

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

- Ética e inteligencia artificial
- El peligroso juego de los dilemas
- La bioética como hermenéutica
- Enfermedad como dimensión
- Tomar las mejores decisiones
- Caso clínico comentado

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 Andrés
D. José Ramón Amor Pan
D. Tomás Domingo Moratalla
D. Diego Gracia Guillén
D. F. Javier Rivas Flores
D.^a 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-SinObrasDerivadas 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 Nº36 Diciembre 2018

Editorial	p.1
Artículos	
• Aproximación a la ética de la inteligencia artificial – L. Feito	p.2
• El peligroso juego de los dilemas – D. Gracia	p.5
• ¿Qué es esto que llamamos “bioética”? III. La bioética como hermenéutica – T. Domingo Moratalla	p.7
• La enfermedad como dimensión del ser persona – D. Rojas	p.11
• Me da que pensar... ¿para tomar las mejores decisiones es suficiente con estar muy bien informado? En este mundo que cambia tan rápidamente –G. Álvarez	p. 15
Caso clínico comentado	p.17
Reseña de libros	
○ <i>Inmunoterapia ética</i> – J.R. Amor	p.21
Reseña de eventos	
• Jornada de Bioética – Asociación de Bioética Fundamental y Clínica	p.22
Cajón de Bioética	p.24
Novedades y bibliografía	p.25
Normas para los autores	



Un año más toca hacer balance. Han sido doce meses de noticias, proyectos, reflexiones, diálogos. Seguramente podríamos haber hecho más, quedan tareas pendientes para el próximo año. Pero lo más importante es el compromiso responsable con el trabajo bien hecho. La bioética necesita más que nunca profundidad en sus planteamientos, rigor en sus aportaciones, seriedad en sus comentarios. En ningún caso puede convertirse en una labor frívola o superficial. Y por eso es preciso combatir la premura y la precipitación en los juicios, la moda y sus exigencias, los titulares y sus prisas.

Conviene reivindicar aquí aquella consigna de Eugenio D'Ors que nos conminaba a buscar la obra bien hecha. Es necesario sacar lo mejor de nosotros mismos para buscar la realización más acabada y perfecta. No podemos conformarnos con la mediocridad.

Es mucho lo que queda por hacer, y hay que hacerlo bien. Por eso, desde aquí, nuestro deseo para el año nuevo es que todos tengamos imaginación para poner en marcha muchos e interesantes proyectos, sabiduría para llevarlos a cabo con corrección y minuciosidad, y energía para no desfallecer ante la dificultad de la empresa.



Lydia Feito Directora

Aproximación a la ética de la inteligencia artificial

La ciencia ficción nos tiene acostumbrados a imaginar hipotéticos mundos futuros en los que la convivencia entre los humanos y los seres inteligentes artificiales es una constante. En la mayor parte de los casos encontramos escenarios de bienestar, donde los humanos han delegado buena parte de las tareas en las máquinas, que, sin embargo, se convierten fácilmente en entornos hostiles donde la supervivencia humana está en peligro ante la ambición desmedida de unos seres pensantes que son conscientes de su propia existencia.

Películas como la ya clásica *Blade Runner* (1982), inspirada en la novela de Philip K. Dick *¿Sueñan los androides con ovejas eléctricas?* (1968), nos plantean la angustia existencial de los androides que tienen un tiempo limitado de vida, junto con la duda permanente acerca de qué es lo que nos hace humanos y si es tan sólo la capacidad de empatía lo que nos diferencia de un robot. Otras, como *Yo, robot* (2004), inspirada en este caso en la novela *Caliban de Isaac Asimov*, de Roger MacBride, que a su vez guarda relación con la colección de relatos de ciencia ficción de Isaac Asimov, nos muestra un mundo en el que se confía en los robots, que forman parte de la vida diaria de las personas, pero donde se plantean paradojas constantes respecto a la posibilidad de que las máquinas puedan vulnerar las leyes que los humanos han establecido para su propia seguridad. Y también tenemos relatos como el de *Her* (2013) donde se muestra cómo sería una relación con una inteligencia artificial que parece tener sentimientos. De hecho, la duda constante sobre la posible conciencia de las máquinas pensantes y la posibilidad de disponer de un test, como el propuesto por Alan Turing, para distinguir al humano de la máquina, es un tema recurrente que obsesiona y que se expone por ejemplo en *Ex Machina* (2015). Pero sin duda, el paradigma de una inteligencia artificial que adquiere poderes con los que trata de dominar al ser humano es el ordenador Hal 9000 protagonista de la película *2001. Una odisea del espacio* (1968).

Los androides y ginoides son la forma que quizá ha permitido hacer más visible de la inteligencia artificial. Robots con forma humana que, aparentemente, realizan las mismas funciones que las personas y pueden, hipotéticamente, llegar a confundirse entre los humanos. En algunos casos se ha logrado que puedan mantener conversaciones con las personas, aparentando tener alguna empatía e incluso personalidad propia. Es el caso, entre otros, del robot Nadine, construido en Singapur en 2013.

El más famoso de estos ginoides es Sophia, un robot creado por Hanson Robotics en 2016, que está siendo entrevistada en diversos países del mundo, llegó a hablar en las Naciones Unidas y parece una estrella mediática, mostrando a todos lo ocurrido que puede resultar en una conversación. En 2017 Arabia Saudí le concedió la ciudadanía saudí, recibiendo por ello fuertes críticas. Propiamente, Sophia no dispone de una inteligencia artificial, sino de un sistema de árbol de decisiones para seleccionar la respuesta más idónea, de modo similar a como actúa un chatbot, un software diseñado para realizar tareas sin ayuda de un ser humano y que se utiliza, por ejemplo, para servicios de interacción con un cliente como reservas de restaurantes o compras por internet. Sin embargo, como otros androides y ginoides, trata de relacionarse con los humanos de un modo que simula cierta capacidad de entender a las personas y que parece muy similar al comportamiento humano.

Estos dispositivos no nos dejan indiferentes. Por un lado, nos generan cierta fascinación y curiosidad, al ver máquinas que se parecen a los seres humanos. Incluso se está desarrollando toda una línea de investigación sobre robots sociales, diseñados para la interacción humana y que podrían ser utilizados en un futuro próximo para el cuidado de personas dependientes. Por ello deben mejorar su capacidad lingüística, sus gestos y poder seguir la mirada de su interlocutor, de modo que parezca que están escuchando y atendiendo con interés de un modo realista. Como ya comentamos en otro artículo,¹ esta tecnología no está exenta de riesgos y problemas.

No obstante, la antropomorfización de los robots puede resultarnos también desagradable. Es lo que explica la denominada “teoría del valle inquietante”. El término “valle inquietante” fue propuesto por el experto en robótica Masahiro Mori en 1970 para expresar cómo es la reacción de las personas ante los robots. Inicialmente, conforme la máquina se va pareciendo al humano, va generando mayor aceptación, sin embargo, se alcanza un punto de inflexión en el que esa excesiva semejanza de los androides o ginoides con los humanos se torna en rechazo y aversión. A pesar de ello, conforme la similitud sigue creciendo, esa repugnancia se vence y se retorna a la aceptación.

Sin embargo, no son los robots con forma humana la manifestación más frecuente de la IA en la sociedad. La inteligencia artificial es susceptible de mostrarse en multitud de entornos, algunos de los cuales están ya en nuestra vida cotidiana. Desde los navegadores de los coches, los sistemas de recomendación de libros o música basados en las preferencias del usuario (por las compras o clasificaciones previas realizadas), las máquinas capaces de hacer diagnósticos médicos y recomendar tratamientos, hasta las máquinas aspiradoras que limpian el suelo haciendo mapas virtuales del espacio y planificando su tarea, los robots quirúrgicos, o los asistentes virtuales de los teléfonos a los que podemos pedir una gran variedad de información, etc. Disponemos ya de un sinfín de dispositivos que utilizan alguna forma de inteligencia artificial, por rudimentaria que sea.

Esto nos permite intuir que la inteligencia artificial está más presente de lo que uno puede pensar inicialmente, que agiliza y facilita múltiples tareas, generando una mayor comodidad para los usuarios y que, precisamente por ello, tiene una enorme capacidad de implantación pues, al estar disponible en el mercado, se va introduciendo sin apenas oposición o cuestionamiento.

Por otro lado, el imparable avance de la inteligencia artificial y sus grandes beneficios económicos hacen prever radicales cambios en las próximas décadas. Raj Reddy, miembro de la Academia China de Ingeniería, vaticinaba en la Conferencia Mundial sobre Inteligencia Artificial celebrada en Shangai en septiembre de 2018, que la eficiencia y productividad de la IA daría lugar a un crecimiento del PIB mundial hasta los 1000 billones de dólares en 20 años (trece veces más que la cifra actual).

Esto ha suscitado la preocupación de muchas personas. Figuras tan famosas como Stephen Hawking, Elon Musk (CEO de Tesla y SpaceX), o Serguéi Brin (cofundador de Google) han alertado acerca de los riesgos que tiene la IA, en algunos casos con visiones bastante catastrofistas, preguntándose si la IA puede destruir a los seres humanos.

Dos tipos de inteligencia

Pensar en serio los problemas éticos que puede generar la inteligencia artificial se convierte así en una necesidad. Para abordar convenientemente la cuestión, conviene diferenciar entre una inteligencia artificial de dominio específico, es decir, la que estaría orientada a la realización de tareas concretas, de la inteligencia artificial general, que sería un concepto más global de inteligencia similar a la humana, dotada de capacidades muy variadas para trabajar en entornos múltiples.

La inteligencia artificial de dominio específico sería un tipo de IA que se reduce a una función concreta, en la que es capaz de lograr una realización equivalente o superior a la humana. No es una inteligencia general y por tanto sólo puede tener una función específica. Por ejemplo, jugar al ajedrez, aunque tradicionalmente ha sido considerado un paradigma de inteligencia, supone una capacidad de tomar decisiones utilizando un conjunto de probabilidades. Es un campo restringido de competencia y, por tanto, aunque una máquina como Deep Blue fue capaz de superar la ejecución humana, lo único que puede hacer es jugar al ajedrez.

