

### *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

La necesaria distancia

Un poco de piedad

Gestación subrogada

Santiago Ramón y Cajal

Interseccionalidad en sufrimiento mental

Recogiendo inquietudes éticas

Las personas en el SNS

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 semestral.

## Directora

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

## Consejo de redacción

D. Tomás Domingo Moratalla

## Colaboradores en este número:

D<sup>a</sup>. Gracia Álvarez Andrés  
D. Joaquín Callabed Carracedo  
D. Tomás Domingo Moratalla  
D<sup>a</sup> Míriam Eimil Ortiz  
D. Diego Gracia Guillén  
D. Javier Júdez Gutiérrez  
D<sup>a</sup>. M. Pilar Núñez Cubero  
D<sup>a</sup> Nuria Pérez de Lucas  
D<sup>a</sup> Bruna Jesus Santos

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



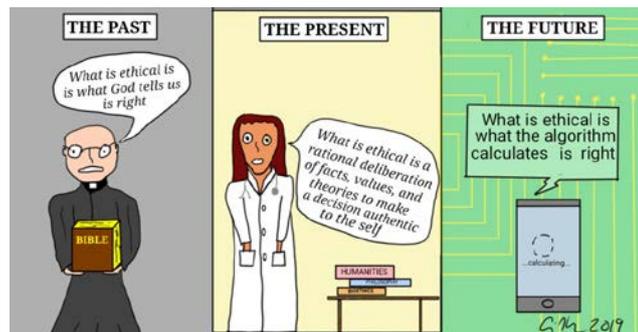
## Índice Nº37 Junio 2019

|                                                                                                          |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Editorial</b> .....                                                                                   | p.1   |
| <b>Artículos</b>                                                                                         |       |
| • La necesaria distancia – L. Feito .....                                                                | p.2   |
| • Un poco de piedad – D. Gracia .....                                                                    | p.5   |
| • Gestación subrogada – M.P. Núñez Cubero .....                                                          | p.7   |
| • Santiago Ramón y Cajal. Humanista – J. Callabed .....                                                  | p.11  |
| • La interseccionalidad en el sufrimiento mental entre estudiantes de enfermería – B. Jesus Santos ..... | p. 19 |
| • Recogiendo las inquietudes éticas de los compañeros: Parteras de un C.E.A. – M. Eimil .....            | p.26  |
| • Me da que pensar... las personas en el Sistema Nacional de Salud – G. Álvarez .....                    | p.31  |
| <b>Caso clínico comentado</b> .....                                                                      | p.33  |
| <b>Noticias de eventos</b>                                                                               |       |
| • XIV Congreso Internacional de Bioética – Asociación de Bioética Fundamental y Clínica .....            | p.36  |
| • Título propio Diploma de Especialización en Bioética Clínica – U. Complutense Madrid .....             | p.39  |
| <b>Novedad editorial</b>                                                                                 |       |
| ○ <i>Bioética mínima</i> – D. Gracia .....                                                               | p.40  |
| <b>Cajón de Bioética</b> .....                                                                           | p.46  |
| <b>Novedades y bibliografía</b> .....                                                                    | p.48  |
| <b>Normas para los autores</b>                                                                           |       |



*Bioética Complutense* está cerca de cumplir diez años de existencia. A lo largo de este tiempo hemos ido asistiendo a muchos problemas y reflexiones bioéticos, recogiendo periódicamente las aportaciones de muchos colaboradores que, desinteresadamente, han querido ofrecer sus ideas y creatividad al servicio de un diálogo plural y abierto. Ahora la revista se publicará solo dos veces al año, en junio y en diciembre, pero con la misma intensidad y compromiso que hasta ahora. Esperamos que cada vez más personas quieran participar y enviarnos sus artículos y propuestas. Este es un espacio abierto para todos.

En un interesante artículo firmado por Craig Klugman y publicado en el blog [bioethics.net](http://bioethics.net) el 3 de enero de 2019, se nos invita a pensar sobre el futuro de la bioética, planteando un reto que autores como Y.N. Harari están poniendo en evidencia con contundencia: las decisiones éticas estarán en el futuro en mano de algoritmos. Es la inteligencia artificial la que va a tomar decisiones sobre lo bueno y lo correcto.



