

### *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

Robots cuidadores y ética

Dominación total

La bioética como saber de experiencia

Medicina de precisión

Caso clínico comentado

Pensar sobre la naturaleza

# 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<sup>a</sup>. Lydia Feito Grande

## Consejo de redacción

D. Tomás Domingo Moratalla

## Colaboradores en este número:

D. Tomás Domingo Moratalla  
D. Miguel Héctor Fernández- Carrión  
D. Diego Gracia Guillén  
D.<sup>a</sup> Daniela Paz Rojas Miranda

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 Nº30 Junio 2017

<b>Editorial</b> .....	p.1
<b>Artículos</b>	
• Robots cuidadores y ética – L. Feito .....	p.2
• Dominación total – D. Gracia .....	p.4
• ¿Qué es esto que llamamos “bioética”? II. La bioética como saber de experiencia – T. Domingo Moratalla .....	p.6
• Medicina de precisión: qué fronteras estamos dispuestos a cruzar para alcanzar ciertos fines. Una reflexión desde la bioética – D. Rojas .....	p.9
<b>Reseña de libros</b>	
○ <i>El debate sobre la eutanasia visto desde el cine</i> – T. Domingo ....	p.11
○ <i>Obras Completas I. Bioética, neurociencia y salud mental</i> – M.H. Fernández Carrión .....	p.4
<b>Caso clínico comentado</b> .....	p.13
<b>Anuncios de eventos</b>	
• Jornada de Bioética – Asociación de Bioética Fundamental y Clínica .....	p.16
• Título propio de Especialista en Bioética – Universidad Complutense de Madrid .....	p. 17
<b>Cajón de Bioética</b>	
• Pensar sobre la naturaleza – L. Feito .....	p.17
<b>Novedades y bibliografía</b> .....	p.18
<b>Normas para los autores</b>	



Vivimos en un mundo que invita a la dispersión. En medio de la prisa, porque todo tiene que estar resuelto para ayer, y bombardeados por un exceso de información, vamos abrumados y como exhaustos sin poder tener tiempo para la reflexión. En algún momento perdimos el gusto por la calma y el cuidado atento para realizar las tareas. Resolvimos que era más importante la velocidad y la efectividad, que la calidad y la serenidad. Estamos ávidos de estímulos porque no parece que podamos mantener la atención y la motivación mucho tiempo sin novedad. Y apenas hemos comenzado a plantear un tema, ya viene otro nuevo a reclamar nuestra opinión.

Pero el precio es alto. No dedicar tiempo a conocer adecuadamente los temas, impide profundizar y poder hacerse una idea cabal de todos los elementos complejos que entran en juego e interaccionan en cada situación dada. La prisa alimenta la superficialidad, por falta de dedicación.

Igualmente, no pararse a buscar argumentos consistentes, no analizar a fondo la coherencia de los mismos, no saber introducir matices y adoptar una perspectiva que sea auténticamente interdisciplinar, y no meramente multidisciplinar, esto es, una suma de ideas que no intentan articularse ni establecer un lenguaje común. No detenerse en lo racional o irracional de nuestras creencias, ni buscar honestamente los puntos de convergencia y las razones de nuestras discrepancias. No dedicar tiempo al diálogo activo, comprensivo y con afán de entendimiento. Todo esto no puede sino llevarnos a falsas conclusiones, a análisis apresurados, a falta de atención a los múltiples matices.

Y lo que obtenemos son discursos vacíos, opiniones discordantes y mucho vociferar por pensar que quien haga más ruido tendrá más poder. Nada más lejos de la realidad, y nada más errado.

Pocos son todos los esfuerzos que hagamos por contribuir a un diálogo y una deliberación ponderados, serios, profundos, sosegados. Y esto no sólo tiene consecuencias favorables para analizar los asuntos bioéticos, sino que es un aprendizaje para la vida. Forma actitudes comprometidas con la complejidad de la realidad, que difícilmente se somete a esquemas simplistas y triviales. Permite la tolerancia y el entendimiento. Y promueve el afán de búsqueda y la creatividad en la generación de ideas y soluciones.

Esto es lo que pretendemos con estas páginas. Contribuir a ese debate reflexivo, desde la serenidad y el tiempo. Esperamos que la variedad de temas que ofrecemos contribuya a ofrecer argumentos para la deliberación. E invitamos a participar con nuevas reflexiones.

**Lydia Feito** Directora

# Robots cuidadores y ética

Existe una tendencia creciente a utilizar robots en diferentes ámbitos de la vida cotidiana. Robots “personificados” o humanoides, y también las máquinas robotizadas o los dispositivos que utilizamos todos los días (Internet de las cosas, IoT, y wearables). Uno de esos ámbitos es el de la salud: atención directa a las personas, cirugía robotizada, etc. Poco a poco se van instalando entre nosotros sin que apenas nos demos cuenta y vamos dependiendo en buena medida de ellos.

Haciendo una clasificación sencilla de las máquinas pensadas principalmente para la relación con los humanos —y por tanto dejando de lado robots que realizan tareas concretas sin interacción humana, como limpiar—, podríamos decir que existen al menos diferentes tipos de robots: (1) educativos o de entretenimiento, dispositivos interactivos diseñados para la comunicación, con un objetivo lúdico y/o de aprendizaje, (2) terapéuticos, por ejemplo, con apariencia de animales de peluche, que se basan en la simulación de una interacción con un animal, y tienen como finalidad reducir el estrés y promover la socialización, (3) asistentes personales, que mediante un sistema de reconocimiento de voz, pueden realizar distintas funciones, (4) cuidadores, que interactúan y se comunican para ayudar a las personas mayores fomentando su independencia, (5) médicos, que son capaces de diagnosticar a partir de los datos aportados por el paciente o robots quirúrgicos, (6) sexuales, (7) monitorizadores, dedicados por ejemplo al cuidado de los niños o de personas con demencia, controlando y monitorizando sus actividades y movimientos.

En relación al cuidado de las personas, se aduce como razón principal para su uso el creciente número de personas mayores que requieren asistencia, y que podrían beneficiarse de estos robots “humanoides” que permiten una interacción directa. A algunos de estos robots se les denomina ya “enfermeros”, “sociales”, “asistenciales” o “cuidadores”, dando idea del papel que se les asigna.

Pero conviene tener en cuenta que, en el uso de robots cuidadores, siempre debe tener un papel decisivo la persona que es atendida o que utiliza un dispositivo. Además de que haya una adaptación específica, donde se tomen en consideración los contextos y las peculiaridades de cada situación, las personas atendidas deben mantener su independencia y su autonomía de decisión. Este punto es capital, pues evita una relación excesivamente paternalista. Se recoge así una perspectiva del cuidado que resulta de enorme interés y que han desarrollado varios autores, como podemos ver, por ejemplo, en la propuesta de J. Tronto.

Tronto considera que en la ética del cuidado es imprescindible el desarrollo de un “hábito de cuidado” que exige plantearse cómo cuidar con

Responsabilidad. Para ello define cuatro fases del cuidado de los pacientes, en las que se desarrollan estrategias cognitivas, emocionales y activas:

1. Preocuparse por (*caring about*)
2. Ocuparse de o hacerse cargo de (*taking care of*)
3. Dar cuidado (*caregiving*)
4. Recibir cuidado (*care receiving*)

Estas fases se relacionan con cuatro elementos básicos de cuidado que exigen ciertas actitudes y habilidades. Un buen cuidado sería el que combina ciertas actividades, actitudes y conocimiento relativo al paciente y la situación, en una experiencia de cuidado que, por tanto, es única e irrepetible.

Los cuatro elementos de cuidado son los siguientes:

1. Atención (*attentiveness*)
2. Responsabilidad (*responsibility*)
3. Competencia (*competence*)
4. “Responsividad” (capacidad de respuesta) del receptor del cuidado (*responsiveness*)

La atención tiene que ver con la detección de las necesidades del paciente y/o de la familia. Esto supone una actitud receptiva y de respeto, en la que es preciso dejar de lado las propias preferencias para entender el sistema de valores del paciente y comprender la perspectiva del paciente dentro de su situación real, por tanto tiene mucho que ver con el elemento biográfico y de sentido. Por supuesto, esto guarda relación con el elemento de responsabilidad, y se enlaza con la competencia, en cuanto al ejercicio adecuado y efectivo de las tareas requeridas. Un buen cuidado exige un cuidado individualizado, que atienda a las necesidades físicas, psicológicas, culturales y espirituales, tanto del paciente como de su familia. Pero estaría incompleto sin el cuarto elemento, que enfatiza el aspecto de reciprocidad, esto es, la extrema vulnerabilidad en la que quedaría un paciente o persona atendida que no pudiera reaccionar o responder ante la acción del profesional o, en este caso, robot cuidador. La idea clave que subyace a este elemento es que el cuidado es una relación y, por tanto, tiene que establecerse un espacio bidireccional entre quien da el cuidado y la persona que lo recibe, de modo que se pueda adaptar el cuidado a las necesidades y el contexto, se evalúe lo que va sucediendo, etc.

Un buen cuidado debe atender a lo que es significativo para las personas en cada situación de vida que precisa cuidado, y deberían ser estos elementos de la ética del cuidado los que orienten la acción de cualquier robot cuidador. Pero cabe plantearse hasta qué punto un robot puede ofrecer realmente este buen cuidado. Sin duda es posible que realice

las tareas asistenciales con eficacia, también puede incorporar este elemento de integración de las necesidades y preferencias de la persona atendida, como sistema de feedback frente a las acciones ejecutadas, puede incluso aprender e ir adaptándose a las peculiaridades de la persona, y probablemente puede establecer una interacción social ofreciendo apoyo emocional. Pero, aún así, sigue abierta la pregunta acerca de si sustituye, o sólo colabora, acompaña y ayuda, al cuidado ofrecido por los seres humanos. Evidentemente hay una distancia importante entre la relación que se establecería con un robot y una relación social significativa o incluso una amistad, espacio que les está vedado, en opinión de R. y L. Sparrow (2), ya que los robots tienen la consideración de cosas, objetos a nuestro servicio, mientras que las entidades con quienes podemos establecer otro tipo de relaciones más profundas, como personas e incluso animales, son fines en sí, con sus intereses, expectativas, independencia y reciprocidad.