Los problemas éticos que plantea este tipo de IA son similares a los que puede plantear cualquier otra tecnología que interactúa con los seres humanos o que se implanta en un entorno social. Especialmente problemas de seguridad, control de las operaciones, fines para los que se utiliza la máquina (armas), impactos que puede tener la implantación del uso de estas máquinas en los entornos sociales (trabajo, interacción social). Si bien, como se verá más adelante, la posibilidad de que las máquinas aprendan abre nuevos interrogantes.

Por su parte, en el caso de la inteligencia artificial general nos enfrentamos con la posibilidad de desarrollar una inteligencia equivalente o similar a la humana que podría realizar cualquiera de las funciones que nosotros hacemos, con un nivel de ejecución probablemente superior al nuestro (ya que se eliminarían errores, no habría cansancio o bajada del nivel de atención). La IA general no se refiere a un dominio específico, sino que tiene una dimensión más global y puede actuar en diferentes contextos.

En este caso los problemas que se plantean son de índole muy diferente. Además de la seguridad, que es siempre una preocupación básica, se abren interrogantes acerca de los límites de una inteligencia que aprende, que se supera a sí misma y que nos está obligando a repensar qué significa ser humano.

Dos tipos de ética

Es importante también distinguir dos aproximaciones desde la ética: la “roboética” y la “ética de las máquinas”. La roboética –expresión que fue utilizada por primera vez por Gianmarco Veruggio en 2002—,¹ sería sinónimo de ética de la robótica, es decir, el estudio de los aspectos éticos relativos al diseño, construcción, uso y tratamiento de los sistemas con inteligencia artificial. Se trataría por tanto de una ética aplicada que analiza problemas relativos a los requisitos que debe cumplir una máquina para ser diseñada y utilizada conforme a una serie de criterios éticos (como la disponibilidad, fiabilidad y seguridad).

En este contexto, uno de los enfoques más interesantes es el denominado “diseño sensible a valores” que podría definirse como “una aproximación teórica al diseño de la tecnología que toma en consideración los valores humanos, de modo comprensivo y basado en principios, a través de todo el proceso de diseño”.¹ La idea subyacente es que las tecnologías incorporan valores (frente a la tesis de la neutralidad axiológica que mantienen quienes defienden una visión instrumental) y, por tanto, es esencial evaluar el modo de construir y diseñar las máquinas de manera que se promuevan determinados valores.

Evidentemente, los retos son aquí algo diferentes de los que plantean otras tecnologías, en la medida en que estas máquinas son capaces de aprender y pueden adquirir autonomía. En tal caso no se trata de un mero mecanismo sino que es una entidad con rasgos en algunos casos semejantes a los humanos. Estas máquinas serían producidas por personas, de modo que están dentro de la categoría de “lo construido”, por ello no podrían reclamar una consideración diferente de la de objetos. Sin embargo, en la medida en que muestran inteligencia, existe una tendencia a atribuirles una consideración diferente. Esto se hace más palpable en el caso de los mencionados robots sociales, con quienes se establecen lazos afectivos, generando una sensación de que están vivos. El trato debido se plantea entonces como algo similar al que otorgaríamos a otros seres vivos como los animales.

Algunos autores consideran que se puede ir incluso más lejos, de modo que si las máquinas muestran rasgos que son críticos para la determinación de la condición de persona, tales como la capacidad de razonamiento, la posibilidad de interactuar en una situación social o la personalidad, entonces sería posible incluirlos en una categoría de seres con consideración ética. Y en tal caso, el trato que merecerían recibir debería ser más similar al de los seres humanos.

En este caso, la robótica tiene que ver con un segundo nivel, más allá de los criterios éticos para el diseño de los sistemas de IA, que se refiere a cuál debe ser el trato que reciban las entidades de IA.

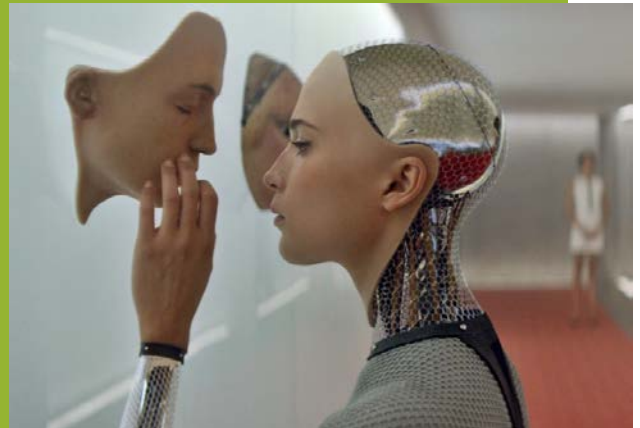
Pero podemos ir todavía más lejos, planteando cuál debería ser el comportamiento aceptable éticamente de una máquina de IA. Esto supone considerar la máquina como agente, y no sólo como receptor pasivo. Con ello nos introducimos en otra aproximación, la llamada ética de las máquinas, que se refiere específicamente a la posible consideración de la IA como agente moral.

En la medida en que los sistemas de IA alcanzan autonomía en la toma de decisiones —lo cual supone que tienen posibilidad de auto-gobernarse sin intervención o control humano—, podemos considerar que las máquinas son agentes de decisión, cuyas consecuencias pueden ser muy importantes.

De nuevo se plantea aquí la necesidad de un diseño sensible a valores, sin embargo, en la medida en que el sistema debe tomar decisiones con contenido ético, es preciso dotarle de herramientas que le permitan alguna clase de razonamiento moral. Los interrogantes aquí se cifran en la necesidad de determinar cuáles son los estándares éticos que deben implementarse, si es adecuado inscribir una serie de principios y algoritmos que el sistema pueda aplicar a los casos particulares, o si es más adecuado que los sistemas puedan tener sus propias experiencias y que aprendan a partir de ellas cuál es el comportamiento éticamente correcto. Todo esto sirve también como cuestionamiento de nuestra misma condición humana, pues se plantea cómo adquirimos una conducta ética, de modo que la investigación en IA es también un modelo para comprendernos a nosotros mismos.

Lydia Feito Grande

Profesora de Bioética y Humanidades
Médicas
Universidad Complutense de Madrid



Fotograma de *Ex Machina*

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



El peligroso juego de los dilemas

A Felipe Solsona

Quienes me conocen algo saben que tengo alergia a los dilemas. No sé si la alergia me la provocan los propios dilemas, o más bien sus defensores. Abro el recurso documental más potente de que dispone la profesión médica, Medline, introduzco en el buscador “*moral dilemma*” y aparecen indizadas 3.838 referencias. Los dilemas nos invaden. Hoy no resulta posible hablar seriamente de ética o de toma de decisiones sin aludir al clásico “dilema del prisionero”, que construyeron sesuda y artificialmente unos investigadores californianos para demostrarnos la importancia del asunto. Introduzco “*prisoner’s dilemma*” en Medline y aparecen 23.357 artículos. A lo que parece la cuestión de los dilemas es cosa seria. ¿A qué se deberá?

Esta pequeña pesquisa hace sospechar que a los seres humanos esto de los dilemas nos encanta. Nos gusta jugar a los dilemas. De hecho, era uno de los ejercicios predilectos de los lógicos y retóricos antiguos. En la Edad Media gozó de bastante prestigio escolar el género literario llamado *sic et non*, título del libro escrito por uno de sus mayores dialécticos, Pedro Abelardo. A la postre no era otra cosa que la versión latina de lo que en la retórica griega se conoció con el nombre de *antilogía*. Algo que les encantaba a los sofistas. Se trataba de defender una opinión y su opuesta. En el fondo, todo es defendible, aunque sólo sea porque las palabras, lejos de poseer un solo significado, son multívocas, cuando no equívocas. Manejando con habilidad el lenguaje, todo resulta a la postre defendible.

Se me dirá que hay otros modos más serios y positivos de entender el dilematismo. Y, en efecto, más cerca de nosotros, Kierkegaard publicó en 1843 un libro cuyo título es *Aut, aut*. Hay críticos que lo consideran su libro más importante, y el dilema está en elegir entre las dos concepciones dominantes de la existencia, la concepción estética y la concepción ética. Pero como Kierkegaard era persona muy meditabunda y juiciosa, resulta que lejos de quedar prisionero de ese aparente dilema, concluye en su libro que la opción correcta no es ninguna de esas dos, sino otra que denomina la concepción religiosa de la vida. Resulta que el dilema no era tal. Se trataba de un mero espejismo.

Yo vengo defendiendo desde hace mucho que en la vida real los dilemas son rarísimos, pero que tenemos la manía de hacer pasar por tales cosas que no lo son. Para que exista un dilema, como su nombre indica, es preciso que sólo haya dos posibilidades de elección, la positiva y la negativa. Cuando hay más, no estamos ante un dilema sino ante otra cosa que debe llamarse, técnicamente, problema. Es problema porque tenemos que decidir entre varios cursos de acción, más de dos, que hemos de comenzar identificando. Y aquí está el punto complejo y oscuro. Porque identificar todos los cursos posibles de acción es tarea que requiere tiempo y esfuerzo, cosa que podemos evitarnos, y que de hecho evitamos de modo inconsciente, reduciendo todos los posibles cursos de acción a dos, que además serán antitéticos. Casi sin darnos cuenta, reducimos los problemas a dilemas, y de ese modo ya no tenemos más que elegir entre ellos el que nos parezca más correcto.

Está claro que con tal procedimiento prescindimos de todos los posibles cursos intermedios. Reducimos el análisis a la elección entre los cursos extremos. Lo cual es ya cuando menos arriesgado, dado que entre aquéllos podría ser que estuviera el curso óptimo, que en principio es el único que cabe considerar correcto. Pero es que, además, los cursos extremos son por definición los pésimos, de tal modo que no podrán considerarse nunca correctos más que cuando fallan todos los otros posibles cursos, por necesidad intermedios. Quiere esto decir que cuando jugamos al dilematismo, nos estamos exponiendo, no sólo a no optar por el curso óptimo, sino a elegir el pésimo.

