistencia y en la capacidad mágica de tu cuerpo y tu alma para curarse. Tu tarea es dar la bienvenida a la quimio como a un guerrero empático que llega para rescatar tu inocencia matando al autor del crimen que se metió dentro de ti. Tienes muchos cuerpos; de este momento de transformación con amor y cuidados nacerán otros cuerpos nuevos. Cuando te encuentres fatal o con náuseas, piensa en lo duramente que la quimio está luchando por ti y por los cuerpos de todas las mujeres, devolviéndoles la entereza, la inocencia, la paz. Recibe a la quimio como a un guerrero empático», en palabras de Sue, la “cirujana psíquica”.» [p. 93]), a la muerte («He sufrido la «cuestión de la muerte» en librerías, en la ducha, mientras trabajaba, en la cama. La he sufrido en pesadillas y me he despertado literalmente jadeando. Me pasaba tan a menudo que podía provocarla, lo que empecé a hacer en un intento de controlarla o dominarla. Ahora estoy en la muerte. Ya no es una mera cuestión. No es una imagen o algo que podría suceder. Es algo que sucederá. Algo que ya ha comenzado. Tengo una enfermedad catastrófica. Mucha gente muere de ella. Podría estar muerta pronto. La gente recomienda no pensar así. Pero me pregunto por qué o cómo no pensar en la cosa más importante que me va a suceder.

La muerte es lo que terminará mi existencia y convertirá mi cadáver en polvo y huesos, lo que hará por siempre imposible mirar a las estrellas o pasear durante los primeros días de la primavera, o reírme, o mover las caderas cuando alguien está dentro de mí. Creo que llorar me ayudará. Lloraré hacia la muerte.» [p. 135]), hay también lugar para recordar y aludir a su hijo («Tengo cincuenta y seis años. A ti te faltan dos años para cumplir cincuenta. Quizá justo ahora no tengo respuestas. No para ti, hijo mío. Para nadie. Quizá la marea alta arrastró nuestra canoa cuando no estábamos mirando y estamos en alta mar de repente. Quizá lo único que hacemos ahora es remar y movernos con las corrientes y abrazarnos cuando hay oleaje y ser felices si desembarcamos y cuando y donde desembarquemos. Quizá ya no tengo nada que ofrecer, solo este vacío que estoy dispuesta a compartir.» [p. 58]), al Congo: el de antes («Ven a cuidar a otros, escucha sus historias y su dolor, y puedes acabar contrayéndolo tú también. Entonces, inmediatamente después de la operación, los doctores me dicen que han descubierto algo en mi interior que rara vez han visto antes. Las células del cáncer endometrial (uterino) han creado un tumor entre la vagina y el intestino y han «fistulizado» el recto. Básicamente, el cáncer había hecho exactamente lo mismo que lo que la violación había hecho a miles de mujeres en el Congo. Terminé por pasar por la misma cirugía que muchas de ellas.» [p. 43]) y el de después («Regreso con mis doctores: el doctor Sean y la doctora Deb, de la Mayo. El doctor Sean, que me quitó el útero y descubrió mi fistula, se ha ofrecido, para mi asombro y alegría, a venir al Congo y ofrecer cirugía a las mujeres del hospital Panzi, y la doctora Deb aconsejará y apoyará. Han traído toneladas de equipamiento médico. Forman un séquito de amor y curación. Yo regreso calva y nueve kilos más delgada. Las mujeres no saben cómo interpretarlo. De repente siento mi cabeza desnuda como un privilegio demencial: toda la atención y cuidados que he recibido. Me da vergüenza la cantidad de dinero (del seguro), equipamiento, curaciones, cirujanos, enfermeras y medicinas empleadas en salvarme.

Estas son las mujeres que han estado rezando por mí. Cuando las mujeres constructoras de la Ciudad de la Alegría me ven, bailan bajo la lluvia en el barro. Bailo con ellas. La Ciudad de la Alegría no está terminada.» [p. 163]), al amor («He amado. Esa energía que me impulsó por todo el planeta, He amado a algunos inmediatamente y durante poco tiempo y a otros lentamente y para siempre. No podría decir que los hombres con los que he terminado viviendo o acostándome fueran amores más importantes. Esos amores duraron más, de una manera más organizada, comprometida y cotidiana. Eso fue bueno y no bueno. El amor está siempre en expansión y, por lo tanto, necesita espacio, aire, movimiento, libertad. Siento que soy mucho más amorosa cuando no he llegado a acuerdos sobre cómo voy a amar.» [pp. 140-141])



En este libro estamos ante el relato biográfico de y sobre un cuerpo doliente de mujer, una narración apasionada y dolorosa que nos provoca e interroga acerca de la condición y la integridad humanas; el testimonio, en fin, de una mujer enfrentada al trauma y la agonía de una enfermedad, atemorizada por una amenaza de muerte y en lucha por sobrevivir, en el presente de nuestro mundo actual, a partir de su deseo tanto de saber lo que le sucede como de poder tolerarlo y superarlo para seguir viviendo.

Sobre la autora ha dicho la escritora chilena Isabel Allende que «su ira es como el fuego, y la pasión de su escritora sonajeros de su alma»; del libro la periodista e investigadora canadiense Naomi Klein ha afirmado que es «una de las obras más valientes y originales de nuestro tiempo» y el crítico Luis Pardo ha escrito: «Un libro duro con final feliz... Un *happy end* que sabe a gloria al lector de este libro que formula una defensa del coraje y la bondad como estilos de vida».

José A. Martínez M.



Reseña de Libros

Neuroeducación en virtudes cordiales.