También surge el interrogante acerca del impacto que esta interacción con robots podría tener a largo plazo. En algunos interesantes estudios (3) en niños con exposiciones cortas al cuidado de robots, se muestra que se establecen vínculos afectivos de modo que, en muchos casos, prefieren el robot a un osito de peluche. Esto hace pensar que los robots pueden producir interesantes y valiosas experiencias de entretenimiento que generan interés y curiosidad. Sin embargo, no se sabe qué tipo de consecuencias tendría una exposición a largo plazo. Conocemos la importancia crucial que tiene la interacción social y la comunicación para las personas, especialmente para las personas mayores e institucionalizadas (4). No se trata sólo de que tengan atendidas sus necesidades físicas sino, sobre todo, que puedan tener un contacto humano, que puedan conversar —en todas las formas de comunicación. También de modo no verbal— y que puedan establecer vínculos afectivos. Todo esto es capital para su bienestar. Los robots pueden ser una ayuda importante, liberando a los seres humanos de ciertas tareas y permitiendo disponer de tiempo para una mayor interacción. Pero parece que la tendencia es que los robots sustituyan ese contacto humano. Resultaría ingenuo pensar que este desarrollo tecnológico no conlleve una reducción del contacto humano con las personas atendidas, pues hay otro tipo de intereses económicos en juego. Los robots resultarán finalmente más baratos y más efectivos que las personas contratadas, por lo que, más que ayudar a los trabajadores para liberarles de las tareas más costosas, para dejarles tiempo para las relaciones humanas con las personas mayores, los robots acabarán por sustituir a las personas. Y el interrogante que queda abierto es si, en esas condiciones, los robots pueden aportar ese contacto humano que resulta tan imprescindible.

El pronóstico de algunos autores es contundente: en lugar de incrementar su independencia, la introducción de esta tecnología robótica disminuirá las posibilidades de las personas frágiles y mayores de sentir que tienen el control de sus vidas, ya que se reducirán las oportunidades de disponer de comunicación interpersonal significativa.

No basta con tener satisfechos los deseos y necesidades, el respeto y el reconocimiento de otras personas es esencial para nuestro desarrollo y nuestra autoestima, y es una condición necesaria para el ejercicio de la autonomía.(5)

Y puede darse una peligrosa confusión en el caso de que las personas que sean atendidas por un robot le atribuyan rasgos o características de los que no dispone, no sólo antropomorfizándolo —como solemos hacer con otros objetos que nos rodean en nuestra vida cotidiana— sino creyendo falsamente que la máquina realmente se preocupa por ellos, que se interesa y le importa su bienestar y felicidad, o que les atiende con cariño. Esta forma de auto-engaño supone una concepción falsa de la realidad, tomar por verdadero lo que es una simulación. Las falsas expectativas y las desilusiones que se podrían producir serían desastrosas. Y si el engaño fuera deliberadamente buscado, con personas frágiles en situación de vulnerabilidad, sería claramente inaceptable desde la ética por resultar una falta de respeto a las personas, y por considerarlas más un problema a resolver que sujetos con dignidad.

Por supuesto, todas las características humanas que son esenciales en las relaciones sociales y que hacen imprescindible, por ahora, la presencia de un ser humano, pueden ser elementos que la tecnología acabe por desarrollar. O al menos esa es la promesa de la robótica y la inteligencia artificial. En tal caso, cuando los robots puedan comprender los sentimientos humanos, puedan reaccionar adecuadamente ante ellos, puedan incluso expresar emociones, puedan expresar empatía, entendimiento, acogida, puedan hacerse acreedores de afecto, puedan comunicarse de modo natural, e incluso puedan tener una dimensión biológica y corporal similar a la nuestra, entonces, la pregunta es si sería un error sustituir las relaciones humanas por relaciones con robots.

1. Tronto, J. (1993): *Moral Boundaries. A political argument for and ethic of care*. Londres: Routledge.
2. R. Sparrow, L. Sparrow, In the hands of machines? The future of aged care. *Minds and Machines* 16 (2004), 141-161
3. F. Tanaka, A. Cicourel, J. R. Movellan, Socialization between toddlers and robots at an early childhood education center. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 104, 46 (2007) 17954 –17958.
4. Gabriel, G., & Bowling, A.. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24, (2004) 675–691. Marquis, R. (2002). Quality in aged care: A question of relational ethics? *Australasian Journal on Ageing*, 21(1) 25-29.
5. R. Sparrow, L. Sparrow, In the hands of machines? The future of aged care. *Minds and Machines* 16 (2004), 141-161

**Lydia Feito Grande**

Profesora de Bioética y Humanidades  
Médicas  
Universidad Complutense de Madrid

# El comentario de Diego Gracia

## El comentario de Diego Gracia



### Dominación total

La expresión la acuñó Hannah Arendt, y conviene retomarla en esta época de la “posverdad”. La cosa comenzó antes, cuando Max Weber hizo de la “dominación” (*Herrschaft*) una categoría clave de su pensamiento sociológico. El dominio es la antítesis de la coacción. La dominación es un proceso sutil, por el que alguien consigue que otro haga lo que él quiere, pero creyendo que hace lo que quiere. Se produce el dominio del otro, pero no por la fuerza o por la violencia, sino mediante un proceso que parece respetar la autonomía de las personas.

Hannah Arendt dedicó todo un libro, *Los orígenes del totalitarismo*, al estudio del modo como los totalitarismos surgidos tras la Gran Guerra, el estalinismo y el fascismo, consiguieron el poder político. Casi al final de su largo recorrido, Arendt dedica un párrafo a lo que denomina la “dominación total”. Ella está pensando, obviamente, en la propia de los Estados totalitarios del periodo de entreguerras. La define así: “La dominación total, que aspira a organizar la infinita pluralidad y la diferenciación de los seres humanos como si la Humanidad fuese justamente un individuo, sólo resulta posible si todas y cada una de las personas pueden ser reducidas a una identidad nunca cambiante de reacciones, de forma tal que puedan intercambiarse al azar cada uno de estos haces de reacciones”. La dominación total, dice Arendt, no puede conseguirse más que en los campos de concentración, que denomina “la guía ideal social de dominación total en general”.

Dominación total no es destrucción física. “Lo que debe comprenderse es que el verdadero espíritu puede ser destruido sin llegar siquiera a la destrucción física del hombre; y que, desde luego, el espíritu, el carácter y la individualidad, bajo determinadas circunstancias, sólo parecen expresarse por la rapidez o la lentitud con la que se desintegran. En cualquier caso, el resultado final es el hombre inanimado, es decir, el hombre que ya no puede ser comprendido en su psicología y cuyo retorno al mundo psicológicamente humano o inteligiblemente humano de otra forma (distinta de la inanimada), se parece estrechamente a la resurrección de Lázaro”.

Los campos de concentración son, para Hannah Arendt, el más puro experimento que se haya realizado nunca de “dominación total”. En ellos se consigue la muerte no sólo jurídica sino también moral del individuo humano. El resultado es su degradación a la categoría de animal. “La muerte de la individualidad humana, de la unicidad conformada en partes iguales por la naturaleza, la voluntad y el destino, convertida en premisa tan evidente por sí misma en todas las relaciones humanas que incluso los gemelos idénticos inspiran una cierta incomodidad, crea un horror que eclipsa ampliamente el ultraje a la persona jurídico-política y a la desesperación de la persona moral. Es este horror el que da paso a las generalizaciones nihilistas que mantienen con suficiente plausibilidad que, esencialmente, todos los seres humanos son como bestias. En realidad, la experiencia de los campos de concentración muestra que los seres humanos pueden ser transformados en especímenes del animal humano y que la «naturaleza» del hombre es solamente «humana» en tanto que abre al hombre la posibilidad de convertirse en algo altamente innatural, es decir, en un ser humano”.

El modelo de los campos de concentración bolcheviques y nazis que utiliza Hannah Arendt para definir y describir la “dominación total” es, ciertamente, muy fecundo, pero a la vez hartamente peligroso. Parece dar a entender que suprimidos tales campos, la dominación total ya no es posible. Y eso hoy sabemos que no es correcto. Arendt escribe su libro inmediatamente después de la segunda guerra mundial. Tras ella se han desarrollado de modo entonces inimaginable, nuevas vías de dominación; y de dominación total, más efectivas y menos cruentas que las conocidas hasta entonces. Más que dominar los cuerpos,

se trata ahora de dominar las conciencias. Y para esto lo fundamental es el manejo de la “información”, el objeto de la última de las revoluciones industriales. Todavía en tiempos de Foucault se podía hablar de “biopolítica”. Hoy la dominación va por otro camino, el de la “infopolítica”. De lo que se trata es de controlar la información. “El sentido común afirma desesperadamente que las masas están inclinadas a la sumisión”. Controlando la información puede lograrse el objetivo de dominar al otro sin que él sea consciente de ello. Esta es la verdadera dominación total. “El poder total sólo puede ser logrado y salvaguardado en un mundo de reflejos condicionados, de marionetas sin el más ligero rasgo de espontaneidad. Precisamente porque los recursos del ser humano son tan grandes puede ser completamente dominado sólo cuando se convierte en un espécimen de la especie animal hombre”. Las frases son, de nuevo, de Hannah Arendt.

Infopolítica. ¿Qué es la infopolítica? Hace unos años se hubiera pensado en la prensa, la radio o la televisión. Cuando nació esta, en 1950, un sociólogo norteamericano, David Riesman, un tanto asustado, escribió un libro, *The Lonely Crowd*, la muchedumbre silenciosa. El poder de la naciente televisión para homogeneizar conductas y fomentar el fenómeno de la *other-direction*, es decir, de la dominación de las conciencias, le parecía muy superior al que nunca antes habían tenido los predicadores desde los púlpitos, los profesores desde sus cátedras o los políticos en los mítines. Eso lo decía Riesman cuando aún no habían aparecido los ordenadores, y menos aún las redes sociales. En una reciente película (2016) sobre las peripecias de Edward Snowden se dicen cosas que hasta hace poco tiempo eran patrimonio exclusivo de las novelas de ficción, como *Brave New World*, de Aldous Huxley, o *1984* de George Orwell. La guerra por la dominación total ya no se lidia en los campos de batalla sino en las pantallas de los ordenadores. La dominación total se consigue del modo más sutil y efectivo a través del control, por supuesto anónimo, de la información. Y los *big-data* están permitiendo, por primera vez en la historia, que ese control esté cerca de convertirse en realmente total. Hannah Arendt no pudo ni sospecharlo, pero es ahora cuando estamos empezando a percibir en el horizonte la dominación total. Se nos aproxima sin que nos demos cuenta o seamos muy conscientes de ello. Porque de eso se trata. En la película sobre Snowden se ve cómo los propios senadores norteamericanos ignoraban lo que estaba pasando. Porque se trata de programas “secretos”. La propia política ya no es lo que era, e incluso lo que los propios políticos creen que es.