Aristóteles, por ello mismo, nos aconsejó buscar el curso óptimo entre los intermedios. Es lo que los manuales describen como el criterio de la *mesótes*. *Mésos* en griego significa medio, y de él proceden términos como “mediocridad” o “medura”. Este último se halla bastante cercano a lo que estamos diciendo. No hay decisión que pueda considerarse correcta si no es mesurada, o como de nuevo diría Aristóteles, “prudente”. La ética va de eso. Y la vida, también.

Bueno, pues apliquemos este criterio a ciertos temas de rabiosa actualidad y en los que cada vez parecemos estar más empantanados. Tengo la costumbre de oír por las mañanas la BBC de Londres durante un rato. En ella el tema del *brexit* es tan recurrente y obsesivo como sucede con el de Cataluña en nuestros medios de comunicación. Aquellos decidieron romper amarras con la Unión Europea mediante un referéndum. Y por lo que oigo un día sí y otro también, se plantean si deben hacer otro o si hay que considerar que con uno ya es suficiente. De las múltiples intervenciones que he ido escuchando, sólo cabe sacar una conclusión, que nadie sabe muy bien lo que debe hacerse, y que una gran mayoría de la población está bastante arrepentida de aquel dichoso referéndum. Hoy muchos piensan que no debería haberse llevado a cabo.

La cosa es tanto más preocupante, cuanto parece que no es un ejemplo aislado. En Cataluña van por el mismo camino. La gran cuestión es el referéndum, que les deje el gobierno central hacer un referéndum de autodeterminación. Y se apela a que ese es el procedimiento más participativo, y por tanto más democrático, de modo que el prohibir su celebración es un acto de puro autoritarismo que, dicen, recuerda tiempos pretéritos. Y este país anda en la duda hamletiana de si referéndum sí o referéndum no. El pobre Hamlet cayó también en las redes de un terrible dilema: “ser o no ser: esta es la cuestión”.

Volvamos desde la política a la lógica y la ética. Los referéndums son siempre dilemáticos. No tendrían por qué serlo, puesto que cabría hacer la consulta con preguntas abiertas, o permitiendo más de una alternativa. Pero basta insinuar esto a un político, para que se le pongan los pelos como escarpas. *Nec nominetur inter vos*, que se decía en otros tiempos. Las preguntas claras y escuetas, de tal manera que la respuesta sea, como decía el catecismo que yo estudié de niño, “sí o no, como Cristo nos enseñó”. Como podrá comprobarse, esto de los dilemas es una enfermedad, y además epidémica.

Para terminar, una anécdota personal. Hace ya muchos años, en Televisión española hubo un programa de enorme éxito y que por ello mismo duró activo muchos años. Se titulaba *La clave* y estuvo en antena entre 1976 y 1985, si la Wiquipedia no miente. Era de lo más serio y respetable de la programación televisiva. Se visionaba una película, y después la comentaban seis invitados, tres a cada lado del moderador, que permanecía en el centro. Alguna vez me llamaron para participar en los debates. Yo siempre pregunté que dónde iban a sentarme. Ni que decir tiene que procuraban sentar a un lado a quienes estaban a favor del tema que se debatiera, y en el otro a los contrarios. Yo les dije que no quería estar en ninguno de los lados, sino en el centro. Así que nunca fui al programa. De lo que se trataba era de hacer otro ejercicio más de *aut-aut*, como en los viejos manuales de retórica, no de deliberar, ese procedimiento que propuso Aristóteles y que ha pasado por la cultura occidental sin pena ni gloria, manipulado y malinterpretado, cuando no pura y simplemente desconocido, ignorado.

Se nos llena a todos la boca con la palabra democracia. Pero qué pobre cosa es ésta cuando la secuestramos en la cárcel del dilematismo. Algo a lo que parecen haber sucumbido con sorprendente complacencia tanto políticos como teóricos del Estado, y en otro orden de cosas comunicadores, periodistas e incluso eclesiásticos. Y como no podía ser de otro modo, también los educadores. Es un problema de lógica y también de ética. A la postre, un problema de educación. Cuando se juega a los dilemas, tenemos derecho a pensar que la calidad de nuestra educación ciudadana está bajo mínimos. Y por tanto también la de nuestra democracia. ¿No será esto lo que nos está sucediendo?

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

¿Qué es esto que llamamos bioética? III. La bioética como hermenéutica

En esta tercera, y última, entrega de nuestro esfuerzo por alcanzar una definición de bioética esbozaré una definición global que asuma lo ya conseguido. La bioética es una ciencia estricta, decíamos en la primera entrega, y es un saber de experiencia, decíamos en la segunda; de esta manera la bioética se caracteriza por ser un esfuerzo teórico y reflexivo, filosófico y, al mismo tiempo, por tener una vocación clínica y práctica. Hemos mostrado que estos dos intereses no están reñidos, sino que se aúnan, se potencian y definen el amplio campo de la bioética. La bioética es fundamental y clínica, las dos cosas.



Considero que la forma más honesta, adecuada y, al mismo tiempo, más productiva de buscar la conexión y articulación de ambas perspectivas se da en el espacio hermenéutico, en la dimensión hermenéutica. Por esto mismo podemos afirmar que la bioética es hermenéutica, o que la hermenéutica es la mejor forma de adjetivar a la bioética en nuestros días, y eso no supone olvidar la dimensión clínica, ni tampoco decantarse por una escuela parcial del pensamiento contemporáneo.¹

La hermenéutica se ha presentado tradicionalmente como una búsqueda de la verdad en el campo de la interpretación. Y ha procurado siempre combatir el subjetivismo y la arbitrariedad. La hermenéutica es una filosofía con pretensión de universalidad en el campo de las humanidades y las ciencias sociales. Es una filosofía compleja, arborescente, y con muchos rostros. Los tres autores fundamentales son P. Ricoeur, H.-G. Gadamer, y J. Ortega y Gasset. Son, sin lugar a dudas, tres grandes filósofos del pensamiento contemporáneo, y tenemos la inmensa suerte de que su pensamiento puede ser aproximado a la bioética de manera oportuna. La bioética puede nutrirse y enriquecerse de estas filosofías. No podemos dejar pasar esta oportunidad.

¹ Para un desarrollo más amplio, y con referencias bibliográficas, puede consultarse mi trabajo “Bioética hermenéutica”, en J. J. Ferrer, J. A. Lecaros, R. Molins (coords.), *Bioética: el pluralismo de la fundamentación*, Ediciones Universidad Comillas, Madrid, 2016, pp. 267-302.

Pero, ¿qué es la hermenéutica? Históricamente se ha definido de tres formas distintas:

1) En primer lugar, la hermenéutica designa el arte de interpretar textos. Esta hermenéutica textual se ha desarrollado sobre todo en el campo de la interpretación de los textos religiosos (*hermeneutica sacra*), de los textos jurídicos (*hermeneutica juris*) y de los textos literarios (*hermeneutica profana*). La hermenéutica es así un método para captar el sentido, liberándolo de ambigüedades y opacidades. La hermenéutica es, al menos en una época determinada –y siempre lo será en un cierto nivel–, metódica.

2) En la segunda mitad del siglo XIX la hermenéutica dará un giro sobre sí misma y se enriquecerá con una nueva función. Si la hermenéutica es un saber sobre el sentido (de los textos, por ejemplo), y si el sentido es lo propio de las ciencias que no son positivas (ciencias de hechos), sino de las ciencias sociales o ciencias humanas, entonces la hermenéutica podrá ofrecer un fundamento metodológico para estas ciencias. Así, gracias sobre todo a la obra de W. Dilthey (1833-1911), la hermenéutica se convierte en una reflexión metódica sobre la pretensión de verdad y el estatuto científico de las ciencias del espíritu.

3) A comienzos del siglo XX, y de la mano de M. Heidegger (1889-1976), la hermenéutica vive un nuevo giro, esta vez contra el excesivo énfasis metodológico de la tradición hermenéutica anterior. La interpretación y la comprensión no son modos de conocer, sino formas de ser, modos de darse la vida humana misma y la verdad. Se trata, pues, de un giro ontológico o existencial. Si interpretamos textos en busca de sentido es porque, de alguna manera, nosotros somos textos. La comprensión no es un modo de conocer sino de ser. La interpretación, o la búsqueda de sentido, no es algo que hacemos metodológicamente, sino algo que somos y nos constituye.

Pues bien, la historia de la hermenéutica, con sus diferentes momentos y pretensiones, tiene repercusión en el ámbito bioético. La heterogeneidad de la familia hermenéutica, lejos de debilitar la aportación posible a la bioética, la enriquece, la fortalece e, incluso más, la posibilita.

Como acabamos de ver, la hermenéutica se define como: 1) un trabajo de interpretación de textos (símbolos, mitos, objetos culturales, etc.); 2) una tarea epistemológica de fundamentación disciplinar, generalmente frente a las ciencias positivas y, sobre todo, frente a reduccionismos y positivismos, y 3) un análisis de la vida humana desde la categoría de “sentido” (texto, etc.). De esta manera la hermenéutica aúna una triple perspectiva: metódica (normativa), epistemológica (discusión sobre el estatuto de ciencia o saber) y existencial. Pues bien, la conexión con la bioética se dará en este triple horizonte, y así tendremos una triple bioética (hermenéutica): metódica, epistemológica y existencial.

Los tres filósofos mencionados nos ofrecerán recursos y herramientas para esta conexión. Así, aproximar la hermenéutica a la bioética supondrá: 1) asumir y potenciar una perspectiva metódica (sobre todo con el método deliberativo), 2) una perspectiva epistemológica (estatuto de la bioética y la estrategia interdisciplinar que la define), y 3) una perspectiva humanista-existencial (a modo de ejemplo, puede

resultar de capital importancia releer la cuestión de la autonomía, y otros principios de la bioética –sobre todo europea- a la luz de esta perspectiva hermenéutica).