El asunto no es baladí. Se trata de tomar en consideración la tendencia a generar sistemas que puedan procesar datos y llegar a elegir la respuesta más adecuada a la situación. Así, por ejemplo, los denominados coches autónomos serán capaces de calcular los resultados de las distintas opciones para “tomar una decisión” –seleccionar uno de los cursos de acción posibles, conforme al cálculo realizado— y ejecutarla. Es claro que, si se trata exclusivamente de gestionar datos y realizar cálculos, las máquinas pueden hacerlo mejor y más rápido que los humanos.

La recolección de miles de datos sobre los comportamientos de los humanos y la deducción de la –presunta— decisión correcta choca sin embargo con una falacia bien conocida: la que pretende extraer un mandato de acción a partir de la mera descripción de lo que ocurre, la vieja falacia naturalista. Pero, si queremos solventarla, es preciso discutir sobre cuáles son los valores que pretendemos defender. Y en las sociedades plurales eso exige deliberación, determinación y ponderación de los elementos en juego, valoración de las circunstancias y del significado que tienen las consecuencias para la vida de las personas. Tiene que ver con motivaciones, con creencias, con sentimientos, con propuestas de vida buena, con pérdidas que hay que asumir, con intenciones y con ideales. Y todo eso es peculiar en cada situación, por lo que resulta difícil pensar que pudiera haber un algoritmo que resolviera esta complejidad de la decisión humana. Porque no se trata de un cálculo, sino de una opción libre. Y a veces será incluso poco pragmática, como pueden serlo los actos altruistas y solidarios, o la elección de la felicidad en lugar del éxito. Eso no puede entenderlo una máquina. ¿O sí?

Parece que tenemos bastantes temas para seguir pensando juntos en *Bioética Complutense* muchos años más.

Lydia Feito  
Directora

# La necesaria distancia

Distanciarse de la propia posición es un modo de tomar perspectiva ante la realidad. En muchas ocasiones, estar demasiado cerca de lo que observamos nos impide verlo en todas sus dimensiones, contextualizarlo, entenderlo en su conjunto, distinguir otros matices. Por eso, en los problemas bioéticos, la excesiva implicación racional y emocional con determinadas convicciones puede actuar, en ocasiones, como una forma de “cortedad de miras”, al no permitirnos la amplitud de la mirada.

El tema dista de ser fácil. Podríamos decir que esta es una de las dificultades más llamativas de la ética. Supone la capacidad de mantener la distancia adecuada respecto de los problemas que se analizan, esto es, saber encontrar el equilibrio preciso entre la implicación con los valores que hay que promover y el respeto a la pluralidad de perspectivas que hay que observar.

En los procesos deliberativos se pone de manifiesto este desafío de modo, si cabe, más palpable, pues no es posible ser imparcial, ya que existe un compromiso responsable con una posición concreta pero, al mismo tiempo, es imprescindible evitar cualquier forma de imposición o dogmatismo, lo que supone observar y tomar en consideración otros puntos de vista.

Todos tenemos filtros que condicionan nuestra mirada. Lo expresó felizmente Ramón de Campoamor (1817-1901) cuando decía en esos famosos versos: “Y es que en este mundo traidor / nada es verdad ni mentira:/ todo es según el color/ del cristal con que se mira”.

Nadie puede dejar de mirar con un cierto sesgo, que proviene de su formación, de sus expectativas, de su experiencia, de sus creencias, de su cultura, etc. Por eso no es posible la estricta imparcialidad. En los juicios prácticos, los que hablan de lo que puede/debe ser de un cierto modo, no es posible alcanzar una perfecta objetividad. Y probablemente tampoco sería deseable, pues en el terreno de los valores nos jugamos lo humano, y esto no es un resultado de un cálculo matemático.

Como tantas veces subrayamos, la deliberación sobre lo bueno o lo correcto tiene muchos matices, consideraciones, excepciones, circunstancias que afectan o modifican las valoraciones, peculiaridades y contextos que no podemos dejar de lado, so pena de perder la riqueza de la realidad humana. Y por eso es tan difícil elaborar juicios y tomar decisiones prudentes.

Eso sí, para actuar con honestidad, es obligado ser conscientes de esos sesgos, y hacerlos explícitos. Ni una cosa ni la otra son tampoco sencillas.