Como tantas veces sucede, parece que el libro de Arendt es de historia política, cuando se trata, realmente, de un libro de filosofía. Hannah Arendt conocía muy bien la obra que en 1927 había publicado su maestro Martin Heidegger, *Ser y tiempo*, donde describe con bastante detalle la existencia que llama “impropia” o “inauténtica”, dominada por el pronombre impersonal “se”. “Sin llamar la atención y sin que se lo pueda constatar, el ‘se’ despliega una auténtica dictadura. Gozamos y nos divertimos como se goza; leemos, vemos y juzgamos sobre literatura y arte como se ve y se juzga; pero también nos apartamos del ‘montón’ como se debe hacer; encontramos ‘irritante’ lo que se debe encontrar irritante. El ‘se’, que no es nadie determinado y que son todos (pero no como la suma de ellos), prescribe el modo de ser de la cotidianidad”. Y para explicar este fenómeno, Heidegger acude de nuevo al término *Herrschaft*, dominación. Se trata, dice, “del dominio de los otros en el convivir cotidiano” del sujeto. “No es él mismo quien es; los otros le han tomado el ser... Lo decisivo es tan sólo el inadvertido dominio de los otros..., ya aceptado sin darse cuenta. Uno mismo forma parte de los otros y refuerza su poder... El quién no es este o aquél, no es uno mismo, ni algunos, ni la suma de todos. El ‘quién’ es el impersonal, el ‘se’.” Pura heteronomía, eso que Kant definió como la antítesis de la ética.

¿Por qué el empeño de acabar con la ética en la educación secundaria y el bachillerato, los años más críticos en la maduración psicológica y ética de los seres humanos?

**Diego Gracia**  
Catedrático Emérito de Historia de la Medicina  
Universidad Complutense de Madrid

## **¿Qué es esto que llamamos “bioética”?**

### **II. La bioética como saber de experiencia**

Si en la primera entrega de esta serie (*Bioética Complutense* nº33) mostraba cómo la bioética necesita definirse necesariamente por su carácter teórico, filosófico y conceptual, ahora querría mostrar cómo la bioética debe tener en cuenta necesariamente los problemas y la experiencia concreta. Si no consideramos la bioética como filosofía moral, lo que hagamos puede ser interesante y curioso, pero no es nada serio y no deja de ser un entretenimiento más o menos bienintencionado; y si no consideramos la bioética desde su enraizamiento en la práctica –clínica, no deja de ser mero juego académico, y tampoco sería serio. Es decir, la bioética es fundamental y clínica, si no es ambas cosas flaquea. Teoría y experiencia son necesarias en el quehacer bioético. La bioética es saber de experiencia. No sólo, pero también.

Lo que quiero decir es sólo que sin aunar la dimensión fundamental y clínica, teórica y práctica, la bioética que hacemos cojea. O, simplemente, se trata de una “mala bioética”. Suele ser habitual oír a los filósofos hablar de temas de bioética con desparpajo, sin miramientos, y creyendo que “lo saben todo” desde las ideas, desde sus ideas; hablan y hablan, y no saben de qué hablan. Y también es habitual oír a clínicos adentrarse en temas bioéticos desde un pretendido estatus de superioridad que les da su conocimiento de las situaciones concretas; hablan y hablan y no saben de qué hablan. Por eso, para saber de qué hablamos, debemos compaginar y aunar ambas dimensiones.

A esta cuestión podemos aplicar la distinción kantiana entre categorías e intuiciones. Sin adentrarnos demasiado en finuras filosóficas debemos recordar que para Kant sólo hay conocimiento cuando trabajan juntas categorías e intuiciones -y experiencia-. Y así decía que sin categorías el conocimiento es ciego, y sin intuiciones es vacío. Ceguera y vaciedad eran los dos peligros. Parafraseando la argumentación kantiana diremos que la bioética sin la dimensión de fundamentación (teoría) es ciega y sin la dimensión clínica (concreta) es vacía. La bioética debe huir de la ceguera y de la vaciedad; ambos peligros no dejan de acecharla.

En la entrega anterior insistí en la dimensión teórica y fundamental para evitar la ceguera. Ahora quisiera insistir, aunque sea brevemente, en la dimensión clínica (y experiencial) para evitar la vaciedad.

¿Podemos hablar desde los temas de la bioética, sean los que sean, sin el conocimiento real, cotidiano de las situaciones? Creo que no. La bioética ha de hacerse desde este conocimiento y desde estas situaciones, ha de hacerse –podríamos decir- desde la trinchera, aunque no se reduzca a ello (por lo que antes comentaba). Reivindicar con fuerza esta forma de trabajar es hacer de la bioética un saber (una práctica) experiencial.

El peligro de ello reside creer que desde estas situaciones concretas, reales, es fácil hacer bioética, que esa situación da por sí misma la palabra y los argumentos. Cuando vemos a médicos y en torno sanitario en general abordar esos problemas que se encuentran, esas situaciones difíciles, comprobamos que muchas veces balbucean conceptos, buscan decir y organizar algo que intuyen; las situaciones que no se reducen a meras aplicaciones técnicas están llenas de problemas, matices y perspectivas que requieren expresarlas adecuadamente; la realidad misma busca estructurarse de alguna manera, se nos exige... y el profesional sanitario lo persigue, se aproxima a ello. Lo ideal es poder ofrecer a esas situaciones recursos conceptuales y expresivos para expresarse y poder ser abordadas. ¡Eso es la bioética! Parte de situaciones complejas, difíciles, que buscan y quieren ser articuladas; y viene el concepto a echar una mano. El problema nos lo encontramos cuando el profesional sanitario piensa que no lo necesita, o el concepto (el teórico) piensa que puede ordenar el mundo desde esa torre de marfil.

Y no es que los conceptos (la reflexión ética) ayuden o echen una mano, sino que la misma experiencia difícil busca esos conceptos, esa articulación. Resulta un tanto sorprendente, cuando asistimos a ciertos debates, cómo se manejan magníficos conceptos o teorías que no alcanzan la experiencia, y nos lleva a pensar lo mucho que podrían aportar a los debates éticos; o cuando asistimos a debates en entorno clínico y pensamos lo mucho que podrían aportar ciertas distinciones filosóficas. Caemos, caen, nuestros discursos en lo que podríamos llamar “hemiplejía bioética”.

Si la bioética ha podido constituirse como paradigma de las éticas aplicadas es porque en ella, si se hace bien, se concitan y aúnan la dimensión teórico-filosófica y la dimensión clínico-experiencial. La clave de ello es la idea de “aplicación”. No se trata de que tengamos un saber constituido y lo vayamos a “aplicar” deductivamente a una situación, a un problema; es un error muy común. Es una manera deductiva de entender la “aplicación”. Pero tampoco se trata de que la experiencia concreta hable directamente, de manera inductiva, y sea por sí misma suficiente, y haga surgir automáticamente una serie de conceptos.

¿Cómo solventar esta dificultad? Antes de nada, lo primero que hay que hacer es reconocerla, no esquivarla, no pensar que una construcción teórica (por muy bien hecha que esté nos resolverá los problemas), o que la cercanía a la experiencia nos iluminará. Reconocida la dificultad se imponen dos posibles estrategias; a éstas tendrá mirar toda educación y formación en bioética.

La primera opción, la primera estrategia, es individual. Cada uno de nosotros tendrá que completar la formación que en él sea deficiente. Si somos filósofos morales necesitaremos del conocimiento clínico, y si somos clínicos (personal sanitario) necesitaremos de la formación filosófica (se puede extrapolar a otras perspectivas). La estrategia es sencilla, aunque a veces, por ambos lados, nos encontramos con no pocas resistencias, pues asumirla implica reconocer nuestra ignorancia.

La segunda estrategia, complementaria de la anterior, y no sustituible, es el desarrollo de la interdisciplinariedad. A la hora de abordar un problema, una situación difícil, precisamos de las diferentes perspectivas teóricas y prácticas. Sobre la interdisciplinariedad se ha escrito mucho, y muy bien. Sólo quisiera subrayar algo obvio, que debe hacerse bien, si queremos que sea productiva, y esto no es fácil. Supone aceptar la perspectiva del otro, el otro está dando una visión que complementa la mía, la relativiza e, incluso, puede cuestionarla.

Estrategia, por tanto, doble, individual y colectiva. Y son dos caras de una misma moneda: la educación, la formación en bioética. La bioética rigurosa y experiencial, la bioética en sentido estricto, encuentra su sentido y lugar en este entrecruzamiento de visiones y perspectivas. La visión o perspectiva parcial no es bioética de calidad, es deficiente, o, me atrevería a decir, no es propiamente hablando bioética, bien puede ser juego académico (interesante conceptualmente), bien pueden ser buenas intenciones.

Una vez reconocido el escollo para hacer bioética, en sentido estricto, nos queda la tarea de cómo educar y cómo formarnos para esta bioética rigurosa y experiencial. Es decir, cómo unir, cómo aplicar, los conceptos (teóricos) con la experiencia (clínica, etc.). Es un problema real, y de crucial importancia. Un problema parecido tuvo el mismo Kant, como decía antes, cuando se encontró con la dificultad de explicar cómo se unen las categorías (conceptos) con las intuiciones (experiencia); la respuesta fue muy compleja, y no entro ahora en su explicación, sólo señalo que la podríamos resumir en una palabra: imaginación. Es la imaginación, con su esquematismo (Kant), la que permite esa aplicación de las categorías a las intuiciones; es la imaginación la que permite a los conceptos (a los “teóricos”) mirar a la realidad y buscar la forma de decirla, expresarla, comprenderla; y es la imaginación la que permite a los clínicos (“experienciales”) buscar más allá de lo concreto-práctico esa dimensión conceptual que le dé coherencia y saber.