Creo que, a pesar del carácter programático de la propuesta de una bioética hermenéutica, la hermenéutica ya se encuentra en disposición de ofrecer las herramientas adecuadas para construir una bioética diferente, a la altura de nuestra época. Quizás se pueda convertir en ese hilo de Ariadna que hilvane las diferentes telas del mosaico bioético. Así, se ha llegado a señalar que:

...de ser todo ello cierto [lo que dice la bioética hermenéutica], la bioética habría dado por fin con el hilo de Ariadna que le permitiría escapar del aplicacionismo, los fundamentalismos, el subjetivismo personalista, y el relativismo cultural, para caminar decididamente hacia la construcción de una ética universal, basada en el ser del hombre, descubierto mediante una aproximación hermenéutica.²

La bioética hermenéutica es una nueva orientación en el trabajo de la bioética, así como un magnífico espacio de articulación de propuestas. Bien es cierto que lo hecho hasta ahora son sólo esbozos y desarrollos incipientes. Y se puede entender también, y quizás sobre todo, como una orientación y una actitud nueva. No viene a sustituir o desplazar otras formas de hacer bioética, sino a integrar y buscar el lugar adecuado (el “quicio”) para hablar y afrontar los problemas éticos que nos encontramos. Esta bioética hermenéutica podríamos caracterizarla con cuatro verbos, con cuatro actitudes o tareas:

1. La bioética hermenéutica es un MIRAR con rigor y exactitud, y, sobre todo, con sinceridad la vida humana. Se trata de asumir la complejidad de aquello a lo que nos acercamos y queremos cuidar y atender. Buscamos aunar lo objetivo y lo subjetivo, lo biológico y lo biográfico, lo personal y lo social, etc. Esta mirada configura un saber de lo incierto, del que ya hemos hablado en otros escritos.

2. La bioética hermenéutica supone un ENCONTRARSE; un encontrarse “entre” diferentes disciplinas, es interdisciplinar; quizás sea sólo con la hermenéutica con la que adquiere sentido esta tarea de interdisciplinariedad. La bioética nació como puente entre las humanidades y el saber científico, y probablemente siga siendo este su objetivo primordial. Por eso la apelación a la hermenéutica la podemos entender como un recuerdo de los orígenes y de su vocación inicial.

La deliberación, el método por antonomasia de la bioética, es también un arte de encuentros, de manejar puntos de vista diferentes; es un ejercicio de articulación y de constante mediación.

3. La bioética hermenéutica supone EJERCITAR EL JUICIO; la bioética, así entendida, no enseña juicios ya hechos, sino que *enseña a juzgar*, a formar el juicio, a configurarlo. Por esto, entre otras razones en las que ahora no entramos, puede llegar a proponerse como ética civil, o como una ética para la ciudadanía; no sólo porque sus temas sean decisivos para la ciudadanía, sino por la actitud y método que despliega. El “trabajo del juicio”, cuyo fundamento filosófico encuentra la bioética

² V. M. García Llerena, *De la bioética a la biojurídica: el principialismo y sus alternativas*, Granada, Comares, 2012, p. 151.

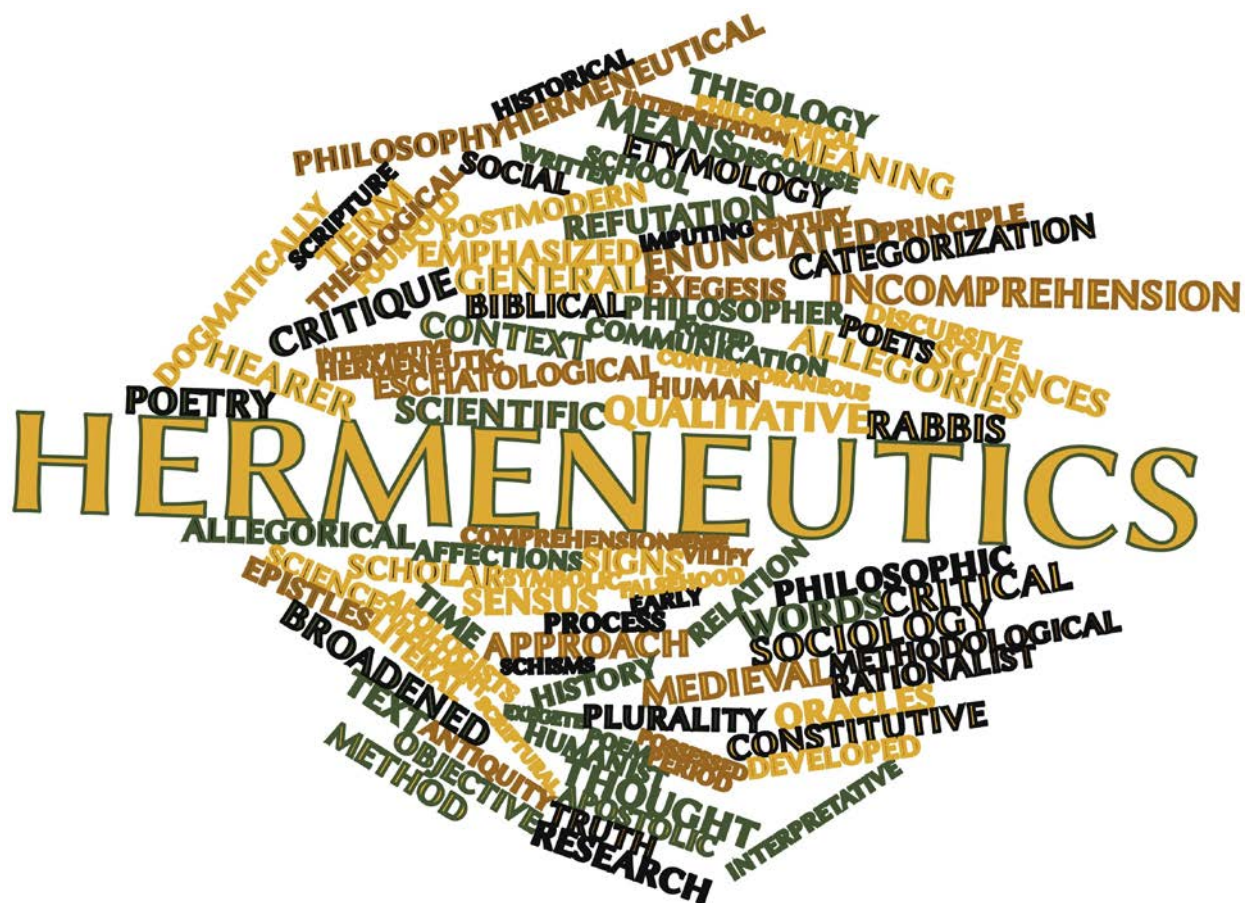
en la hermenéutica, es lo que convierte a la bioética en paradigma para otras éticas y en corazón de cualquier ética civil.

4. La bioética, en esta perspectiva hermenéutica, es capaz de conectar elementos que aparentemente están aislados; tiene como tarea ARTICULAR lo que se presenta desarticulado y sin conexión: da raíces a los principios, recuerda que las prácticas médicas no son sólo científicas sino sociales, que las decisiones afectan no sólo a individuos sino a familias enteras, etc.

Quizás la bioética podría hacer suyo el lema de la ética hermenéutica que proponía P. Ricoeur y decir que aquello que persigue es la vida buena, con y para los otros en instituciones justas. Es una fórmula compleja, que conecta múltiples niveles, y hace que no sea baladí ni ingenuo afirmar que la bioética es una *ética de la vida*. Y lo único que hace la hermenéutica es no dejar de recordarlo.

Tomás Domingo Moratalla

Profesor de Antropología Filosófica.
Facultad de Filosofía. UNED. Madrid



La enfermedad como dimensión del ser persona

[*Illness as a dimension of being a person*]

RESUMEN

Solemos entender la enfermedad como una falla, una circunstancia que debemos tratar y “eliminar”. Esta visión de la enfermedad como algo que nos es ajeno e incluso absurdo, imposibilita que se vea que la persona enferma no es sino una versión más del ser persona, y que es una persona la que enferma y no sólo una enfermedad la que se aloja en el sujeto. Sin embargo, el curar (la enfermedad) se ha constituido como el principal fin de la medicina, minimizando o relegando a un segundo plano el cuidar (a la persona enferma) como deber de acción, como deber ético.

PALABRAS CLAVE:

Concepto de persona, enfermedad, vulnerabilidad, cuidado centrado en el paciente.

ABSTRACT

We tend to understand illness as a failure, a circumstance that we must treat and "eliminate". This view of the disease as something that is strange to us and even absurd, makes it difficult to see that the sick person is just another version of being a person, and that it is a person who is sick and not just a disease that lodges in the subject. However, curing (the disease) has been constituted as the main purpose of medicine, minimizing or relegating to the second level, caring (the sick person) as a duty of action, as an ethical duty.

KEYWORDS

Concept of person, disease, illness, vulnerability, patient-centered care.

Introducción

Si bien todas las ciencias sociales y la mayoría de las ciencias humanas trabajan con el concepto de “persona”, su definición ha constituido un importante desafío para disciplinas como la filosofía, la antropología y la psicología, ya que se erigen a partir de él muchísimas visiones y marcos comprensivos que acentúan aspectos diversos, lo que ha complejizado su aplicabilidad, sobre todo a la hora de deliberar sobre problemáticas bioéticas, donde la pregunta de “qué es persona” puede constituir el núcleo del conflicto.

La definición y el entendimiento de lo que constituye a una persona se dificulta aún más cuando se suman condiciones específicas que nos obligan a ampliar los horizontes del concepto y a conocer a la persona en ese contexto particular. Un ejemplo de esto es la situación de enfermedad.