Cómo reconciliar lo que decimos con lo que hacemos

María José Codina

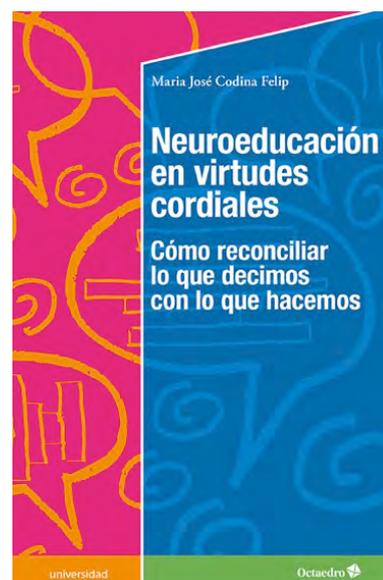
Octaedro, Barcelona, 2015. 172 pp.

Es muy importante estudiar Bioética, pero tan importante como eso es poder enseñarla de un modo exitoso. En la actualidad reivindicamos a menudo que se impartan asignaturas de Bioética en los grados de Medicina, Enfermería, y de todas las profesiones sanitarias, pero ¿estamos sabiendo transmitirla a nuestros alumnos y alumnas? ¿Estamos teniendo éxito en la conformación de su carácter para que quieran vivir la profesión de acuerdo a los bienes internos que la legitiman? Si algo ha quedado claro en los tiempos en los que nos encontramos, es que el progreso científico y técnico no ha implicado, en absoluto, el progreso moral requerido. No estamos a la altura de las circunstancias, y de ahí, la situación de crisis ética generalizada en la que estamos inmersos. Precisamos de una nueva educación que haga calar en el carácter de los alumnos y alumnas la esencia de la Bioética, y de la Ética en general.

Este es el propósito del libro que aquí se presenta, *Neuroeducación en virtudes cordiales. Cómo reconciliar lo que decimos con lo que hacemos*, de la Doctora en Filosofía María José Codina Felip, y publicado en la Editorial Octaedro. La autora toma como punto de partida que, si sabemos lo que queremos valorar y proteger, a saber, la irrenunciable dignidad del ser humano y los derechos fundamentales, por qué nuestras acciones contradicen a nuestro discurso. ¿Por qué existe tal contradicción entre lo que decimos y lo que hacemos? De ahí que se plantee el estudio de las virtudes como elemento nuclear de la educación. Codina, quien inició su investigación en virtudes en el campo de la Bioética, realizando una estancia de investigación con Tom L. Beauchamp, en la Georgetown University, amplió su área de estudio a la Neuroeducación. En esta obra propone aprovechar los avances neuroeducativos más recientes con la educación en unas virtudes cordiales, que son procedimentales y universalmente válidas y asumibles por cualquier sujeto.

La Neuroeducación es la nueva disciplina que aúna neurociencia, psicología cognitiva y educación. En el libro se define como la confirmación neurocientífica de las mejores prácticas educativas. Esta nueva disciplina nos muestra a los docentes cómo podemos aprovechar los conocimientos que ahora tenemos sobre el cerebro humano para maximizar la potencialidad del proceso de enseñanza-aprendizaje. En el libro, Codina hace una presentación sistemática de los principios de la Neuroeducación como nueva disciplina, al tiempo que explica con detalle sus conceptos más importantes, como el hallazgo de la neuroplasticidad, la existencia de periodos sensibles, y la neurogénesis a lo largo de la vida de los individuos. De sumo interés es el extenso capítulo que dedica Codina a los Neuromitos. Presenta un completísimo listado de 33 Neuromitos Educativos, donde detalla y explica por qué cada uno de ellos es un mito a desmontar, deteniéndose a explicar con mayor detalle los que están más consolidados: la teoría de las inteligencias múltiples, los estilos de aprendizaje, los entornos enriquecidos, la dominancia de un hemisferio, y la kinesiología educativa. A partir de ahí explica la importancia de la formación neurocientífica en aquellas personas que van a dedicarse a cualquier tipo de docencia, con el fin de conocer cómo aprende el cerebro de sus alumnos, y poder diseñar metodologías para enseñar mejor. La nueva figura profesional que presenta Codina es la de los neuroeducadores.

La obra en cuestión posee una sólida fundamentación teórica, puesto que detalla una extensa bibliografía de los estudios más novedosos al respecto, y además, es fruto de la investigación llevada a cabo por Codina en su tesis doctoral titulada *Neuroeducación en virtudes cordiales. Una propuesta a partir de la neuroeducación y la ética discursiva cordial*, defendida en Junio de 2014 en la Universitat de València. Pero Codina pretende ir más allá y aportar propuestas prácticas que puedan aplicarse al día a día en la tarea educativa. Con este fin, detalla una serie de



interesantes aplicaciones prácticas neuroeducativas como son la cronoeducación, la utilización del sistema de recompensa-dopamina en el aprendizaje, estrategias para la creación de patrones para mejorar la memoria, o cómo aprovechar el conocimiento sobre el funcionamiento del sistema de activación reticular (SAR) en el aula.

Todas estas prácticas neuroeducativas se presentan como favorecedoras de un aprendizaje significativo y real. Pero María José Codina plantea en este punto la importancia de la dirección en la que ha de apuntar la educación. Basándose en la Ética de las Profesiones, propone una educación en virtudes que favorezca la forja de un sujeto que Codina denomina “sujeto cordial”, y que define como aquel sujeto que quiere actuar y actúa buscando la justicia global de manera compasiva y crítica. Las virtudes en las que propone la autora que hay que educar son, entre otras, la apertura al diálogo, tener voluntad de defender intereses universalizables, dejarse convencer por la fuerza del mejor argumento, el respeto activo, la creatividad, la esperanza, y la cordura. Estas virtudes tienen su arraigo filosófico en la Ética de la Razón Cordial de Adela Cortina.