# Medicina de precisión: Qué fronteras estamos dispuestos a cruzar para alcanzar ciertos fines. Una reflexión desde la bioética

[*Precision Medicine: Which boundaries are we willing to cross to achieve certain aims. A reflection from the bioethical point of view*]

## RESUMEN

La medicina de precisión abre nuevos horizontes de conocimiento sobre el proceso de salud y enfermedad de los seres humanos. Sin embargo, y como en toda nueva conquista de la ciencia y/o la medicina, se abren también nuevos interrogantes y reflexiones éticas sobre la técnica y sus implicancias posibles: el rol del equipo de salud, el manejo integral de la persona del paciente, la protección de datos sensibles, la universalidad en el acceso y los determinantes sociales de la salud, son algunos de los que se abordan en el presente artículo.

## PALABRAS CLAVE:

Medicina de precisión, medicina personalizada, bases de datos de información genética, determinantes sociales de la salud, bioética.

## ABSTRACT

The precision medicine opens new knowledge horizons about the health and disease process in human beings. However, and just as in any new conquest of science and/or medicine, further questions and reflections arise regarding the technique and its possible implications: the role of the health team, the comprehensive management of the patient as a whole, the protection of sensitive data, the universality in the access and social determinants of health, are some of the ones covered in the present article.

## KEYWORDS

Precision Medicine, Personalized Medicine, Genetic Information Databases, Social Determinants of Health, bioethics.

---

Muchos son los nombres que adopta hoy la medicina de precisión: medicina individualizada, medicina personalizada, medicina predictiva, etc. Podríamos pensar que el acto nominativo posee una importancia menor a la hora de enfrentar una nueva realidad en medicina y que el abordaje de aspectos “semánticos” pudiera ser un ejercicio de teorización innecesario. Sin embargo, sus denominaciones hasta el momento presente definen sus alcances y limitaciones, lo que no es una problemática menor cuando debemos evaluar sus fines y los medios para alcanzarlos.

Son múltiples las definiciones que hoy existen para “medicina de precisión”, unas tan amplias que podrían caber muchas de las intervenciones que son parte del ejercicio médico hace años o décadas y otras tan específicas que reducen el término a las técnicas utilizadas. Schleidgen, et al (2013) realizaron una minuciosa revisión sistemática sobre las distintas acepciones que ha adquirido el término en la literatura especializada, definiendo criterios para una correcta delimitación del término, llegando a una construcción semántica propia que, a juicio de los autores, recoge sus principales objetivos al tiempo que salvaguarda las deficiencias de muchas de las encontradas en su análisis. Ellos definen la medicina de precisión (MP) como:

“La medicina de precisión busca mejorar la estratificación y el momento (*timing*) de la atención médica, mediante el uso de información biológica y biomarcadores en el nivel de las vías de enfermedades moleculares, genética, proteómica y metabolómica”.<sup>1</sup>

La MP busca la prevención y tratamiento de enfermedades en función de las características particulares y riesgos de los individuos, utilizando como información marcadores biológicos, donde la principal fuente es su información genética, en miras de tener una medicina más eficiente, efectiva y segura. Esto implica también la construcción de grandes bases de datos poblacionales, con información sobre las características de subgrupos que permitirían individualizar sus riesgos a nivel de poblaciones más pequeñas que las que se han manejado hasta hoy, donde diagnósticos y tratamientos se definen en base a generalizaciones dadas por las características de las patologías, más que a aquellas de quienes las padecen.

Así, enfermedades de alta prevalencia como el cáncer, ya se están viendo beneficiadas por este conocimiento, llegando a determinarse, por ejemplo, que la mayoría de las patologías oncológicas poseen una “firma genómica”: tumores con características propias que son compartidas por varios subtipos de ellos, influyendo de esta manera en los abordajes particulares de los grupos de riesgo, categorías diagnósticas, planes de tratamientos, y elaboración y prescripción de medicamentos (“*the right drug, at the right dose, for the right patient*”) para sus características moleculares específicas.<sup>2</sup>

En este escenario de espectacularidad... ¿qué podría salir mal?

Una de los primeros interrogantes que se pueden abordar en relación a la MP es el que se planteó al inicio de este texto. Hablar de “medicina “personalizada” induce la idea de una medicina centrada en la persona, algo que ha sido una búsqueda incesante en el camino de la humanización de la medicina. Sin embargo, la posibilidad de acceder a mayor información sobre la biología del sujeto, no nos hace conocer con mayor profundidad a la persona. Añadir un nuevo parámetro de análisis que permita develar con este nivel de envergadura (no así de precisión, otra problemática “semántica”) la biología de las enfermedades, podría continuar favoreciendo la atención no integral de la persona enferma: mayor especificidad sobre su funcionamiento orgánico, mayores respuestas sobre su padecimiento podrían volver mayormente “innecesario” buscar respuestas de otra índole, como lo son sus condiciones de vida, sus expectativas, deseos y valores que están, o debieran estar, al centro de la relación clínica.

En la actualidad, muchísimas son las personas que han optado por entregar su información genética en aras del conocimiento y avance científico, lo que podría generar un acercamiento de dos mundos que han estado históricamente disociados uno del otro. Tal vez, la crisis de confianza actual en las instituciones, entre ellas la medicina, podría comenzar a repararse y forjarse así un nuevo camino hacia un trabajo conjunto y colaborativo, que recupere la tan instalada incredulidad, los sentimientos de injusticia y de abuso, a través de la participación de la sociedad civil y sus individuos, como socios del avance tecnológico. No obstante, y de la misma manera, podría provocar un ahondamiento de esta crisis si sus alcances y beneficios no son universales, si la parcelación del ser humano continúa, si la calidad de vida de las personas permanece tras la cortina de la precariedad.

El que exista mayor información implica que existirá también una creciente demanda de información y el manejo de mayor información crea nuevas inquietudes, estados emocionales y decisiones basadas en dichos estados, decisiones que no van a estar contenidas y guiadas en el contexto de la relación clínica. La disponibilidad de tests genéticos para algunas patologías incluso vía internet, con costos asociados, además de mercantilizar aún más la salud (se crea la necesidad, alguien vende la “satisfacción” de la misma y el necesitado compra respuestas), anula a quien media, a quien pone dicha información en contexto, con quién se analizan sus implicancias y se trazan las decisiones, con quien finalmente se tratarán sus consecuencias: el equipo de salud.

La posibilidad de información errónea (falsos positivos o falsos negativos), interpretación incorrecta de los resultados, decisiones apresuradas y demandas específicas al equipo de salud, son parte de las múltiples consecuencias iatrogénicas de un sistema que escapa a instancias mediadoras fundamentales. La “uberización” de la salud, desde un “direct to consumer” a una “direct to consumer medicine”.

Por otra parte, la técnica solicita y requiere mayor técnica. En este sentido, la medicina de precisión y la

<sup>1</sup> Schleidgen, S., Klingler, C., Bertram, T., Rogowski, W. H., & Marckmann, G. (2013). What is personalized medicine: sharpening a vague term based on a systematic literature review. *BMC medical ethics*, 14(1), 55.

<sup>2</sup> Collins, F. S., & Varmus, H. (2015). A new initiative on precision medicine. *New England Journal of Medicine*, 372(9), 793-795.

información que recaba puede ir construyendo una base de datos sobre la biología de la humanidad actual, una suerte de genoma global, sobre las enfermedades que afectan a nuestro planeta. Sin embargo, este avance en conocimiento no necesariamente va a ir aparejado o al mismo ritmo que el desarrollo de la investigación en nuevos tratamientos, ni necesariamente se tendrán los recursos para que esa universalidad de la información se traduzca en universalidad de acceso. Tendremos información sin que todos puedan tomar decisiones eficientes, efectivas y seguras o, lo que no es lo mismo (pero es igual), sólo algunos podrán acceder a la información y a hacer algo con ella, ahondando el problema de la justicia en la salud.

Desde aquí también surge la pregunta: ¿Quién podrá acceder a esta información, no sólo a nivel de personas directamente afectadas sino de otros *stakeholders* como los sistemas de salud, la industria farmacéutica, el creciente mercado de tratamientos “alternativos” y otros?, ¿cómo se velará por la confidencialidad del paciente? Si hoy tenemos la posibilidad de que nuestros dispositivos electrónicos monitoricen algunos de nuestros parámetros biológicos, los contactos que guardamos, las redes sociales que utilizamos y todas aquellas plataformas de acceso a las que ingresamos, ¿podrán tendenciar la información que recibimos, estratificar una publicidad “personalizada” para nuestras condiciones de salud actuales o potenciales?, ¿se puede hoy asegurar un uso de datos responsable?.

De la misma manera en que podríamos pensar que esto abre importantes desafíos para la relación clínica, también puede significar una nueva era en lo que respecta a la autonomía. Grandes masas poblacionales ¿requerirán un consentimiento también masivo, tecnologizado y abierto?, y si es así ¿seguirá siendo consentimiento si no será parte, como ya no lo está siendo, de un proceso decisional deliberativo, en el contexto de una relación clínica?

Por último, aunque probablemente de los aspectos más relevantes a analizar, es la minimización que la medicina de precisión puede hacer de todos aquellos aspectos que pueden favorecer u obstaculizar la expresión de predisposiciones biológicas e invisibilizar los determinantes sociales de la salud. Así como la ética feminista ha criticado que las teorías de justicia están definidas desde la visión de un hombre, blanco, profesional, heterosexual, podríamos decir que la medicina de precisión está definida desde un país desarrollado, con una economía que permite el acceso universal a la salud y cuyas enfermedades no están de modo tan importante determinadas por la “lotería social”, en palabras de Rawls, de los grupos vulnerables. Los recursos que se han invertido en la investigación en MP no han sido proporcionales a aquellos que se han destinado a entender y mejorar las condiciones sociales que favorecen que las personas enfermen y mueran. Como sucede cuando se responsabiliza mayoritariamente a las personas de su propia salud, se desresponsabiliza a los estados y la tarea que les compete en proveer a sus ciudadanos de las condiciones básicas necesarias para tener una buena salud.