Si el movimiento actual de la medicina se dirige hacia una medicina basada y centrada en el paciente (entendiendo que aún estamos en esa senda, donde el discurso se ha adelantado de manera importante al asentamiento real del mismo), entonces se hace necesario conocer tanto a la persona en su dimensión sana como la vivencia integral derivada de cómo se experimenta a sí misma la persona enferma.

La persona enferma

Las profundas transformaciones de las últimas décadas que han permitido el control de muchísimas enfermedades infectocontagiosas que cobraban centenares de vidas en el pasado, los trasplantes de órganos, el diagnóstico prenatal de anomalías genéticas, la mejora en tratamientos que han convertido enfermedades agudas en patologías crónicas, y tantos otros avances en biomedicina, sumados a las transformaciones en muchas partes del mundo en relación al acceso al agua potable, mejoras en la nutrición, en la vivienda y en la seguridad, han

aumentado ostensiblemente las expectativas de vida de la población, lo que ha favorecido la instalación de una idea de invulnerabilidad, que ha cambiado la manera en que las personas significamos la realidad de la enfermedad y la muerte¹. Así se ha configurado un cierto optimismo respecto a la creencia de una victoria creciente de la humanidad frente al padecimiento y una frustración (y desconfianza) cuando la medicina no da las respuestas esperadas y se imponen los límites de nuestra biología.

Como plantea E. Casell², la persona implica la coexistencia de muchos “yos” que corresponderían a los roles y lugares sociales que el sujeto ocupa y desempeña en su vida diaria y que nos identifican como parte de quienes somos, de nuestro “ser persona”. Sin embargo, y si consideramos que la vulnerabilidad biológica es un aspecto constitutivo e identitario de los seres humanos, en todos nosotros se aloja un yo enfermo potencial (si no presente) que se actualiza en presencia de la enfermedad; un yo que desconocemos, difícil de imaginarlo, del que muchas veces renegamos y que cuando nos toca experimentarlo, nos encuentra instalados en el desconcierto e inmersos en el desconocimiento de nuestros propios recursos para enfrentar-nos en ese escenario.

Solemos entender la enfermedad como una falla, un hito, una situación, una circunstancia. Una noxa a la que debemos conocer (o más bien confrontar), tratar y curar (curar en tanto “eliminar”). Esta visión tecnocrática de la enfermedad y nuestra resistencia a ella como algo que nos es ajeno e incluso absurdo, imposibilita que se vea que la persona enferma no es sino una versión más del ser persona, y que es una persona la que enferma y no una enfermedad la que se aloja en el sujeto, que entra y sale de él sin aviso, ni consecuencias.

Las personas se conocen a sí mismas y reconocen en sus creencias y capacidades, en sus yos activos, en los roles que desempeña, mientras que las personas enfermas se desconocen en la discapacidad, en la pérdida del rol, lo que constituye una de las consecuencias que generalmente viene aparejada a la presencia de la enfermedad, sobre todo en aquellas de naturaleza crónica: “El estado de enfermedad produce un sentimiento general, por el que el enfermo se siente cohibido, vejado y amenazado. La experiencia de enfermedad lleva consigo un ‘no puedo’ parcial, cuyo final es la muerte. Al enfermar mi cuerpo dice ‘no puedo’, me llama con una voz doliente, aprendo activamente mis límites y me sumerge en el misterio, en la opacidad e impenetrabilidad de la vida”³.

El cuerpo es visibilizado e incluso cultivado y exhibido siempre que mantenga la belleza, la juventud, el dinamismo y la “asepsia” de un cuerpo “saludable”: los cuerpos existen para ratificar la individualidad en el colectivo, para cumplir con estándares y estereotipos sociales y mientras está al servicio del desempeño de mis yos, pero se invisibiliza y avergüenza en el deterioro del padecimiento.

“Una persona es un individuo humano corpóreo, determinado, pensante, sensible, emocional, reflexivo y relacional”² y, siendo el cuerpo una de sus dimensiones esenciales, deriva de este planteamiento que todas las personas mueren, del mismo modo en que todas ellas enferman. Si es un deber morir como plantea la filósofa Begoña Román, ¿es un *deber* también enfermar?: “la afirmación de que la muerte es un hecho simplemente pretende *constatarlo*, que es lo que en coherencia se puede hacer con los hechos; dicho de otro modo, dado que no hay alternativa, el deseo de no querer morir es un deseo vano”⁴. Esta constatación de la realidad no significa que no debamos cuidar de nuestra salud, que no evitemos la muerte, o que aceptemos la enfermedad como un sino propio de nuestra naturaleza, pero la omnipotencia actual que busca hasta la desesperación no enfermar y que cuando enferma asume discursos bélicos impuestos socialmente, en los que se establece una lucha contra el padecimiento, hace que los pacientes se signifiquen como guerreros de su propio cuerpo y a la enfermedad como una batalla frente a la que pueden salir victoriosos o derrotados. Estos discursos también asumidos por la medicina y los profesionales de la salud no hacen otra cosa que alimentar la ilusión de control y de supuesta supremacía de la voluntad sobre el enfermar, desinformando sobre lo que hace que las patologías surjan o remitan, al tiempo que nos alejamos más de la posibilidad de ser conscientes de nuestra vulnerabilidad.

También en el enfermar tenemos normas, significados y símbolos respecto a las enfermedades, muchos son conscientes y muchos otros se mantienen en la periferia de la conciencia, bien porque responden a mecanismos intrapsíquicos, bien porque son transmitidos como parte de una cultura que nos precede y que nos hace incorporarlos como propios. Un ejemplo de estas creencias son las atribuciones psicologicistas en la causa de las enfermedades, así como la creencia de que es “el poder de la mente” el que puede “vencer” la enfermedad. A través de estas concepciones se intenta desvanecer sus causas y revertir sus desenlaces posibles, negando el hecho irrefutable de que tarde o temprano, todos enfermaremos, y que ineluctablemente todos moriremos. De modo que, como dice la misma autora B. Román: “Lo único que podemos hacer es lo que los hechos irrefutables como la muerte permiten. Aceptarlo y aprender cómo aceptarlo de manera que nos ayude a *vivir mejor*, que es de lo que se trata una vez que estamos aquí”⁴.

La fragilidad y la vulnerabilidad como aspectos constitutivos del ser humano

Tanto la fragilidad como la vulnerabilidad son “facticidades ineludibles de la vida humana”³, caracterizada por el desvalimiento biológico y por la certeza de la finitud, siendo la condición de enfermedad una de las mayores expresiones de esta fragilidad identitaria. Entendiendo así la enfermedad como una posibilidad cierta en todo ser humano en cuanto a tal, el deber de respuesta ante ella es el cuidado de lo vulnerable, una ética de la responsabilidad ante lo vulnerable³... ese vulnerable que es el otro y yo mismo, una fragilidad que *debo* reconocer en el otro y que me interpela a actuar en su cuidado, al tiempo que reconozco esa fragilidad en mí: “actuar desde la consideración atenta y afectuosa hacia el otro”⁵, no sólo por la visión individualista (aunque cierta) de que *ese* podría ser yo, sino porque como plantea E. Levinas, el otro también me constituye.

Sin embargo, la medicina moderna se ha desarrollado y ha abordado la salud y el enfermar desde la búsqueda incesante de la cura. El curar, desaparecer la enfermedad y retornar al estado inicial donde ésta no estaba presente, se ha constituido como el principal fin de la medicina, minimizando o relegando a un segundo plano el cuidar como deber de acción, como deber ético, como deber humano.

Es frecuente escuchar en el contexto oncológico y de cuidados paliativos la frase “cuidar cuando curar no es posible”, estableciendo el “curar” y el “cuidar” como tareas independientes, secuenciales, donde el “cuidar” es aquella labor que se constituye en foco cuando “ya no hay nada más que hacer...”. De esta manera, se dibuja el acto de otorgar cuidados como una tarea de importancia secundaria frente al curar, cuando en teoría el fin primero de la medicina falla. Sin embargo, el cuidar constituye también uno de los fines de la medicina que fueron reflexionados y redefinidos en 1996, en el informe elaborado por el grupo de expertos coordinados por *The Hasting Center* y dirigidos por Daniel Callahan: “The Goals of Medicine”¹. Este informe no define necesariamente órdenes temporales o de sucesión de aplicación de los fines, ni tampoco los estratifica en orden de importancia o valor. A este respecto Victoria Camps, al inicio de la traducción de este informe, realizada por la Fundació Víctor Grífols i Lucas, plantea: “Los fines de la medicina, a finales del siglo XX, deben ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. Han de poner un énfasis especial en aspectos como la prevención de las enfermedades, la paliación del dolor y el sufrimiento, han de situar al mismo nivel el curar y el cuidar, y advertir contra la tentación de prolongar la vida indebidamente”¹. El mismo escrito se cuestiona sobre si no es en sí demasiado ilusorio (y en muchísimas ocasiones contraproducente) la búsqueda permanente de la recuperación de la salud y la evitación de la muerte.

El foco en buscar la causa de la enfermedad y curar la lesión u órgano enfermo ha desplazado la necesidad de la persona enferma, quien se presenta como tal ante el médico, y no como una parcelación de su propia anatomía: el paciente busca escucha, alivio y compasión (como acciones de la esfera del cuidar) ante su vivencia de enfermedad y no sólo una respuesta rápida y técnica a su padecimiento. El cuidar, podríamos decir, constituye la dimensión más humana del ejercicio de la medicina porque no se cuida de la enfermedad, se cuida de la persona enferma.

A este respecto, Victoria Camps en la presentación de la traducción del informe “Los Fines de la Medicina” plantea: “Puesto que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y, por fin, la muerte, una práctica médica adecuada a dicha condición ha de empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella”¹. Es decir, es parte del rol social de la medicina ayudar a reconocer-nos como vulnerables, en esta “nueva” dimensión de nosotros mismos: “La función sanadora de la medicina abarca tanto la curación como los cuidados. En su sentido más amplio, la medicina puede sanar incluso en aquellos casos en los que no puede curar, ya que puede hacerlo ayudando a una persona a hacer frente a un mal de tipo crónico”¹.