Pero, ¿por qué defiende Codina que la neuroeducación es el programa idóneo para educar en virtudes cordiales? La respuesta que ofrece es que las virtudes, al ser por definición buenos hábitos adquiridos que implican la práctica de los mismos, solo pueden enseñarse mediante dicha práctica. Las virtudes solo se aprenden siendo virtuoso. Puesto que la práctica repetida de cualquier acción genera las redes neuronales necesarias en el cerebro para “automatizarla”, convirtiéndola en “hábito”, este tipo de educación en virtudes ayuda a la forja de un carácter cordial que busque la justicia y la práctica profesional guiada por el bien interno de la misma.

En conclusión, Codina defiende que la neuroeducación en virtudes cordiales ayuda a educar en lo que es coherente con lo que hemos acordado entre todos que es valioso defender: la irrenunciable dignidad, la autonomía y los derechos fundamentales de todo ser humano.

De ahí que esta obra sea de gran utilidad para todos aquellos que nos hayamos en la tarea de enseñar Bioética y que, con ello, busquemos formar a mejores profesionales que persigan la meta de construir, entre todos, un mundo más justo y solidario.

Juan Carlos Siurana





Reseña de Libros

La ley del menor

Ian McEwan

Anagrama, Barcelona, 2015. 216 pp.

La Fe, esa pulsión ilógica que hace a la gente actuar de modo extraño: no dejarse trasfundir para salvar la propia vida, ...o poner bombas menospreciando vidas ajenas, y que parece ser el tabú del siglo XXI, será el tema central de esa novela que nos pasea por las inseguridades, miedos e incertidumbres de quien tiene que tomar decisiones difíciles que atañen a otras vidas; y por la ingenuidad, temores e inseguridades del adolescente enfermo en su proceso de tránsito hacia la

madurez.

¿Qué diferencia existe entre tener 17 años y 9 meses, a tener 18 años?

Esa sutil franja que delimita la mayoría de edad, tiene implicaciones legales importantes, porque, independientemente de la madurez y capacidad de decisión reales, por debajo de los 18 impera La Ley del Menor.

El libro, desarrollado en el ámbito judicial anglosajón, trata de forma magistral el debate sobre la validez de la autonomía del menor, la solidez o no de sus creencias, la vulnerabilidad de la adolescencia, su capacidad para dejarse impresionar por un modelo de adulto idealizado. La huella que, de forma imperceptible, imprimimos los adultos en conciencias jóvenes con nuestra forma de ser y actuar, y las posibles repercusiones que dicha impronta dejará en el espíritu del que lucha por encontrar su lugar en el mundo. Todo ello, a través del caso de un adolescente próximo a la mayoría de edad que rechaza, en base a la fe en la que ha crecido por nacer en una familia de testigos de Jehová, una trasfusión de sangre que puede salvarle la vida.

El tema, aunque claramente judicial, apunta a un cambio de paradigma a través de la actitud de la jueza que decide salir de detrás del montón de papeles que atiborra su mesa para conocer, de primera mano, la situación que, con urgencia requiere su dictamen. La interacción entre la jueza y un adolescente inteligente, sensible y romántico, sacará a la luz las incertidumbres y esperanzas reales del menor y, sin duda, determinará la decisión de la sentencia.

Pero ¿fue la mejor decisión?. A partir de los 18 años, al mismo adolescente ya no le protege la Ley de sí mismo, y sin embargo su alma sigue en idéntico estado de vulnerabilidad. ¿Heredamos las creencias transmitidas por tradición familiar?, ¿nos atrevemos a cuestionarlas?, ¿cuánto tiempo es necesario para fundamentar nuestras propias convicciones?, ¿qué asideros tendremos a nuestro alcance para no caer?, ¿y si los asideros con los que contamos no existen?.

Con la reciente *Ley 26/2015, de 28 de Julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*, mediante la cual se atribuye a la autoridad judicial la decisión final en aquellas tomas de decisiones contrarias al mayor beneficio para la vida o la salud del menor, este libro no puede por menos de hacernos reflexionar sobre la pertinencia de escuchar a los adolescentes en un espacio libre de posibles coacciones familiares, sociales o sectarias. Y plantearnos la tenue línea que atraviesa la adolescencia, truncada de golpe por una fecha definida por Ley: la del decimotavo cumpleaños.

Otro tema de reflexión viene de la mano, una vez más, de la mujer, exigente en su papel de profesional altamente cualificada, que antepone sus responsabilidades laborales al día a día de su vida íntima, aquélla que sustenta su bienestar y que de forma imperceptible se desmorona a su alrededor y termina pasando factura.

Y es que, en el fondo, todos estamos un poco solos.

María Tasso Cereceda

Magíster en Bioética
Mediadora Civil, Mercantil y Sanitaria
Miembro del Grupo de Bioética de la SVP
Miembro del Comité de Bioética de la AEP





Reseña de Libros

Ética y derechos humanos en la era biotecnológica

Jose M^a Rodríguez Merino
Dykinson, Madrid, 2015 (4^a edición). 278 pp.

El objetivo del libro es dar a conocer el término creado por el autor: *biotecnética*. A la expresión de *bioética* (V.R.Potter 1971) se introduce el término griego “techne”.

La cuarta edición no sólo intenta reseñar los avances de las biotecnologías y de la ingeniería genética, que tratan de *reparar* órganos y/o *regenerar* células o neuronas con el fin de prevenir el envejecimiento o curar enfermedades hasta ahora incurables, sino también, de modificar genes para *editar* y/o *diseñar* organismos, simples como una bacteria o complejos como un ser humano, siendo su *inteligencia* el más claro “objeto de deseo” de las multinacionales.

La aplicación de los conocimientos biotecnológicos al progreso biomédico y al mejoramiento humano hace emerger el nuevo paradigma biotecnético. Ya que los avances en la modificación de la materia viva van cambiando los esquemas intelectuales, mentales, morales y legales, a la vez que alteran el modo de vivir, de pensar, de comportarse y de relacionarse, incluido el diseño del mismo ser humano.