Como vemos, haciendo un ejercicio Jonasiano en cuanto a prever futuros de daño posibles ante el avance biotecnológico, son múltiples los posibles escenarios adversos derivados de la medicina de precisión. Sin embargo, no podemos invisibilizar las oportunidades posibles en cuanto a mejorar el conocimiento humano acerca de lo que nos enferma, sobre todo considerando las tasas de envejecimiento y la cronicidad de patologías antes tempranamente mortales. Probablemente es tarde para plantear el análisis sobre si es correcta o no la medicina de precisión como práctica clínica, en tanto es un proceso ya en marcha y que avanza vertiginosamente.

Hoy resulta perentorio desde la bioética visibilizar y analizar estos escenarios posibles, para que quienes hoy trabajan en el desarrollo de la MP incluyan, bajo el principio de responsabilidad como creadores de la tecnología, el ejercicio permanente de anticipar estas consecuencias y establecer medidas mitigadoras para ellas, de modo de resguardar su telos, vale decir, el que las personas puedan prevenir enfermedades de alta carga, recibir tratamientos más eficaces, con menos efectos secundarios, en pos de un mejoramiento de la salud del ser humano. Sin embargo, aumentar la expectativa de vida es un objetivo vacío si no se trabaja en las condiciones en que esa vida tendrá lugar. El desarrollo tecnológico en salud debe ir aparejado de un trabajo profundo y sistemático sobre sus determinantes sociales, así como no debe nublar el resto de las dimensiones humanas que son parte de la salud y la calidad de vida de las personas.

La medicina de precisión debe estar enmarcada en un contexto de justicia

**Daniela Paz Rojas Miranda**  
Psicóloga especialista en Psicooncología y Cuidados Paliativos.  
Terapeuta Familiar y de Parejas.  
Gerente Técnico de la Corporación Cáncer de Mama Chile, Yo Mujer.



# Reseña de Libros

## El debate sobre la eutanasia visto desde el cine

Marcos Serrano Galindo  
Ed. Universo de Letras. 2018.

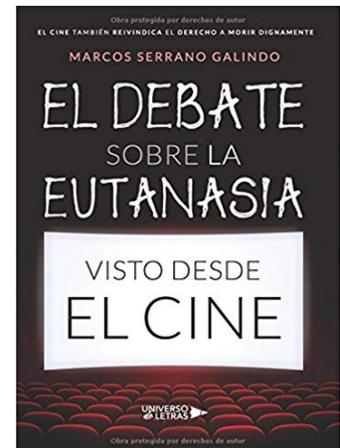
Mucho se está escribiendo sobre ética/bioética y cine. Ahora, una publicación reciente aborda el tema de la eutanasia desde el cine. Tenemos en nuestras manos un libro de indudable valor, digno de consideración, lectura y, sobre todo, de trabajo. Su autor es Marcos Serrano Galindo, profesor de filosofía y, como podemos comprobar, apasionado por el cine. No es la primera vez que centra su atención sobre un tema de interés humano o social, aplicando la mirada cinematográfica, ya escribió hace un par de años el libro *La ceguera en el cine. Análisis crítico de 125 películas sobre personajes invidentes*. Y ahora le ha tocado el turno a la cuestión de la eutanasia.

La presentación del editor es suficientemente clara: “Cientos de publicaciones han debatido sobre la eutanasia como derecho a morir con dignidad, desde el derecho, la medicina, la filosofía o la religión, aportando argumentos a favor y en contra sobre su legalización, dejando abierto, actualmente, el debate en la mayor parte de los países del mundo. Este libro aporta a la confrontación la visión desde el cine, sin dejar de lado la convicción de su autor sobre la necesidad de afrontar legalmente la última frontera de las libertades: el derecho a decidir sobre la propia muerte”.

Uno de los grandes valores de este libro es la honestidad con la que está escrito. El autor no dejar de señalar su punto de vista, su posición en el debate, pero lo hace de una forma argumentada, crítica, y ofreciendo al lector documentos y referencias para que él también pueda hacerse una opinión, un juicio, sobre un tema difícil.

La obra está estructurada en dos partes muy distintas. En la primera busca una aclaración del debate sobre la eutanasia; eso le lleva a una definición (parte I), a la recopilación de opiniones filosóficas sobre la eutanasia (parte II), a contestar argumentos contrarios (parte III), presentar razones a favor (parte IV) y ofrecer el panorama legislativo (parte V). En un segundo momento, el autor da cuenta de cómo ha tratado el cine la eutanasia a partir de algunos trabajos publicados, una especie de estado de la cuestión- (parte VI) y concluye (parte VII) con lo fundamental, y más valioso, que nos aporta: un recorrido diverso por la eutanasia en el cine al hilo del comentario de decenas de películas.

El gran valor del libro reside, en mi opinión, en ofrecernos recursos (en este caso cinematográficos) para pensar y formarnos un juicio sobre una cuestión tan crucial. ¡¡Son referenciadas y citadas más de un centenar de películas sobre la cuestión de la eutanasia!! Nos encontramos ante una exuberancia magnífica de visiones y planteamientos. Quizás faltaría mostrar cómo el cine, este caudal de imágenes, razones y emociones, nos puede ayudar a deliberar sobre esta cuestión. Tenemos en la primera parte del libro una reflexión muy interesante sobre la eutanasia y en la segunda un despliegue cinematográfico impresionante. ¿Cómo conectar una cosa y otra? ¿No habría que organizar las películas mediante algún criterio más clarificador y menos disperso—aparecen hay 14 categorías para agrupar las películas—? ¿No debería surgir el debate desde, y con, las propias películas? Esto no es óbice para que veamos en esta publicación un magnífico recurso para deliberar narrativamente sobre la cuestión de la eutanasia. Y eso sí... Nos darán ganas de ver más cine, mucho cine. El autor logra su objetivo doble: ver cine y orientar nuestra mirada a la cuestión de la eutanasia.



**Tomás Domingo Moratalla**

Profesor de Antropología Filosófica. UNED (Madrid)

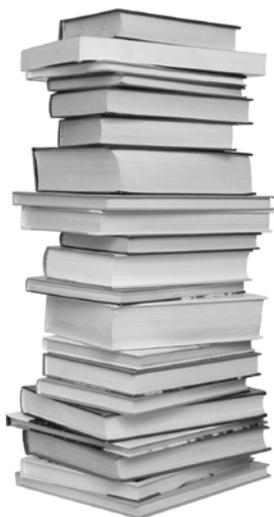
# Reseña de Libros

## Obras Completas I

### Bioética, neurociencia y salud mental

Octavio Márquez Mendoza

Ed. Torres Asociados. México, 2017. 491 pp.



Haciendo coincidir la evolución de la asistencia sanitaria con el empleo del término de bioética (bio-ethik), por Van Renselaer Potter, en 1970, se pasa de un enfoque/tratamiento centrado en las enfermedades hacia otro cuyo eje principal son las personas/pacientes que sufren algún tipo de enfermedad. Con la bioética, a diferencia de lo que sucede con la ética médica, no se limitará exclusivamente al ámbito sanitario, sino que repercutirá sobre todos los aspectos éticos de la vida y de la investigación sanitaria. Paralelamente, con el principio de bioética de la autonomía, ideado por Beauchamp y Childress (1979), del convencional cuidado paternalista, en el que la medicina se centraba en el criterio del médico, se da lugar al respeto por las opiniones y elecciones de los pacientes y de las personas, familiares y sociedad en su conjunto.

En todos los órdenes de la vida, pero especialmente en la salud mental la bioética adquiere una especial relevancia, pues aunque algunos problemas éticos que se plantean en la salud psíquica son comunes a los de otras especialidades médicas, como por ejemplo, la intimidad, la confidencialidad o el consentimiento informado; sin embargo, hay situaciones específicas en las que se cuestionan la autonomía o la capacidad para decidir por sí mismo o la información del estado mental del paciente pueden añadir mayor complejidad a la atención psiquiátrica, psicológica o de cuidados sanitarios en general.

Cuestiones todas estas que Octavio Márquez Mendoza trata en su libro titulado *Obras completas I Bioética, neurociencia y salud mental*.

Octavio Márquez Mendoza posee conocimientos y trabaja en varias áreas del saber científico (Psiquiatría, Psicoanálisis, Ciencias de la Salud, Filosofía y Bioética), que complementan e interrelacionan diferentes profesiones con un único fin común: ayudar al resto de la sociedad, o como dijera en propias palabras el autor “para aplicar a mis semejantes con un espíritu de servicio”.

Médico-cirujano licenciado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); maestro en Administración de Instituciones de Salud por la Universidad Lasalle, México; doctor en Ciencias con especialidad en Bioética por la UNAM; doctor en Humanidades con especialidad en Ética por la Universidad Autónoma del Estado de México; médico especialista en psiquiatría y psicoanálisis por la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo A.C. y el Hospital Central Militar de la ciudad de México; exbecario del Programa Fogarty-Flacso Argentina dentro del Programa de entrenamiento en investigación ética de las Américas de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de Norte América, y miembro del Sistema Nacional de Investigación de México Nivel I.

Por la amplitud de conocimientos y de prácticas de Octavio Márquez recogidos en múltiples publicaciones: artículos en revistas indexadas nacionales e internacionales, capítulos de libros colectivos y libros individuales, en Estados Unidos, España, Argentina... y México, ha permitido a Miguel-Héctor Fernández-Carrión, que funge como editor, seleccionarlos y agruparlos como las *Obras completas de Octavio Márquez Mendoza*, cuyo volumen se subtitula *Bioética, neurociencia y salud mental*.

El presente primer tomo de las obras completas de Octavio Márquez está constituido por siete capítulos sobre salud mental, neurociencia y bioética, además cuenta con una “Introducción” elaborado por Fernández-Carrión (9-146), un “Cuestionario sobre salud mental” (469) respondido por el propio Octavio Márquez, y una bio-bibliografía sobre el autor (477-489).