A modo de conclusión

La experiencia de ser-persona-enferma, y los tipos de creencias y significados asociados a la enfermedad, sus tratamientos e implicaciones, determinan la relación del paciente con su patología, con su sí mismo (su “persona enferma”), con los otros y con la medicina. Dada la importancia que la enfermedad posee para la persona enferma, entendiendo la cantidad de dimensiones que se ven afectadas, resulta inexcusable que aún existan tantas dificultades para su atención integral, por sobre el foco en la patología en sí misma, considerando que el cuerpo de símbolos y significados que los pacientes erigen alrededor de ellas, puede influir de modo importante no sólo en la calidad de vida (que constituye un valor en sí mismo por el cual la medicina

debiera velar tanto como por la “buena salud”), sino porque puede afectar también en los resultados por ella y sus profesionales buscados, a través de las decisiones que toman y las actitudes que asumen las personas enfermas.

Desde los mismos pacientes, cada vez más autónomos y conscientes de sus derechos, existe una importante búsqueda del entendimiento integral del padecimiento, así como de un tratamiento y abordaje donde el trato (a la persona enferma) sea igualmente esencial. Esta corriente que atiende a lo “holístico” ha influido en que se confunda la integralidad del enfermar con la atribución de significados psicológicos tras el hecho de enfermar. De esta manera, se intenta “controlar” para tranquilidad de nuestra psique los aspectos de patologías que escapan a nuestra voluntad, alimentando la idea de la omnipotencia humana y negando nuevamente la vulnerabilidad de nuestra biología.

La enfermedad implica un choque con la incertidumbre, con los cambios de sentido, con el cuestionamiento a las propias creencias. No obstante, esto no sólo sucede para quienes padecen una enfermedad sino también para quienes las atienden: tanto la persona enferma como la persona en su rol de profesional de la salud, son confrontadas con dimensiones fundamentales relativas a la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, y ambas son partícipes responsables del emergente relacional de la relación clínica, por lo que se vuelve esencial el **conocer para cuidar**, no sólo al paciente enfermo sino a la persona del profesional de cara al padecimiento de su par en esa condición de fragilidad humana: “(El profesional) debe recordar que él mismo no está exento de la suerte común, sino que está sujeto a las mismas leyes de mortalidad y de enfermedad que los demás, y se ocupará de los enfermos con más diligencia y cariño, si recuerda que él mismo es su sufriente compañero...”⁶

Referencias

1. Lucas, F. V. G. (2004). Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Un proyecto internacional del Hastings Center. Barcelona: Ed. *Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas*.
 2. Cassell, E. (2000). *La persona como sujeto de la medicina*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 19. Fundació Víctor Grífols i Lucas.
 3. Conill, J., Cortina, A. (2012). La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano. *Bioética Clínica*. Editorial Mediterráneo.
 4. Román, B. (1995). La muerte como hecho y el trato humano al moribundo como deber. *Quadern CAPS*, (23), 12-14.
 5. MacIntyre, A. C. (2001). *Animales racionales y dependientes: por qué los seres humanos necesitamos las virtudes* (Vol. 111). Grupo Planeta (GBS).
- Syndenham, T., 1666. En Gómez Sancho, M. *Cómo dar Malas Noticias en Medicina*. Madrid, 2006

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.

Me da que pensar...

¿para tomar las mejores decisiones es suficiente con estar muy bien informado?, en este mundo que cambia tan rápidamente

La abrumadora capacidad de gestión de datos que ha posibilitado el desarrollo tecnológico ha cambiado también nuestra forma de generar conocimiento. El “nuevo” conocimiento es mayor, es más preciso y tiene más calidad, porque los nuevos dispositivos que proporciona la tecnología nos permiten analizar un mayor número de variables y por tanto las conclusiones extraídas de dicho análisis son de mayor calidad y más precisas.

Desde el punto de partida de la curiosidad del ser humano, del interés por descubrir, de la capacidad de cuestionar, y también desde un planteamiento de búsqueda de sobrevivir el mayor tiempo posible con buena calidad de vida, se ha abierto la puerta a una **gran cantidad de conocimiento, que a su vez nos despliega un importante abanico de posibilidades. La toma de decisiones con el aumento del número de posibilidades se vuelve más difícil porque tenemos la posibilidad de decidir entre más opciones, y por tanto tendremos que analizar un mayor número posibilidades y las consecuencias de llevar adelante cada una.**

Hubo un momento en el tiempo que era muy importante adquirir conocimientos. Ser capaz de memorizar un gran número de cuestiones era imprescindible. Cuando generamos tanto conocimiento que ya no se podía “conocer de todas las disciplinas”, la opción fue especializarnos en diferentes áreas de conocimiento. **Ahora la enorme cantidad de datos generados nos vuelve a desbordar. Se genera tanto conocimiento aún dentro de un mismo área de conocimiento, que la gestión de los datos nos vuelve a desbordar. La tecnología viene a proporcionarnos ayuda y ha desarrollado un sistema capaz de**

gestionar un gran volumen de datos, más de los que la mente humana puede gestionar.

En apariencia todo esto facilita la toma de decisiones porque tenemos más conocimiento y un conocimiento más preciso. La pregunta es: ¿la inteligencia artificial tomará mejores decisiones que los seres humanos porque su conocimiento es mayor y más preciso?, ¿qué podemos aportar los seres humanos a la toma de decisiones diferente a la gestión de datos de un ordenador, que podría optar por realizar o no una intervención quirúrgica en función de los datos relacionados con la salud de una persona?, ¿nos podemos limitar a que, en función de esos datos, un algoritmo proponga la mejor opción acorde a las posibilidades de éxito de la intervención?

Ha sido nuestra inteligencia, la de los seres humanos, la que ha creado todos los avances, y la cuestión ahora es cómo manejarlos, cómo utilizarlos lo mejor posible.

Una pregunta a la que deberíamos responder es: **¿para tomar las mejores decisiones es suficiente con estar muy bien informado?**, o si no solo es cuestión de información. En mi opinión hay una cuestión muy importante que es el proceso de valoración, previo a las decisiones, que realizamos los seres humanos y del cual no siempre somos muy conscientes. Aunque siempre valoramos previamente, no todas las decisiones son igual de relevantes y por tanto no invertimos ni el mismo esfuerzo, ni el mismo tiempo en el proceso de valoración.

Pero no todas las cuestiones tienen el mismo calado, y **cuanto más trascendentales son, más nos cuesta decidir y optamos por dejar la decisión en manos de expertos; aquellos que “conocen” mucho sobre algo, que son “expertos” en un área de conocimiento. Un ejemplo claro es el ámbito de la salud.** A menudo después de una explicación por parte del profesional le decimos, “usted que tanto sabe” ¿qué haría en mi lugar?.

No sé si es prudente delegar la búsqueda de la mejor opción sujeta a un algoritmo. **Cuando ponemos nuestra decisión en manos de un experto**, que habitualmente pertenece a nuestro medio cultural, es decir que compartimos unos valores con él, **le estamos pidiendo algo más que un análisis o gestión de datos**. Entendemos que el ser humano aporta algo más que gestionar la mejor evidencia acorde a los datos de que disponemos. Además de la información de que disponemos los seres humanos aportamos algo más que una buena gestión de datos y conocimiento específico. **Las decisiones que tomamos tienen una base en el conocimiento y en la información, en la experiencia previa, y también en unos valores sobre los que nos apoyamos**. La interrogación al profesional sobre qué haría usted en mi lugar, casa muy bien con nuestra cultura mediterránea, en la que está más arraigado el paternalismo que en la cultura anglosajona.

Esta reflexión sirve para poner de manifiesto la idea de que si bien **el conocimiento constituye un elemento importante en las decisiones, no es el único**. Es posible que en este interés desbordado por aumentar la calidad, la precisión y la cantidad del conocimiento, estemos perdiendo de vista alguna otra cuestión importante, como por ejemplo **ejercitar nuestra capacidad de razonamiento para argumentar el porqué de nuestras decisiones**, especialmente cuando éstas son de calado, como las relacionadas con el ámbito de la salud.

Dada la rapidez con la que se avanza en el conocimiento y en la tecnología, y la aplicación de éstos al ámbito de la salud, no parece prudente, ante los nuevos problemas que se plantean en la ética, decidir qué vamos a hacer y después buscar los argumentos que den soporte a nuestra decisión. Desde mi punto de vista, va más acorde con estos tiempos en los que las innovaciones de ayer son casi viejas hoy, enfrentarse a los problemas desde **un punto de partida de búsqueda de una solución que no conocemos previamente**, con la mente abierta a escuchar otras opiniones razonadas, que nos permitan contrastar nuestra opinión y los argumentos en los que nos apoyamos para decantarnos por la mejor opción.

Todo este proceso no es sino un proceso deliberativo que nos permite ir adecuando nuestras decisiones a un mundo en el que el conocimiento y la tecnología cambian muy rápidamente, lo que dificulta en gran medida aplicar de forma automática paradigmas establecidos para escenarios que no son los actuales.

La deliberación tal vez sea hoy más necesaria que nunca, es imprescindible estar dispuesto a someter nuestras decisiones a opiniones en contra debidamente argumentadas, que nos permitan profundizar con el diálogo en nuestras propias razones para defender algo, o si fuera preciso modificar nuestra decisión. **La deliberación nos permite enfrentarnos a la toma de una decisión con la mente abierta**, sin un pre-juicio, sin una toma de posición previa, **nos permite asomarnos a descubrir una solución para una cuestión planteada**.

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

Correo electrónico: graciaal@gmail.com

Caso Clínico Comentado

Historia Clínica

Mujer de 72 años de edad, viuda, con una hija, fumadora de un paquete de tabaco diario, sin otros antecedentes de interés. La paciente vive sola y tiene una pensión de jubilación, fue profesora de Universidad y se jubiló a los 70 años.