Cada día se hace más necesaria una *deliberación* entre biotecnología y ética, y una reflexión de modo interdisciplinar, de tal manera que se llegue a gestionar con responsabilidad, precaución y transparencia el creciente poder biotecnológico. A la vez, que se deben defender los valores y los derechos de los seres humanos en todas sus dimensiones, es decir, que la ética no sea una dimensión perdida en el océano biomédico. En este contexto, es donde cobra su máximo valor el término *biotecnética*.



José M^a Rodríguez Merino

Filósofo y experto en Bioética.

Doctor en Filosofía por la Universidad Autónoma de Madrid 1989 (UAM). Máster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid 1996 (UCM) dirigido por el Profesor Diego Gracia. Profesor de *cursos especializados* en Bioética.

Es autor de varios libros entre los que destacan: *Ética y derechos humanos en la era biotecnológica*, Dykinson, Madrid, 2015 (4^aedic), 278 pp.; *Bioética y derechos emergentes*, Dykinson, Madrid, 2011 (en preparación 2^a edic), 260 pp.; & Fundación Vivanco, *Resveratrol y longevidad: deliberaciones en torno a la aportación del vino a las distintas bioéticas*, Endymion, Madrid, 2015 (2^a edic.), 50 pp. (Proyecto: Enoética & Vino y Bioética).

Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

Farhad es un inmigrante de 69 años de edad, de Irán, que acude al servicio de urgencias de un hospital porque ha tosido sangre. Presenta tos, fatiga, dolor en el pecho, dificultad para respirar y dolores de cabeza. Los médicos determinan que debe ser ingresado para realizar un examen más a fondo (radiografía de tórax, TAC, mediastinoscopia).

Tanto los médicos como el personal de enfermería tienen dificultades para completar la historia clínica porque Farhad apenas habla español. Afortunadamente viene a visitarlo un hijo que lo habla bastante bien, aunque sus visitas son esporádicas y con horarios diversos. Además, el paciente parece muy incómodo cuando su hijo contesta preguntas sobre su salud o la de su familia. Algunas veces también viene su esposa, que sólo habla farsi.

Dos días después del ingreso, el médico responsable, Simón, va a hablar con Farhad de los resultados de las pruebas. Al llegar, encuentra al paciente acompañado de su hijo y de la esposa. Le pregunta al hijo si puede traducir lo que tiene que decirle, y él está de acuerdo. Con tono serio pero amable le dice a Farhad, mirándole a los ojos, que tiene un cáncer de pulmón de células pequeñas.

Después de un momento de silencio, el hijo se vuelve hacia su padre y le dice en farsi que el médico cree que está muy enfermo, con algunos "crecimientos" en su cuerpo. Simón comenta que las expectativas de supervivencia son pocas, y levanta dos dedos de la mano para explicar que hay dos tratamientos posibles: quimioterapia y radioterapia. El médico opina que habría que comenzar por la quimioterapia, aunque, dado lo avanzada que está la enfermedad, es poco probable que se logre una curación completa.

El hijo se vuelve hacia su padre y también levanta dos dedos, diciendo que, según el médico, Farhad tiene que hacer dos cosas para curarse: comer bien y descansar. Le indica que le van a dar unos medicamentos muy fuertes para que mejore. El paciente parece preocupado, y pregunta en qué consisten esos medicamentos.

El hijo traduce su pregunta, y el médico explica en qué consiste el tratamiento con quimioterapia, y qué tipo de efectos secundarios tiene (náuseas, vómitos, fatiga, riesgo de infección, etc.) y comenta que podría durar varias semanas.

El hijo le explica a su padre básicamente lo que ha dicho el médico, evitando utilizar la palabra "quimioterapia". Entonces Farhad dice que no quiere tratamientos tan fuertes, que posiblemente esto le produciría mucho sufrimiento a él y a su familia, y que prefiere cuidar su dieta y descansar para recuperarse. El hijo traduce esta respuesta al médico.

Simón se sorprende por esta decisión, pero considera que debe dejar tiempo al paciente para que asimile el impacto de la información recibida y se despide de él y de su familia, agradeciendo al hijo su traducción.

Dos días más tarde, Simón vuelve a visitar al paciente. Antes de entrar en la habitación se cruza con el hijo, y le pregunta si su padre ha cambiado de opinión. El hijo parece algo molesto por la pregunta, comenta con evasivas que lo más importante es que Farhad esté cómodo y que lo cuiden bien, y que sería mejor no molestarlo con más información ni datos que puedan preocuparle. Simón se queda intranquilo. Teme que el hijo no le haya transmitido bien la información a Farhad.

Comentario

Deliberación sobre los hechos

El cáncer pulmonar de células pequeñas (CPCP) es un tipo de cáncer de crecimiento rápido. Se disemina mucho más rápidamente que el cáncer pulmonar de células no pequeñas. Existen dos tipos

diferentes de este cáncer: el carcinoma de células pequeñas (cáncer de células en avena) y el carcinoma combinado de células pequeñas. La mayoría de los cánceres pulmonares de células pequeñas corresponden al primer tipo.

El CPCP es la forma de cáncer pulmonar más agresiva. Generalmente comienza en los bronquios. Aunque las células cancerosas son pequeñas, crecen rápidamente y forman tumores grandes. Estos tumores a menudo hacen metástasis en otras partes del cuerpo, como el cerebro, el hígado y los huesos.

Alrededor del 15% de todos los casos de cáncer pulmonar son CPCP. Este tipo de cáncer es ligeramente más común en los hombres que en las mujeres. Y casi todos los casos se deben al tabaco. El CPCP es muy poco común en personas que nunca han fumado.