El primer capítulo con el título de “Salud, bioética y derechos humanos”, agrupará tres apartados generales que comprenden el estudio de la bioética, la ética y los derechos humanos en torno a los profesionales de la medicina y paramedicina. El segundo capítulo alude a diferentes “Cuestiones sobre psicoanálisis y psiquiatría”, que analiza algunos desencadenantes de reacciones depresivas, la neurosis depresiva en particular y el proceso de duelo. El tercer capítulo se centra sobre la “Psicoterapia de grupo”, al tratar sobre la evolución de la psicoterapia de grupo y la coterapia dentro de la técnica grupal, todo ello en torno al proceso de regresión. El cuarto capítulo amplía algunos aspectos específicos de la “Terapia y práctica en la terapia grupal”, como sería la evolución de la palabra en el proceso grupal; la resonancia fantasmática en un grupo terapéutico y la comprensión de esta terapia grupal dentro de una realidad específica de una institución carcelaria. El quinto capítulo trata de la “Salud mental desde la perspectiva de la bioética y la neurociencia”, a partir de la elaboración de un análisis de la problemática de la salud mental y la administración en el área de la bioética. El capítulo sexto se refiere a la “Pena de muerte a la luz del psicoanálisis y la bioética”, mostrando los aspectos coincidentes o que deben conjuntarse, así como las diferencias existentes de la pena de muerte vista desde la perspectiva del psicoanálisis y de la bioética. Por último, en el séptimo capítulo se presenta un estudio de caso, a partir de la aplicación de la terapia psicoanalítica sobre una paciente, cuyo diagnóstico es F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Junto a estos siete capítulos se completa con un “Cuestionario” general respondido por el propio Octavio Márquez que da respuesta a su dedicación profesional a la salud mental. Asimismo se incluye una bibliografía específica que alude a la procedencia bibliográfica de los textos presentados en cada uno de los siete capítulos, junto a una bio-bibliografía general de artículos y libros de Márquez. A través de la bibliografía de procedencia se apreciarán los espacios de edición previa, así como la fragmentación o compendio del contenido realizado por Fernández-Carrión de todos los textos incluidos en el presente libro.

Previo al inicio del primer capítulo, Fernández-Carrión elabora una “Introducción” sobre bioética en general y en especial sobre neurociencia, neurobioética y salud mental, donde se analiza sobre la mente, el cerebro, la memoria, la conciencia, la conducta, las emociones, los sueños... y los posicionamientos generales de salud desde la perspectiva neurobioética, que sirve como referente teórico para los lectores en la comprensión de los temas tratados por Márquez Mendoza en el presente primer volumen de sus obras completas. Asimismo, se incluye una bibliografía especial que alude a la procedencia de los textos del autor incluidos en el presente libro (477-489), y una bio-bibliografía de Márquez. Por último, se incluyeron unas notas aclaratorias sobre algunos conceptos o aspectos específicos de la bioética, la neurociencia y la salud mental que contiene el presente libro.

Las obras completas de Octavio Márquez Mendoza, y en especial este primer volumen sobre “Bioética, neurociencia y salud mental”, están destinadas fundamentalmente a estudiantes y profesionales de la medicina, la bioética, la neurociencia, la psiquiatría y el psicoanálisis, para apoyarles desde la teoría y la práctica profesional desarrollada durante décadas.

### Referencias bibliográficas

- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1979). *Principles of Biomedical Ethics (Principios de ética biomédica)*. Oxford University Press.
- Potter, V. R. (1970). Bioethics, the science of survival. *Biology and Medicine*, 14 (1), 127-153.

**Miguel-Héctor Fernández-Carrión**

Doctor en Historia por la Universidad Complutense de Madrid y Doctorado en Economía (con DEA) por la UNED. Investigador colaborador del Cuerpo Académico Bioética y salud mental del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México

# Caso Clínico Comentado

## Historia Clínica

La señora Gloria tiene 60 años y ha sido diagnosticada recientemente de cáncer de mama con metástasis en hueso y pulmón. Está casada con Ricardo desde hace 32 años y no tiene hijos, aunque tiene tres sobrinos que tienen muy buena relación con ella. En el último mes, Gloria ha ido experimentando un dolor creciente que no ha podido ser controlado de modo efectivo por su médico. Ahora la remiten a un centro de cuidados paliativos para intentar controlar el dolor. Después de evaluar a la paciente, el médico recomienda 30mg de morfina de acción prolongada dos veces al día, con morfina de acción inmediata para atacar el dolor cada tres o cuatro horas, según la necesidad. También se le indica Dexametasona para el dolor de huesos. Después de 48 horas de tratamiento la paciente regresa al centro y le comenta que sigue teniendo dolor.

Hablando con Gloria y su marido, el médico descubre que Ricardo le da a su esposa la morfina de acción prolongada, pero limita el otro tratamiento porque, según dice "no quiere que se convierta en una adicta". Le dice al médico que ya están rezando mucho para que se alivie el dolor y que confía en que Dios tendrá misericordia de ella. Gloria parece asumir los deseos de su marido, pero hace algún gesto de disgusto casi imperceptible cuando habla con ella el médico o la enfermera.

## Comentario

### Deliberación sobre los hechos (aclaración y análisis)

Entre un 5% y un 10% de los cánceres de mama tienen metástasis desde el momento del diagnóstico inicial. Aunque es muy difícil erradicar un cáncer metastásico, son muchos los posibles abordajes, cuyo objetivo es reducir o desacelerar el crecimiento de las metástasis de los huesos y ayudar con cualquiera de los síntomas que causan. La mayoría de las personas con un cáncer de mama avanzado se tratan con terapias sistémicas: tratamientos hormonales, terapias diana (terapia dirigida) o quimioterapia.

A pesar de que son posibles varios tratamientos, en el caso de Gloria, cuya historia clínica está bastante incompleta, parece que se ha optado por los cuidados paliativos, lo que hace pensar que está en un estadio muy avanzado, en el que ya no hay esperanzas de recuperación.

### Deliberación sobre los valores

### Listado de problemas éticos

- ¿Se debe respetar la decisión del marido de Gloria de no darle más fármacos para "evitar la adicción"?
- ¿Se debería informar más a Gloria y a Ricardo sobre la situación de la paciente para evitar malentendidos?
- ¿Está Gloria en condiciones de poder tomar decisiones sobre su tratamiento?

- ¿Se debe considerar al marido de Gloria como la persona que debe tomar decisiones sobre el tratamiento de la paciente?
- ¿Se debería hablar con los sobrinos para que también participaran de esta cuestión y pudieran supervisar los cuidados?
- ¿Se deberían explorar otros tratamientos que Gloria pudiera gestionar sin necesidad de supervisión de su marido?

### **Problema ético principal**

En este caso parece claro que el marido ha suplantado a la paciente en cuanto a la gestión y control de los medicamentos, por lo que el problema principal es si se debe considerar al marido de Gloria como la persona que debe tomar decisiones sobre el tratamiento de la paciente.

### **Identificación de los valores en conflicto**

#### Autonomía

Considerar que el marido no debe tomar decisiones por la paciente ni debe ser quien controle los medicamentos. Esto supondría mantener el respeto a la autonomía de Gloria.

#### Beneficencia

Asumir que el marido es quien mejor conoce y puede cuidar a la paciente y que su mayor interés es su bienestar. Valorar también la unidad familiar y el cuidado dentro de ella. Se protege el ideal de beneficencia.

### **Deliberación sobre los deberes**

#### **Cursos de acción extremos**

Si queremos respetar la autonomía de la paciente es claro que debe ser ella quien gestione los medicamentos, en función de sus propias necesidades. Por tanto, habría que prohibirle al marido hacerse cargo de los fármacos

Si queremos buscar el mayor bien de la paciente, tenemos que tener en cuenta a la persona que mejor la conoce y que desea su bienestar, dejando por tanto que sea el marido quien decida cómo gestionar los medicamentos para el beneficio de Gloria.

#### **Cursos de acción intermedios**

Este caso es interesante como ejemplo de casos que pueden resultar confusos. Aparte de lo incompleta que resulta la historia clínica, debemos asumir que el conflicto de valores tiene que ver con la búsqueda del mayor bienestar para la paciente o con preservar su autonomía. Sin embargo, este planteamiento es inadecuado si tenemos en cuenta que el mayor bienestar para la paciente se está valorando desde la interpretación que hace el marido de la situación. Lo bueno para la paciente tiene que ver con su propia concepción de lo que considera adecuado para sí misma, por lo que la beneficencia no puede entenderse desligada de la autonomía.

En realidad, el conflicto tendría más que ver con el valor que otorgamos a la familia, a los cuidados de las personas cercanas y a proteger ese vínculo que existe entre ellos, que puede ser un modo alternativo de buscar también el bien para la paciente, pero que no concuerda con el modo habitual de entender la beneficencia.

Conviene además tener en cuenta que Gloria parece estar de acuerdo con su marido, y probablemente comparte sus creencias y valores, pero nos está dando algunas pistas con los gestos, apenas perceptibles, que hace cuando habla con los profesionales. Posiblemente no quiere hacer explícito su disgusto, o bien ni siquiera se consiente a sí misma plantear la cuestión en otros términos, asumiendo las decisiones de su marido sin cuestionarlas. No obstante, esto es una forma de dejación de su propia responsabilidad como paciente, que no se ha explorado. No podemos partir de meras suposiciones y no

sabemos si ella está de acuerdo, o si está asumiendo un rol pasivo, aceptando los cuidados de su marido, porque no ha podido expresar su opinión. Junto a esto tenemos la obligación de velar por su bienestar, lo que, además de no interferir en el vínculo familiar que es un espacio que puede promover la calidad de vida de Gloria, parece exigir incluir un control del dolor a demanda, en función de sus propias necesidades.

El comentario expresado por el marido sobre la confianza que tienen en la oración puede también darnos un dato significativo acerca de las creencias de esta pareja y su expectativa ante los tratamientos. También este punto debería ser explorado.

Por todo esto, sería necesario:

- Conversar en privado con Gloria para determinar si es una persona capaz, como parece, y qué opinión tiene en relación al control de los medicamentos. Si está de acuerdo con la opinión de su marido o preferiría abordarlo de otra manera
- Hablar con la pareja para informarles adecuadamente de lo que significan los cuidados paliativos, cuáles son los objetivos que se persiguen, para qué vale cada tratamiento y por qué han sido pautados de ese modo, y la importancia que tiene un control de síntomas.
- Explorar con la pareja qué ideas tienen acerca del tratamiento y de las expectativas futuras.
- Hablar con Gloria para ofrecerle apoyo psicológico
- Hablar con Gloria para ofrecerle que sea el médico quien hable con el marido para explicarle que tiene que ser ella quien gestione los medicamentos, si ella no se atreve o no sabe cómo plantearse sin que se sienta ofendido
- Explorar con la pareja si su confianza en la oración supone algún obstáculo para el tratamiento, y conocer cuáles son sus creencias y si se les puede dar algún apoyo para reforzar su bienestar emocional y sus necesidades espirituales
- Ofrecer a la paciente la posibilidad de ser ingresada hasta que se controle mejor el dolor.