Es tosedora habitual, sobre todo por la mañana, que atribuye al tabaco y no le da mayor importancia porque no se acompaña de otros síntomas.

Hace dos semanas, coincidiendo con la época de más frío, se incrementa la tos pero no se preocupa hasta que hace dos días presentó hemoptisis franca con abundante sangre en la expectoración. No ha presentado otros síntomas. Ante esta situación va a su médico que le remite al Neumólogo, acompañada de su hija, que es viuda. Tras las pruebas pertinentes se diagnostica cáncer de pulmón en estadio avanzado con múltiples implantes pulmonares, alguno en la zona de bifurcación bronquial que no es operable. El pronóstico de vida es de fallecimiento en tiempo relativamente corto. Por lo que se le aconseja control de los síntomas e inclusión en programa de cuidados paliativos, en principio domiciliario, porque su situación no requiere otros recursos en este momento, además la paciente rechaza todo tipo de tratamiento, que solo le puede aportar pérdida de calidad de vida y poco beneficio.

De manera habitual atienden a la enferma a domicilio el médico de cabecera y la enfermera de atención primaria, que tienen una relación excelente con madre e hija, y con algún otro familiar y amigo que ayuda en los cuidados de la paciente. La hija se ha trasladado a vivir con su madre.

La historia clínica (informatizada) se encuentra en el Centro de Salud. En el domicilio de la enferma hay un resumen en el que constan las pautas del tratamiento y el diagnóstico. La hija pide que se haga una copia en papel de la historia clínica completa, pues un domingo dio aviso urgente y el médico que vino criticó la escasa información del resumen. El médico le explica que eso es innecesario, que hay información suficiente en el resumen, que ha dejado su teléfono por si hay alguna duda, y que la historia clínica es propiedad exclusiva de la paciente. En este caso, además, el médico de cabecera sabe que en la historia constan algunos episodios que la enferma no desearía que conociese su hija (un aborto voluntario y varios análisis para el SIDA después de relaciones sexuales ocasionales). Por ello lo comenta a solas con la paciente y ésta, alarmada, se niega en redondo, y le pide al médico que no dé copia de la historia, insistiéndole en que no permita el acceso a esa información a ningún familiar.

Esa misma noche la paciente empeora y entra en coma. Había pedido que en ese caso se le trasladase en ambulancia a morir en su pueblo, donde está el panteón familiar, para ser enterrada junto a su marido. Mientras el médico de cabecera arregla los papeles, en el domicilio, la hija le exige la copia en papel de la historia (“para que el médico del pueblo sepa todo lo que ha tenido mi madre”). De nada sirve la actualización detallada del resumen, y la hija termina amenazando con una reclamación y un escándalo en el Centro de Salud, pues “no voy a llevar a mi madre a enterrar sin saber qué le ha pasado”. La hija está acompañada por una prima, que le apoya en su petición. Ambas se muestran firmes en la solicitud, discuten y levantan la voz, como si fuera cuestión clave y fundamental. El médico empieza a pensar que no vale la pena romper una buena relación con la familia, dado que la enferma no llegará ya nunca a recuperar la conciencia, pues le quedan apenas unas horas de vida. “¿Qué más da?” se pregunta, cansado y un poco harto de una exigencia que no entiende.

Comentario

Deliberación sobre los hechos (aclaración y análisis)

Se trata de una mujer con un cáncer de pulmón avanzado en fase terminal y que está siendo atendida en su domicilio con carácter paliativo, no se piden más aclaraciones sobre el pronóstico y tratamiento puesto que se tiene bien identificada la fase de la enfermedad y sus posibilidades, así mismo hay una clara y determinante posición de la paciente que limita el acceso a la historia clínica. La historia clínica está a disposición de los médicos y personal sanitario a través de los mecanismos habilitados para ello.

Deliberación sobre los valores

Listado de problemas éticos

- ¿Debe el médico oponerse a entregar la historia clínica completa?
- ¿Es aceptable la ruptura de la confidencialidad cuando la paciente ya no puede sufrir las consecuencias de desvelar la información?
- ¿Debe el médico mantener la confidencialidad como respeto al vínculo de lealtad establecido con su paciente?
- ¿Puede el médico negarse a entregar la historia a los familiares cuando la paciente ya no es capaz?

Problema ético principal

¿Debe el médico respetar los deseos expresados por su paciente y no revelar la historia clínica?

Identificación de los valores en conflicto

Los valores que están en juego son:

- Secreto profesional.
- Deseo de los familiares de participar en la atención accediendo a la información.
- Información asistencial.
- Confianza del paciente en los sanitarios en cuanto a la guarda del secreto.
- Respeto por las decisiones de la paciente.
- Cuidados y atención al final de la vida.
- Valor de la Historia Clínica
- Intimidad de la paciente y derecho de la misma a la confidencialidad.

Deliberación sobre los deberes

Extremos:

1. Respetar la voluntad de la paciente y no dar la Historia clínica a la hija.
2. Responder a la voluntad de la hija y pasar copia de la historia que nos solicita

Intermedios:

1. Hablar con la paciente, explicando que aunque considere que los actos pudieran ser motivo de reprobación por parte de la hija, podría comprender las circunstancias en las que se ha producido y establecer un diálogo con la hija para apoyar a su madre y no culpabilizar.
2. Garantizar un acceso a la historia clínica sin desvelar los datos que la paciente considera más íntimos, aquellos que la paciente no quiere desvelar.
3. Hablar con la hija, exponiendo razonadamente el significado del secreto profesional y la capacidad de gestor de la información que tiene cada ciudadano sobre sus datos de salud.

Curso óptimo:

De los cursos propuestos como intermedios el que parece más adecuado es el primero, hablar con la paciente para que sea ella misma la que facilite la información de manera que pudiera hacer comprender a su hija los motivos de la decisión. Otro de los cursos favorables podría el segundo, facilitar la HC pero ocultando, por parte de los médicos documentalistas, los datos que la paciente desea mantener ocultos.

En la medida de lo posible habría que evitar los cursos extremos, aunque en última instancia el que viene avalado por la Ley es el curso extremo 1, y que, de manera excepcional, podría aplicarse en caso de no aceptar estos cursos que se consideran más adecuados.

Comentarios

La Historia clínica tiene como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, siendo instrumento que garantiza una asistencia adecuada al paciente, por lo que debe comprender el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de que sea objeto, incorporando la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.¹

Realizando análisis desde los principios:

- Justicia, desvelar estos datos no va a modificar la actitud terapéutica ni supone incremento del consumo de recursos sanitarios.
- Beneficencia, ¿a quién beneficia el conocimiento de los antecedentes de la paciente?, los familiares no parecen tener un beneficio por su conocimiento, no parece que aporte nada en la relación, a la paciente tampoco puesto que pretende mantener su historia en el contexto de su intimidad.

Por lo que los principios que están más directamente en juego son los de No maleficencia y Autonomía, ambos pueden quedar dañados si se desvela la información.

- No maleficencia, se atenta directamente puesto que se puede perjudicar la reputación de la paciente, al haber desvelado datos que la paciente pretendía ocultar por considerar probablemente que su prestigio social y /o moral podría quedar dañado o por considerar que es una decisión de la que no se siente satisfecha y que, de cara a la familia, podría perjudicar la consideración que tienen sobre la paciente.
- Autonomía, respeto por las decisiones de la paciente, se daña puesto que no se respeta esta decisión, además tiene que ver con su conciencia y el desvelarlo sin contar con la aprobación de la paciente supone un atentado contra su conciencia.

¹ Bertrán, JM; Collazo, E; Gervás, J; González Salinas, P; Gracia, D; Júdez, J; Rodríguez Sendín, JJ; Rubí, J; Sánchez M: *Intimidad, confidencialidad y secreto*. Fundación Ciencias de la Salud, FFOMC. Madrid 2005. Pag 33-36

De todas formas en caso de que la familia insista en tener “toda” la historia clínica, el médico debe saber que su negativa viene avalada por la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*; que en concreto en el artículo 7, establece la obligación de respetar el carácter confidencial de los datos relativos a su salud, y que nadie puede acceder a ellos sin previa autorización. De manera que consagra el principio de que cada persona es gestora de sus propios datos de salud, sin intervención de terceras personas. Cuestiones avaladas por otras normas como el Código de Ética y Deontología Médica aprobado en 1999. Lo que respalda de manera taxativa la negativa del médico a facilitar la información, debiendo claudicar en esta cuestión que se considera una de las claves de la relación asistencial a lo largo de la historia de la medicina.

Deliberación sobre las responsabilidades finales

Pruebas de consistencia

1. Prueba del tiempo, la decisión adoptada no ha sido precipitada, sino fruto de la reflexión detenida por parte del CEAS, dadas las características puede ser mantenida en otros momentos.
2. Prueba de la legalidad, por lo comentado en los apartados anteriores esta decisión cumple plenamente con la legislación vigente en relación con la materia del secreto profesional, puesto que debe ser el paciente como gestor de la información quien facilite la información.
3. Prueba de la publicidad, el curso adoptado puede ser defendido en cualquier foro al tener amplio respaldo tanto ético como legislativo.

Francisco Javier Rivas Flores

Médico. Gestión de pacientes

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Vocal de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica



Reseña de Libros

Inmunoterapia ética

F. Javier Rivas Flores

PPC 2018, 144 pp.

Escribir de temas de bioética con rigor, con un lenguaje asequible y con una extensión razonable no es tarea fácil. Lo sé por experiencia propia. Por eso, cuando uno encuentra un libro como el de **Francisco Javier Rivas Flores** no puede por menos que experimentar una íntima satisfacción, y felicitar al autor y a las instituciones que lo han hecho posible: el Centro de Humanización de la Salud, que los Religiosos Camilos tienen en la localidad madrileña de Tres Cantos, la editorial PPC.