El tratamiento con quimioterapia y radioterapia se realiza incluso cuando el cáncer se ha diseminado, aunque en tal caso sólo puede aliviar los síntomas y prologar la vida (entre 6 y 12 meses), sin expectativas de curación total. En casos infrecuentes, si el CPCP se diagnostica pronto, el tratamiento puede llevar a una cura a largo plazo.

El pronóstico depende de cuánto se haya diseminado el cáncer pulmonar. Este tipo de cáncer es altamente letal, con escasa supervivencia 5 años después del diagnóstico.

Deliberación sobre los valores

Problemas éticos detectados

¿Deberíamos asegurarnos de que Fahrad ha comprendido la gravedad de su enfermedad?

¿Es adecuado sospechar de la información (traducción) que el hijo ha transmitido a su padre? ¿No podría esto suponer una desconfianza que enturbie la relación clínica?

¿Debe el médico insistir en el tratamiento con quimioterapia, teniendo en cuenta las pocas probabilidades de curación que tiene?

¿Es aceptable que el paciente no reciba más información, evitando así que se preocupe y sufra, como indica el hijo?

¿Debe el médico intentar hablar con la esposa?

¿Puede el médico aceptar el rechazo del tratamiento, asumiendo que es una decisión voluntaria y bien informada? ¿Se puede considerar una denegación de consentimiento informado válida?

¿Debe el médico asegurarse de la capacidad de Fahrad para tomar esta decisión?

¿Está vulnerando el médico el derecho a la confidencialidad del paciente, al utilizar al hijo como traductor cuando le da la información?

¿Debe tener en cuenta el médico la religión de Fahrad y valorar si es la razón de su negativa?

Problema ético principal

¿Debe aceptar el médico la negativa del paciente, asumiendo que es una decisión informada y voluntaria, o debe asegurarse de que el hijo ha transmitido correctamente la información?

Identificación de los valores en conflicto

En este problema, el médico ofrece al paciente un tratamiento (que puede no ser curativo, pero que puede alargar la vida de Fahrad y mejorar sus condiciones) con la intención de velar por su salud y bienestar. Y el paciente parece rechazarlo. La cuestión principal es si puede respetar su decisión sin haberse asegurado de que ha recibido adecuadamente la información. El médico podría estar tomando como voluntaria una decisión condicionada por la información sesgada e incompleta, por lo cual no sería realmente un ejercicio de autonomía. Así, el conflicto de valores se podría plantear del modo siguiente:

Respeto a su autonomía

(el médico no quiere sospechar de las intenciones del hijo, y debe respetar la decisión del paciente)

Confianza

(el médico quiere mantener la confianza que el paciente tiene en su hijo, no generar un problema familiar, ni enturbiar la buena relación clínica que ha establecido con ellos)

Deliberación sobre los deberes

Identificación de cursos extremos de acción

El médico asume la negativa del paciente, aceptando el rechazo de tratamiento y ofreciendo tan sólo cuidados paliativos.

(se protege la confianza en el hijo y, presuntamente, se respeta la autonomía del paciente, pero puede que se esté vulnerando dicho respeto si el paciente no ha recibido la información adecuada)

El médico busca un traductor para volver a darle la información al paciente, prescindiendo del hijo.
(Se respeta la autonomía del paciente, pero se rompe la confianza)

Identificación de cursos intermedios de acción

1.- El médico habla a solas con el hijo y le pregunta cómo está viviendo la enfermedad de su padre, cuál es su relación con él, si le parece que saber la verdad es esencial para hacerse cargo de la propia vida, etc. con el fin de explorar la actitud del hijo hacia la información y llegar a saber si le ha dado al paciente toda la información o si está adoptando una posición paternalista de protección frente a su padre.

2.- El médico puede ofrecer apoyo psicológico a la madre y al hijo (con un especialista), con el fin de que afronten mejor esta situación, y puedan ayudar al paciente.

3.- El médico puede informar al hijo de la importancia de la autonomía y del derecho que tiene el paciente a saber lo que ocurre y tomar decisiones por sí mismo.

4.- El médico puede hablar con el hijo y explorar en qué medida sus convicciones religiosas pueden estar condicionando su actitud.

5.- Si es posible, el médico debería contactar con alguna persona que sea de religión musulmana y que esté vinculada al hospital (por ejemplo, servicio de atención al paciente, o personas identificadas como representantes de la comunidad musulmana que hacen de enlace con el hospital) para que sirva de mediador.

6.- El médico puede buscar un traductor para hacer una evaluación al paciente, sin dar más información, pero explorando qué es lo que sabe.

Elección del curso óptimo

Dada la delicada situación de la familia ante la grave enfermedad de Fhrad, el médico debe intentar no romper la confianza (tanto entre ellos y el profesional, como en el seno de la propia familia), pero al mismo tiempo debe asegurarse de que el rechazo de tratamiento es una decisión autónoma que ha tomado voluntariamente el paciente.

Por ello debe explorar qué sabe el paciente (5,6), hablar con el hijo (1,4), y tratar de que comprenda la importancia de la información (3), para ofrecerle apoyo y ayuda para darle a su padre las malas noticias (2), y acompañarles en el proceso de cuidados al final de la vida, respetando sus creencias y costumbres lo máximo posible (5).

Deliberación sobre las responsabilidades finales

Pruebas de consistencia

1. Prueba del Tiempo: el curso elegido ha sido ponderado y valorado con cuidado, sin precipitación.

2. Prueba de la Publicidad: Este curso de acción se puede justificar y argumentar públicamente, y con transparencia.

3. Prueba de la Legalidad: el curso de acción es legal.

Reseña: SIMPOSIO INTERNACIONAL NATURALEZA HUMANA 2.0

Cátedra de Ciencia, Tecnología y Religión de la
Universidad P. Comillas

Simposio Internacional Naturaleza Humana 2.0

SIMPOSIO



Los días 11-13 de febrero de 2016 se celebró el Simposio Internacional Naturaleza Humana 2.0. Este congreso suponía la conclusión final del grupo de investigación que, durante cinco años, ha estado trabajando en este tema, bajo la dirección de la Dra. Camino Cañón. El objetivo de la investigación era reflexionar sobre la cuestión de la naturaleza humana en un diálogo interdisciplinar entre las ciencias, la tecnología y la filosofía. El proyecto se desarrolló en torno a varios bloques temáticos, que también han sido el hilo conductor de las sesiones de este Simposio: las tecnologías de la información, la neurociencia, las ciencias de la vida, y la perspectiva teológica.