### **Curso óptimo propuesto**

Posiblemente el mejor abordaje sería tener una conversación pausada con Gloria para explorar en qué medida se siente cómoda con la situación, si comparte la idea de su marido y si ha comprendido la importancia del control del dolor así como la eficacia esperada de los fármacos.

Adicionalmente, ofreciendo esta opción previamente a la paciente y constatando su aprobación, se puede hablar con la pareja sobre esta cuestión, tratando de que comprendan la necesidad de un control del dolor, y enfatizando la necesidad de que sea Gloria quien pueda gestionarlo.

### **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:** el curso elegido se puede justificar y argumentar públicamente, y con transparencia.
- 3. Prueba de la Legalidad:** el curso de acción es legal.



Asociación de  
**BIOÉTICA**  
Fundamental  
y Clínica

JORNADA DE BIOÉTICA

30 NOVIEMBRE 2018

Lugar: Colegio de Médicos de Madrid (pendiente de confirmación)  
Calle Santa Isabel, 51

## PROGRAMA

### Sesión abierta al público: Experiencias internacionales de muerte médicamente asistida

16:00 – 18:30 Mesa-coloquio (*en inglés – con traducción simultánea*)

Moderador: Dr. Javier Júdez (Vicepresidente de la ABFyC)

*Presentación del Grupo de Trabajo de la ABFyC sobre la “deliberación ética en torno a la muerte médicamente asistida como opción de último recurso”*

*La experiencia holandesa*

Dra. Agnes van der Heide (Erasmus MC, Rotterdam, Países Bajos)

*La experiencia norteamericana*

Prof. Arthur L. Caplan (Director de la División de Ética Médica. NYU Langone Medical Center, NY, EE.UU.) – vía video-streaming desde NY-

*Análisis de las actuales iniciativas legislativas en España*

José Antonio Seoane (Presidente del Consejo de Bioética de Galicia)

**Para más información: [www.asociacionbioetica.com](http://www.asociacionbioetica.com)**



**UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE**  
MADRID

# **TÍTULO PROPIO DE ESPECIALISTA EN BIOÉTICA CLÍNICA**

## **PROGRAMA**

El curso desarrollará con carácter semipresencial, (teniendo 150 horas de clases presenciales), el siguiente programa:

1. ÉTICA GENERAL: Conceptos y Teorías Éticas.
2. HISTORIA, FUNDAMENTACIÓN Y MÉTODOS DE LA BIOÉTICA CLÍNICA: Escuelas e instrumentos.
3. ÉTICA DE LA RELACIÓN CLÍNICA: Comunicación, confidencialidad y consentimiento.
4. ÉTICA DE LA ASISTENCIA MÉDICA: Buenas prácticas. Cuidados intensivos. Trasplantes.
5. MEDICINA, CIENCIA, MAGIA, Y HUMANIDADES: Profesionalismo, filosofía de la ciencia, y mentalidad mágica.
6. ÉTICA DEL ORIGEN DE LA VIDA: Genética y sexualidad. Concepción, Embarazo y cuidados neonatales.
7. ÉTICA DEL FINAL DE LA VIDA: Ancianidad y enfermos terminales.
8. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA: Métodos, principios, normativas e instituciones reguladoras.

Las 150 horas de clases presenciales tendrán lugar en el aula de nuestro departamento, en jueves y viernes por la tarde (de 16 a 21h), para que puedan ser atendidas por alumnos que trabajan por las mañanas.

Serán en total 15 jueves y otros tantos viernes por la tarde, repartidos desde septiembre a junio; (Es decir: se ocupará un jueves y viernes por la tarde cada dos o tres semanas.)

## **INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES**

La información sobre preinscripciones y matriculación puede encontrarse en la web de la Universidad Complutense de Madrid, sección Títulos Propios:

[https://www.ucm.es/estudios/especialista-bioetica\\_clinica](https://www.ucm.es/estudios/especialista-bioetica_clinica)

Para más información contactar con: Prof. Miguel Ángel Sánchez González: [migsan@med.es](mailto:migsan@med.es) Profra. Lydia Feito Grande: [lydia.feito@med.es](mailto:lydia.feito@med.es) Prof. Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas: [benjaminherreros@gmail.com](mailto:benjaminherreros@gmail.com)

# Cajón de bioética y más

## Pensar sobre la naturaleza

El Rock Ethics Institute (Penn State College of Liberal Arts) publica un blog titulado “Everyday Ethics”. En uno de sus posts (26/08/2016), el Dr. Bret W Davis, profesor de filosofía en Loyola University Maryland, responde a la pregunta: ¿Deberíamos preocuparnos por cómo se ve la naturaleza en otras culturas?. Y su respuesta es contundente: Sí, y por varias razones. Extractamos y traducimos aquí dichas razones como elementos interesantes para la reflexión y el debate:

«Es importante reconocer que a pesar de que compartimos con el resto de la humanidad la misma tierra, el agua de los océanos y la atmósfera, y a pesar de que las sociedades del mundo deberían cooperar para responder a los peligros e incluso a la amenaza existencial del cambio climático, nuestras diferentes culturas han condicionado de modos diferentes nuestro modo de entender los fenómenos naturales y la relación entre los humanos y el resto de la naturaleza. Nuestras tradiciones artísticas, científicas, filosóficas y religiosas diseñan los modos en que concebimos y percibimos la naturaleza.

La primera razón pragmática por la que deberíamos preocuparnos por las perspectivas alternativas sobre la naturaleza es que queremos trabajar de modo efectivo con otras personas sobre problemas que se refieren al medio ambiente que compartimos. Por ello debemos intentar comprender los valores con los que otras gentes se aproximan a este tema. En otras palabras, para cooperar con otros en la resolución de los problemas del cambio climático y otros relativos a nuestro entorno natural, necesitamos ser capaces de comprender sus puntos de vista además de explicar los nuestros. (...)

Hay además razones éticas para preocuparse por lo que otros piensan sobre la naturaleza. No sólo hay un deber ético obvio de salvar y mejorar las vidas, resolviendo los problemas medioambientales de modo efectivo, sino que también es éticamente imperativo intentar comprender cómo piensan otros, de modo que podamos tratarlos, como diría Kant, como fines en sí mismos y no meramente como medios para lograr nuestros propios objetivos.

Consideremos la regla de oro: “Haz a los otros lo que habrías querido que te hicieran a ti”. Una versión de este principio básico de la moralidad se puede encontrar en muchas tradiciones. Pero hay una cuestión que siempre me ha preocupado: ¿cómo sé que los otros no desean cosas diferentes de las que yo deseo? ¿Por qué debería asumir que quieren ser tratados del mismo modo que yo querría ser tratado? Y así la formulación “negativa” de Confucio de la regla de oro me parece más prudente y preferible: (...) “No impongas a los demás lo que tú mismo no deseas”. (...) Antes de apresurarnos a intentar cambiar las vidas de los otros, actuando bajo la presunción de que ellos quieren las mismas cosas que nosotros, haríamos bien en preguntar y escuchar cuidadosamente lo que digan. Puede que incluso aprendamos algo.

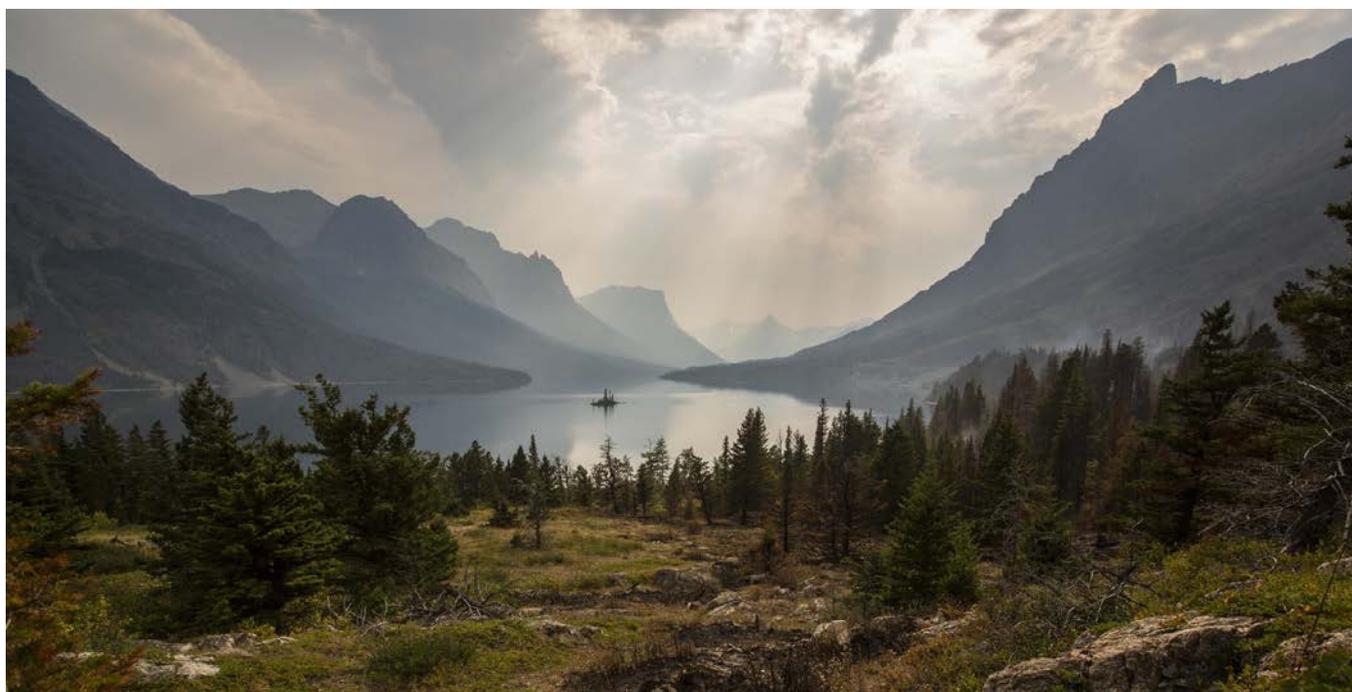
Esto lleva a una tercera razón por la que deberíamos preocuparnos por lo que la gente de otras culturas piense sobre la naturaleza y nuestra relación con ella. Podríamos aprender algo de ellos, no sólo sobre cómo piensan, sino también sobre cómo deberíamos nosotros pensar sobre estos asuntos.