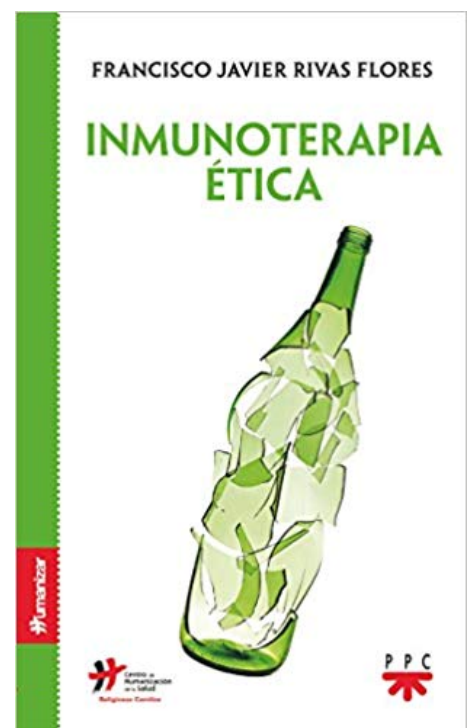
Ya desde el título, el autor -médico con una dilatada trayectoria profesional y profunda formación en bioética- lanza un mensaje profundo, urgente, con un lenguaje que seduce, y en sólo dos palabras: es cierto, la bioética es también una terapéutica poderosa, moderna y eficaz como la que más. Me atrevo a sugerir junto al autor que, si falta la ética, hasta el más poderoso y eficaz de los tratamientos médicos puede resultar maleficiente. No sólo hay que conocer la enfermedad y sus posibles abordajes, hay que conocer también al enfermo y su contexto vital.

La enfermedad es un viaje a lo desconocido. El enfermo y sus allegados se adentran por terrenos ignotos, muchas veces pantanosos y siempre azarosos. Por eso mismo, hay que resaltar, como hace nuestro autor, la responsabilidad que los sanitarios tienen de realizar una labor de guía y acompañamiento, que forma parte esencial de su trabajo. Esto no siempre se hace o no se hace todo lo bien que se debiera... Que desde dentro de la profesión se haga esta autocrítica es saludable, amén de demostrar humildad y compromiso con los pacientes.

¿Por qué tenemos que plantear la calidad en el contexto sanitario, cuando se entiende que la atención sanitaria tiene por esencia la calidad en la actuación profesional? No es una pregunta retórica la que formula el doctor Rivas. Probablemente la respuesta la encontremos en esta cita del gran clínico y humanista W. Osler, que el autor recupera para nosotros: "la práctica sanitaria es un arte, no un comercio, una vocación, no un negocio; una vocación en la que emplear el corazón igual que la cabeza".

En esto está la Bioética desde hace cuatro décadas, con resultados más o menos esperanzadores. En eso deberíamos estar comprometidos todos, de hoz y coque; no sólo el personal sanitario, aunque, lógicamente, ellos los más directamente implicados por esta responsabilidad, porque han hecho de la asistencia y el cuidado su profesión, su vida. La vulnerabilidad nos hace responsables, supone una llamada. Calidad y calidez en la asistencia, que es cuestión de estructuras, instituciones, políticas... Y también de responsabilidad individual de profesionales, enfermos y sus familiares y allegados (porque los enfermos no sólo tienen derechos, también tienen deberes, esta segunda parte se olvida con demasiada frecuencia).

Queda largo trecho por recorrer. Para el camino, me quedo con las líneas finales del libro: "Basémonos en la sencillez de aquel que camina intentando encontrar la verdad, el bien para todos, incluso en estructuras tan complejas como las de los hospitales".



José Ramón Amor Pan

Publicado originalmente en:
Vida Nueva nº 3108 (1-7 dic 2018)

Reseña: JORNADA SOBRE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

El pasado 30 de noviembre de 2018 se celebró en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid una jornada, organizada por la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC), en torno al tema “Experiencias internacionales de muerte médicamente asistida”.

Conocer y analizar cómo se está interpretando y gestionando el ámbito de la muerte médicamente asistida en diferentes países es imprescindible para poder reflexionar sobre la posibilidad de una regulación al respecto en España –donde tenemos una proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia, que se presentó en mayo de 2018, y que sin duda está generando un intenso debate—, y en cualquier otro país.

Es esencial realizar un proceso de diálogo entre las diferentes visiones del tema para poder alcanzar acuerdos entre las perspectivas diferentes. La ABFyC es reflejo de la pluralidad de posiciones existentes y, precisamente por ello, considera que es su responsabilidad aportar argumentos para la deliberación, desde el más estricto respeto a las diferencias de planteamiento. Un debate ponderado donde se analicen los muchos elementos a considerar en un tema tan complejo exige la propuesta de razones bien justificadas y la escucha comprensiva de matices y puntos de vista diversos.

Para comprender mejor las diferentes experiencias existentes en nuestro entorno, la ABFyC invitó a participar en esta jornada a tres expertos en el tema, moderados por el vicepresidente de la Asociación, experto en temas del final de la vida, el Dr. Javier Júdez.



Desde el punto de vista holandés, tuvimos la oportunidad de escuchar la intervención de la Dra. Agnes van der Heide, MD PhD, profesora de cuidados médicos y toma de decisiones al final de la vida. Investigadora del Departamento de Salud Pública de la Universidad Erasmus, en Rotterdam.

También contamos con la participación del Dr. Arthur Caplan, desde la perspectiva norteamericana. A. Caplan, PhD, es profesor de bioética en la Universidad de Nueva York,

Departamento de Salud de la Población, y fundador y director de la División de Ética Médica.

Desde el punto de vista español, tuvimos también la oportunidad de escuchar al Dr. José Antonio Seoane, profesor titular de Filosofía del Derecho en la Universidad de La Coruña. Presidente del Consejo de Bioética de Galicia. Miembro de la comisión científica de la ABFyC.

Existe un acuerdo unánime entre estos expertos acerca de la necesidad de un debate serio sobre estas cuestiones. Se plantean aquí temas relacionados con la disponibilidad de la vida, con las obligaciones profesionales de los médicos, con la necesidad de atender al sufrimiento de los pacientes, con el reconocimiento de la necesidad de desarrollar unos mejores cuidados paliativos, con la autonomía y la libertad de las personas, con el marco legislativo en el que se inscriben las decisiones sobre el final de la vida, etc. Son muchos los interrogantes que se abren y espacios como éste, donde se pueden conocer y debatir experiencias de otros países, son especialmente iluminadores.

La ABFyC ha creado un grupo de trabajo sobre esta cuestión, con el fin de elaborar reflexiones y documentos que puedan servir al propósito de esa deliberación plural que es tan necesaria. En el marco del próximo XIV Congreso Internacional de Bioética que organizará la Asociación para el mes de octubre de 2019 se presentarán los resultados, no como toma de posición o discusión cerrada, sino, todo lo contrario, como forma de aportar elementos para la reflexión compartida.

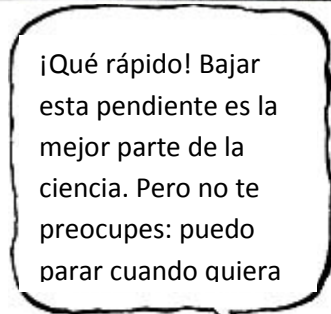


Lydia Feito
Presidenta de la ABFyC



Asociación de
BIOÉTICA
Fundamental
y Clínica

Cajón de bioética y más



Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [Seminario internacional sobre la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO: "Edición genómica, bioética y responsabilidad"](#). Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona – Observatorio de Bioética y Derecho. Universidad de Barcelona 7 febrero 2019
- [XIV Congreso Internacional de Bioética](#). Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Madrid. 3-5 octubre 2019.
- [Curso de Bioética y Oncología](#). Sociedad Española de Oncología Médica – Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Fundación Pablo VI. Madrid.
- [Jornadas de Bioética](#). Orden Hospitalaria San Juan de Dios. "Bioética, equidad y responsabilidad en los sistemas de salud". Sevilla. 14-15 marzo 2019.
- [Actualizaciones en Bioética](#). Fundación de Ciencias de la Salud. Enero-abril 2019.
- [XX Ateneo de Bioética](#): "Bigdata: Ciencia, Medicina y Ética". Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, 7 de marzo de 2019.
- [I Congreso Internacional de Bioética. "Pedagogía en el aprendizaje de la Bioética"](#). Fundación Víctor Grífols i Lucas. Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña. 24-25 enero 2019.
- [Harvard Medical School Annual Bioethics Conference](#). "Controlling Death: Ethics, law, and the health professions". Harvard Medical School Campus, Boston, MA. 11-12 abril 2019.
- [EACME Annual Conference: Rethinking Ethics in 21st Century Europe](#). Oxford. 12-14 septiembre 2019.

Bibliografía y fuentes de Bioética



- Triviño, R. & Ausín, T (eds.): Hacer o no hacer. La responsabilidad por acciones y omisiones. Plaza y Valdés, 2018.
- AA.VV. Sexualidad, discapacidad y educación. Propuesta para una intervención integral. Universidad Pontificia Comillas, 2018.
- Midgley, M. ¿Podemos formular juicios morales? Alianza. 2018
- F.H. Llano Alonso. Homo excelsior. Los límites ético-jurídicos del transhumanismo. Tirant Lo Blanch. 2018.
- Guillen, M. The end of life as we know it. Salem Books. 2018.
- Keown, J. Euthanasia, ethics and public policy. Cambridge University Press, 2018.
- Buchman, D.Z. & Davis, K.D. Pain Neuroethics and Bioethics (Developments in Neuroethics and Bioethics Book 1). Academic Press, 2018.
- Kronfeldner, M. What's Left of Human Nature?: A Post-Essentialist, Pluralist, and Interactive Account of a Contested Concept. The MIT Press, 2018.
- Riestra, F. Principle of double effect and assisted suicide. A bioethical review. Online University Press, 2018.
- Rosenthal, M.S. Clinical ethics on film. A guide for medical educators. 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

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

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

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

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



Nº36
Diciembre 2018
Segunda época