La primera mesa estuvo dedicada a las tecnologías de la vida humana. En ella intervinieron desde el campo científico: X. Vendrell (Sistemas Genómicos, Valencia), M. Serrano (Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas) y, desde el ámbito filosófico: A. Marcos (Universidad de Valladolid).

Este último subrayó la importancia y necesidad de pensar la crisis de los ideales de la Modernidad. Los logros de la ciencia, la técnica y la tecnología, los logros de la razón instrumental, revelan la insuficiencia de las fuentes tradicionales de sentido (desencantamiento del mundo), obligando a nuevas búsquedas que posibiliten (re)definir el sentido de la vida humana. Poseemos una gran capacidad de dominio del mundo pero carecemos de saberes que orienten para encontrar una respuesta adecuada a la finalidad de la vida humana.

Es necesaria una adecuada definición de persona que, según Marcos, evite dos extremos: negar la existencia de una naturaleza humana para afirmar una libertad absoluta carente de responsabilidad; y “naturalizar” la naturaleza humana, esto es, considerar que el ser humano no es más que una realidad natural más. Para ello es fundamental el concepto de “diferencia”, el elemento único que define al ser humano y que exige una adaptación a un mundo de interrelaciones con otros, y de posibilidades tecnológicas.

La segunda mesa se dedicó a las neurociencias. Los ponentes en este caso fueron los neurólogos I. Morgado (Universidad Autónoma de Barcelona) y G. Rizzolatti (Università degli Studi di Parma), y el filósofo J. Conill (Universidad de Valencia).

Las neurociencias plantean cuestiones graves como la presunta inexistencia de la libertad. Desde la perspectiva de Morgado, el problema más importantes es acerca de la autoconciencia, esto es, la pregunta por el fundamento que determina cómo es el ser humano que queremos ser. Y para tratar este asunto, es preciso el diálogo interdisciplinar.

J. Conill apuntó que la autoconciencia no es mera interioridad, es una subjetividad corporal, y por ello es necesario prestar atención a lo natural, pero también a lo social, y a su responsabilidad como ser autónomo.

La tercera mesa versó sobre las tecnologías de la información y de la web. Los expertos en este caso fueron Jörg Flum (Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg) y L. Floridi (Universidad de Oxford), junto al filósofo J. Leach (Universidad Complutense de Madrid).

Se invitó a los asistentes a pensar sobre los diferentes lenguajes que puede utilizar el ser humano, buscando relaciones con la finalidad de que la ciencia y la técnica se pongan al servicio de un proyecto humanizador. Esta propuesta de reflexión sobre la era de la información en la que vivimos era fundamentalmente una invitación a despertar del sueño tecnológico en que nos sumergen los innumerables artefactos que nos permiten “estar conectados”, para asumir nuestra responsabilidad en la construcción de valores sociales.

Finalmente, la cuarta mesa se dedicó a la “naturalización de la espiritualidad”. Participaron en ella J. Font (Fundació Vidal i Barraquer) y C. Cañón (Universidad Pontificia Comillas).

De nuevo apareció aquí la urgencia de propuestas de sentido: modelos de espiritualidad humana, modos de transcendencia, ideales morales. Los ponentes afirmaron que la espiritualidad es una llamada a superar la reducción del conocimiento a mera verificación, abriendo la posibilidad a la experiencia íntima como camino o vía de conocimiento. Esta experiencia, si es profunda, llevaría a consolidar en nuestras vidas una confianza básica que posibilitaría el encuentro con lo otro (ecología), con el prójimo (fraternidad) y con el Otro trascendente (religión). Se trataría de escuchar para poder dialogar en profundidad y desde este diálogo cordial (pasividad activa) ir (re)definiendo esos caminos de verdadera realización humana.

En una sesión conclusiva, S. Lumbreras, C. Fernández, A. Sánchez-Orantos y A. Villar, todos ellos de la Universidad Pontificia Comillas, propusieron algunos puntos clave a discutir con los asistentes, a fin de elaborar unas conclusiones del simposio.

Lydia Feito

(Agradecemos a C. Cañón y A. Sánchez-Orantos su colaboración para elaborar esta reseña)

Cajón de bioética y más

Umberto Eco: sobre la creencia y la ética

U. Eco (Alessandria, Piamonte, 1932 - Milán, 2016) fue un semiólogo y escritor italiano. Autor de obras como *El nombre de la rosa*, *Obra abierta*, *Apocalípticos e integrados*, *Lector in fabula*, *El péndulo de Foucault*, *La isla del día de antes*, y tantas otras. Se doctoró en filosofía en la Universidad de Turín. Desde 1971 ejerció su labor docente en la Universidad de Bolonia, donde ostentó la cátedra de Semiótica. Se le concedió el Premio Príncipe de Asturias en 2000.



Eco estaba convencido de que todo concepto filosófico, toda expresión artística y toda manifestación cultural, deben situarse en su ámbito histórico. Su método de análisis era la teoría semiótica, desde donde se interpretan los fenómenos culturales como actos de comunicación regidos por códigos.

Eco pidió en su testamento que no se le hicieran homenajes en los próximos diez años. Una decisión que ha sido aplaudida, al reconocer esa voluntad de transmitir algo a las generaciones futuras, desde la reflexión pausada, y no desde los actos apresurados y masivos. Respetamos, pues, su petición, he invitamos a pensar con él a través del resumen de uno de sus escritos.