Consideremos los efectos destructivos medioambientalmente del capitalismo consumista occidental, (...)prácticas que hemos expandido —algunas veces más o menos imponiéndolas— en otras tierras, con frecuencia en nombre de llevarles la misma calidad de vida que nosotros disfrutamos. El

problema no es sólo que la retórica de la regla de oro haya sido frecuentemente una cobertura hipócrita bajo la que tenía lugar una expansión comercial junto con una colonización política y/o cultural. El problema es también que el modo de vida que ofrecemos o imponemos a otros no ha sido, a largo plazo, tan claramente de alta calidad como pensamos que iba a ser. (...) Muchas de las fuentes culturales ignoradas, despreciadas o marginadas son un rico conjunto de concepciones alternativas de la naturaleza y su relación con los humanos. Seguramente los nativos americanos, los africanos, los asiáticos y otras personas no-occidentales y sus tradiciones culturales tienen mucho que enseñarnos en cuanto a cómo debemos repensar nuestra relación con el mundo natural.

Los problemas a los que nos enfrentamos colectivamente a este respecto deberían ser ponderados y atendidos a varios niveles. Necesitamos elegir legisladores que actúen rápidamente para establecer regulaciones que, por ejemplo, limiten significativamente las emisiones de contaminantes. También necesitamos científicos sociales y filósofos que reflexionen críticamente sobre cómo la cultura del consumo de la aldea global está diseñando nuestros pensamientos, formando y alimentando nuestros deseos de modo que se mantenga el status quo del complejo político-corporativo que dirige las máquinas de la destrucción ambiental.

Al mismo tiempo que actuamos con urgencia y que criticamos desde el pensamiento, necesitamos también escritores, filósofos, investigadores y representantes espirituales que den un paso atrás, reflexionen con cuidado, y reimaginen con fuerza nuestros más básicos conceptos ontológicos, biológicos y antropológicos. Aquí es donde más tenemos que aprender de otras culturas.»



# Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [XIX Semana de ética y filosofía política](#). "Nuevas narrativas éticas y políticas". Congreso internacional AEEFP-SIEU. Ferrol. 3-5 Octubre 2018.
- [Congreso "Big Data biosanitarios: Oportunidades e implicaciones jurídicas"](#). Cátedra de Derecho y Genoma Humano de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Bilbao, 8-9 octubre 2018.
- [Curso Planificación Compartida de la Atención I. Nivel Básico: Conceptos y habilidades](#). 19-20 octubre 2018. [Curso Planificación Compartida de la Atención II Nivel Avanzado: Contextos y herramientas en enfermedad crónica avanzada y grave](#). 16-17 noviembre 2018. Cursos impartidos por el grupo español de Trabajo de planificación compartida de la atención (get-pca). Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- [XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados](#). Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) del Instituto de Salud Carlos III. 14-16 noviembre de 2018. Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba.
- [VII Jornadas de aspectos éticos de la investigación biomédica](#) "Más allá de los ensayos clínicos: el papel de los Comités de Ética de la Investigación". Comité de Ética de la Investigación (CEI) del Instituto de Salud Carlos III. 27-28 noviembre 2018
- [UNESCO Chair in Bioethics. 13th World Conference](#). "Bioethics, Medical ethics and Health law". Jerusalén, 27-29 noviembre 2018.
- [XIV Congreso Mundial de la International Association of Bioethics](#) "Health for all in an unequal world: obligations of global bioethics". Organizan: Forum for Medical Ethics Society (FMES), Sama Resource Group for Women and Health, St. John's National Academy of Health Sciences, Society for Community Health Awareness Research and Action (SOCHARA). 5-7 diciembre 2018. Bengaluru (India)

## Bibliografía y fuentes de Bioética



- Ramos, S. Bioética: Una reflexión necesaria para las decisiones que más importan. Plataforma editorial, 2018.
- Carbajal, M. El clon en el cine de ciencia ficción contemporánea. Estudio en cuatro películas. Sizigias Ebooks, 2018.
- Edmonds, d. (ed.) Los filósofos miran hacia el mundo. Cátedra, 2018
- Nucci, E. di, Ethics in healthcare. A philosophical introduction. Rowman & Littlefield International, 2018.
- Hostiuc, S. (ed.) Clinical ethics at the crossroads of genetic and reproductive technologies. Academic Press, 2018.
- Schwarz, E. Death machines. The ethics of violent technologies. Manchester University Press, 2018.
- Watson, C. The language of kindness. A nurse's story. Tim Duggan Books, 2018.
- Scher, S. & Kozłowska, K. Rethinking health care ethics. Palgrave Pivot, 2018.
- Quante, M. Personal identity as a principle of biomedical ethics. Springer, 2018.
- Racine, E. & Aspler, J. (eds.) Debates about neuroethics. Perspectives on its development, focus and future. Springer, 2018.

## Información para autores/as

1. El objetivo de la Revista *Bioética Complutense* es contribuir a la difusión y el desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa. Se incluyen todas las opiniones, siempre que estén justificadas, y se valoran las aportaciones de las diversas aproximaciones y enfoques a las cuestiones.

2. La Revista *Bioética Complutense* se publica trimestralmente (cuatro números al año), en formato electrónico, bajo una licencia Creative Commons © de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

3. **Artículos:** La Revista *Bioética Complutense* publica artículos en castellano, pero acepta originales en inglés (consultar otras lenguas). Los artículos no deberán exceder las 3.500 palabras (incluidas tablas y cuadros, si los hubiere); irán precedidos de título, resumen (máximo 80 palabras) y palabras clave, tanto en el idioma en el que hayan sido redactados como en inglés.

Al final del artículo se puede incluir un apartado de Referencias bibliográficas. En este apartado se consignarán las obras por orden alfabético, siguiendo el sistema de citación de la APA. Ejemplos:

- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Fins, J.J. (2010). The humanities and the future of bioethics education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19, 518-21.
- Hare, R.M. (1994). Utilitarianism and deontological principles. En R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics*. (pp.149-157). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Marzo 2015). *Grey Matters. Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics and Society*. Recuperado de [http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter\\_V2\\_508.pdf](http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf)

En caso de que el artículo contenga notas, éstas irán situadas a pie de página, numeradas correlativamente conforme a las llamadas en superíndice incluidas en el texto. Las referencias bibliográficas incluidas en las notas seguirán el sistema de citación APA.

4. **Reseñas:** Las reseñas de libros, eventos y otras informaciones no excederán las 1.500 palabras. Incluirán el título y datos bibliográficos del libro, o los datos del evento.

5. Se admite la inclusión de tablas, cuadros, dibujos e imágenes.

6. Los originales deben ser enviados en formato Word (con el texto lo más limpio posible, sin introducir códigos) a la siguiente dirección de correo electrónico: [bioeticacomplutense@gmail.com](mailto:bioeticacomplutense@gmail.com)

El autor habrá de indicar su dirección de correo electrónico. Así mismo, adjuntará un breve curriculum (3 líneas máximo) y el dato de afiliación que desea hacer constar bajo su nombre.

7. Se acusará recibo de los manuscritos. El Consejo de Redacción decidirá, en base a los informes de los evaluadores, sobre la conveniencia de su publicación.

8. Los manuscritos presentados no deben haber sido publicados anteriormente ni estar en vías de publicación.

9. Deben expresarse los posibles conflictos de intereses que tengan los autores (relaciones financieras o personales que puedan influir en su trabajo de modo inadecuado).

10. Para cualquier modificación de estas normas, artículos con formatos excepcionales, o preguntas en general, dirigirse a la dirección de email de envío de originales.

## Information for authors

1. The objective of *Bioethics Complutense* Magazine is to contribute to the dissemination and development of bioethics from a plural, open and deliberative perspective. All opinions are included, provided they are justified, and the contributions of the various approaches to issues are valued.

2. *Bioethics Complutense* Magazine is published quarterly (four issues per year), in electronic form, under a Creative Commons© license Attribution- NonCommercial-NoDerivs (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

3. **Articles:** *Bioethics Complutense* Magazine publishes articles in Spanish, but accepts originals in English (see other languages). Articles should not exceed 3,500 words (including tables and charts, if any); shall be preceded by title, abstract (maximum 80 words) and keywords, both in the language in which they were written and in English.

At the end of the article may be included a References section. In this section works should be entered in alphabetical order, following the APA system of citation. Examples:

- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Fins, J.J. (2010). The humanities and the future of bioethics education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19, 518-21.
- Hare, R.M. (1994). Utilitarianism and deontological principles. En R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics*. (pp.149-157). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Marzo 2015). Grey Matters. Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics and Society. Recuperado de [http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter\\_V2\\_508.pdf](http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf)

If the article contains notes, they will be located as footnotes, numbered consecutively as superscript calls included in the text. The bibliographical references in the notes should follow the APA citation system.

4. **Reviews:** Book reviews, events reviews and other informations will not exceed 1,500 words. They include the title and bibliographic data of the book or the event data.

5. The inclusion of tables, charts, drawings and pictures is accepted.

6. The originals must be sent in Word format (with text as clean as possible without introducing codes) to the following email address: [bioeticacomplutense@gmail.com](mailto:bioeticacomplutense@gmail.com)

The author must specify his/her e-mail address. Also, it must be attached a brief curriculum (maximum 3 lines) and affiliation data he/she wants to include with his/her name.

7. Receipt of manuscripts will be acknowledged. The Editorial Board will decide, based on the reports of the evaluators, on the desirability of publication.

8. Manuscripts submitted must not have been published previously or be in process of publication.

9. There must be expressed the potential conflicts of interest that authors may have (financial or personal relationships that may influence their work inappropriately).

10. For any modification of these rules, items with exceptional formats, or general questions, please contact the email address for sending originals.

---

*Bioética Complutense*

ISSN: 2445-0812



# Bioética *Complutense*

ISSN: 2445-0812



Nº35  
Septiembre 2018  
*Segunda época*