«Ciertamente todo ser humano tiene nociones de lo que significa percibir, recordar, desear, temer, sentir pena y alivio, placer y dolor, y emitir sonidos que expresen esos sentimientos. Por tanto (y aquí entramos en la esfera legal), hay ideas universales sobre los límites: nadie quiere que otro le detenga cuando habla, ve, escucha, duerme, traga o excreta, o va donde quiere; sufrimos si estamos atados o nos dejan aislados, golpeados, heridos o asesinados, o si somos sujeto de torturas físicas o psíquicas que disminuyen o reprimen nuestra capacidad de pensar.

Hasta este punto sólo he considerado una clase de Adán solitario y animal, que aún no conoce el significado de las relaciones sexuales, los placeres de la conversación, el amor de sus propios hijos, o el dolor de perder a un ser querido. Pero para nosotros (si no para este Adán o Eva), en este punto, esta semántica ya nos ha proporcionado las bases de una ética: debemos, sobre todo, respetar los derechos del cuerpo de todo el mundo, incluyendo el derecho de hablar y pensar. (...)

La dimensión ética comienza cuando el otro llega a escena. (...) Del mismo modo que no podemos vivir sin comer o dormir, tampoco podemos comprender quiénes somos sin la consideración y la respuesta del otro. Incluso quienes matan, violan, roban, oprimen, lo hacen en momentos excepcionales; el resto del tiempo les piden a sus iguales aprobación, amor, respeto y elogio. (...) Pero, me preguntas, ¿puede esta idea de la importancia del otro suministrar una base absoluta, un fundamento inmutable, para el comportamiento ético? Sería suficiente para mí

responder que incluso los fundamentos que se definen como absolutos no previenen a sus creyentes de pecar contra lo que creen, y la historia terminaría ahí; la tentación del mal está presente incluso en aquellos que tienen una sólida y revelada noción del Bien. (...)

Cuando era todavía un joven católico de 16 años participé en un debate con un conocido mayor al que llamaban “comunista” en el sentido en que se usaba el término en los horribles años 50. Como me entusiasmé con el asunto le pregunté la cuestión decisiva: “¿Cómo podía él, un no creyente, dar algún sentido a lo que menos sentido tiene, la propia muerte?”. Él respondió de este modo: “Antes de morir pediré un funeral civil. De ese modo, aunque no estaré aquí más, dejaré un ejemplo para otros”. Creo que hay que admirar esta profunda fe en la continuidad de la vida, el sentido absoluto de compromiso que inspiraba esta respuesta. Esta es la idea que ha movido a muchos no creyentes a morir torturados antes de traicionar a sus amigos, a contraer una enfermedad para curar a aquellos que la sufrían. Puede ser, a veces, la única cosa que hace que los filósofos filósofen y los escritores escriban: dejan un mensaje en una botella porque de ese modo lo que ellos creen o lo que ellos encuentran hermoso puede ser comunicado a aquellos que vienen después y quienes pueden, a su vez, creer y descubrir la belleza en esas mismas cosas.

¿Es este sentimiento tan poderoso realmente como para poder justificar un código ético definido e inflexible, tan firmemente basado, como aquel de quien cree en una moralidad revelada, en la supervivencia del alma y en los premios y castigos? He intentado basar los principios de una ética secular en los fenómenos naturales (...) como nuestro ser físico y la idea de que sabemos instintivamente que tenemos un alma (o algo que actúa con su función) sólo en virtud de la presencia de otros. Así aparece que lo que he definido como una ética secular está en la base de una ética natural, reconocida también por los creyentes. Guiado con el correr del tiempo hacia una madurez y autoconciencia adecuada, ¿no proporciona este instinto natural un fundamento son suficientes garantías? Ciertamente podemos pensar que por sí mismo es insuficiente para estimular a la gente a hacer el bien; (...) Un no creyente no cree que haya alguien que lo está mirando desde lo alto y –precisamente por esa razón— sabe que tampoco hay nadie ahí para perdonarlo. Si sabe que lo ha hecho mal su aislamiento es ilimitado y su muerte desesperada. (...) Sabe en cada fibra de su ser que no hay Dios para perdonar y sabe, por tanto, que debe perdonar a otros primero. De otro modo, ¿cómo podemos explicar el hecho de que no sólo los creyentes sienten remordimientos? (...)

Mantengo que, en sus aspectos fundamentales, una ética natural –con respeto al profundo espíritu religioso que la inspira— puede encontrar puntos de contacto con una ética fundada en la fe en un ser trascendente; esta última, a su vez, no puede sino reconocer que los principios naturales están grabados en nuestros corazones como parte de algún gran esquema para la salvación. Si quedan, como ciertamente habrá, áreas donde no hay solapamiento, esto no es diferente de lo que encontramos en las disputas entre diferentes religiones. Y en los conflictos de fe, la Caridad y la Sabiduría deben prevalecer.»

U. Eco: El nacimiento de la ética (The birth of ethics). *Index on Censorship* 3, 1997, 12-19.

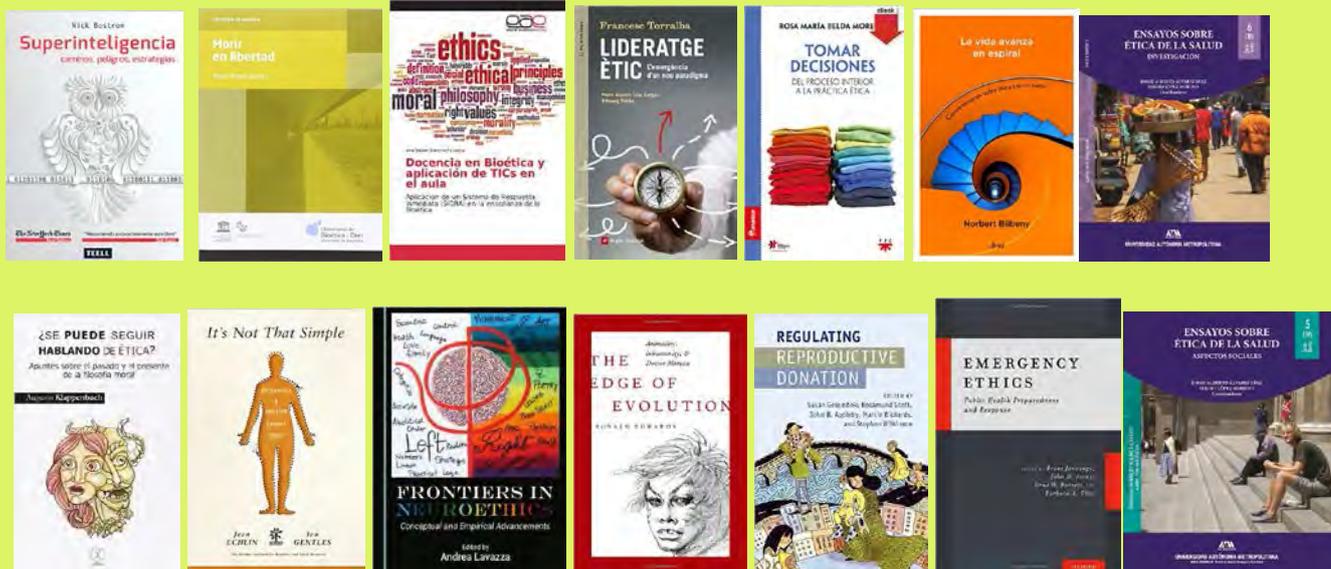
Extracto de “In cosa crede chi non crede? An Exchange of letters between Cardinal Carlo Maria Martini and Umberto Eco”. Liberal, 1996.

Lydia Feito

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [XVII Jornadas de Bioética San Juan de Dios](#). Con el título “Espacio socio-sanitario. Un reto de responsabilidad”. Granada, 31 marzo - 1 abril 2016.
- [Jornada del Comité de Bioética de la Asociación Española de Pediatría](#): la profesionalidad en 3D. Madrid, 2 abril 2016.
- [XXIII Congreso Internacional sobre Derecho y Genoma Humano](#). Bilbao, 11 abril 2016. Cátedra de Derecho y Genoma Humano.
- [I Congreso de Filosofía de la Salud Pública](#). 5,6,7 Mayo 2016. Facultad de Filosofía, Universidad Autónoma de Barcelona. Información: Oriol.Farres@uab.cat.
- [Fourth International Conference on Ethics Education: Ethics education and intercultural encounters: building bridges, bridging gaps](#). The Center for Biomedical Research of La Rioja (CIBIR). IAEE Conference. Logroño, 25-27 Mayo 2016.
- International network on Feminist Approaches to Bioethics. [FAB World Congress](#). Edimburgo, Escocia. 13-15 Junio 2016.
- International Association of Bioethics. [13th World Congress of Bioethics](#). 14-17 Junio 2016. Edimburgo.
- [30 years of European bioethics](#). 2016 EACME (European Association of Centres of Medical Ethics) Annual Conference. 8-10 Septiembre 2016. Leuven, Bélgica.
- [XII Congreso Internacional de Antropología Filosófica](#) “Patologías de la existencia: enfoques antropológico-filosóficos”. Zaragoza, 28-30 Septiembre 2016.
- [Congreso Internacional de Narrativas sobre Salud y Enfermedad](#). Tenerife, 11 y 12 noviembre 2016. Dipex Internacional – Fundación Iatrós.

Bibliografía y fuentes de Bioética



- Bostrom, N. *Superinteligencia. Caminos, peligros, estrategias*. Tell Editorial, 2016.
- Royes, A. (coord.) *Morir en libertad*. Edicions Universitat De Barcelona, 2016.
- Sánchez García, A.B. *Docencia en bioética y aplicación de TICs en el aula*. Editorial Académica Española, 2015.
- Torralba, F. *Lideratge ètic: L'emergència d'un nou paradigma*. Angle Editorial, 2016.
- Belda, R.M. *Tomar decisiones. Del proceso interior a la práctica ética*. PPC, 2016.
- Bilbeny, N. *La vida avanza en espiral. Conversaciones sobre ética con mi nieto*. Ariel, 2016.
- Klappenbach, A. *Se puede seguir hablando de ética? Apuntes sobre el pasado y el presente de la filosofía moral*. Anexo, 2016.
- Echlin, J. & Gentles, I. *It's not that simple. Euthanasia and Assisted Suicide Today*. The deVeber Institute for Bioethics and Social Research, 2016.
- Lavazza, A. (ed.) *Frontiers in neuroethics*. Cambridge Scholars Publishing, 2016.
- Edwards, R. *The Edge of Evolution: Animality, Inhumanity, and Doctor Moreau*. Oxford University Press, 2016.
- Golombok, S., Scott, R., Appleby, J.B., Richards, M., Wilkinson, S. (eds.) *Regulating reproductive donation*. Cambridge University Press, 2016.
- Jennings, B., Arras, J.D., Barrett, H., Ellis, B.A. (eds.) *Emergency Ethics*. Oxford University Press. 2016.
- Álvarez Díaz JA, López Moreno S. (coords.) *Ensayos sobre ética de la salud*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2014. *Aspectos clínicos y biomédicos*. Vol. 1. Aspectos fundamentales y biomédicos. Vol. 2. Aspectos clínicos. *Aspectos sociales. Investigación*. Vol. 1. Aspectos biomédicos. Vol. 2. Aspectos sociales.