Ser consciente de los sesgos, de los filtros de nuestro entendimiento exige, como mínimo, la capacidad de hacer un autoexamen sobre los propios presupuestos subyacentes. Para ello es preciso ser consciente de esa limitación, lo cual supone humildad intelectual y realismo ante nuestra ignorancia. Cualidades estas poco frecuentes. Pero además, exige un notable esfuerzo de exploración, pues no siempre es fácil identificar esos elementos que están operando como líneas de fuerza implícitas.

J. Ortega y Gasset (1883-1955), con su clarividencia manifiesta, nos alertaba —en su obra *Ideas y creencias*— sobre la existencia de esas ideas tan especiales, que confundimos con la realidad misma, de tan evidentes que nos parecen:

«Aquí topamos con otro estrato de ideas que un hombre tiene. Pero ¡cuán diferente de todas aquellas que se le ocurren o que adopta! Estas "ideas" básicas que llamo "creencias" —ya se verá por qué— no surgen en tal día y hora dentro de nuestra vida, no arribamos a ellas por un acto particular de pensar, no son, en suma, pensamientos que tenemos, no son ocurrencias ni siquiera de aquella especie más elevada por su perfección lógica y que denominamos razonamientos. Todo lo contrario: esas ideas que son, de verdad, "creencias" constituyen el continente de nuestra vida y, por ello, no tienen el carácter de contenidos particulares dentro de ésta. Cabe decir que no son ideas que tenemos, sino ideas que somos. Más aún: precisamente porque son creencias radicalísimas se confunden para nosotros con la realidad misma —son nuestro mundo y nuestro ser—, pierden, por tanto, el carácter de ideas, de pensamientos nuestros que podían muy bien no habérsenos ocurrido.»

Las creencias actúan como supuestos tácitos, de modo que la mayor parte de las veces no somos conscientes de ellas. Son nuestro peculiar modo de ver el mundo, el cristal con el que miramos. Y por eso nos parecen autoevidentes, clarísimas, obvias, incuestionables. Resulta inconcebible que se pueda mirar de otra manera porque, simplemente, no reconocemos que haya otro

modo posible de ver lo que nos parece que es la realidad misma. «No llegamos a ellas tras una faena de entendimiento, sino que operan ya en nuestro fondo cuando nos ponemos a pensar sobre algo. Por eso no solemos formularlas, sino que nos contentamos con aludir a ellas como solemos hacer con todo lo que nos es la realidad misma.»

Caer en la cuenta de esas creencias, de esos filtros, es, por tanto, una ardua tarea que requiere de un esfuerzo de clarificación y autoanálisis para comprender las razones de nuestra propia perspectiva. «Toda nuestra conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de nuestras creencias auténticas. En ellas "vivimos, nos movemos y somos". Por lo mismo, no solemos tener conciencia expresa de ellas, no las pensamos, sino que actúan latentes, como implicaciones de cuanto expresamente hacemos o pensamos. Cuando creemos de verdad en una cosa no tenemos la "idea" de esa cosa, sino que simplemente "contamos con ella".»

Explicitarla nos supone una tarea que no sólo es difícil intelectualmente, sino que nos obliga a comprendernos, a examinar las raíces mismas de lo que vemos en el mundo. Por eso exige voluntad. Es preciso querer saber, querer explorar las propias creencias y, por tanto, estar dispuesto a conocer sus limitaciones, su perfil, sus supuestos, su fragilidad. Salir del terreno de la tierra firme para adentrarnos en "un mar de dudas", «nos habla de la duda como una fluctuación, vaivén de olas. Decididamente, el mundo de lo dudoso es un paisaje marino e inspira al hombre presunciones de naufragio.» No todo el mundo es tan valiente.

Pero es un ejercicio muy saludable. En primer lugar porque nos permite conocer mejor nuestros propios supuestos, los elementos que consideramos irrenunciables e innegociables. En segundo lugar porque nos permite ver también su debilidad, sus puntos oscuros, los fallos de su justificación y sus limitaciones. Y esto, en tercer lugar, nos hace conscientes de que existen otros modos alternativos de mirar, otras perspectivas sobre la realidad.

Esta distancia de las propias creencias es esencial para el trabajo deliberativo. Se puede decir que es su condición de posibilidad. No supone la renuncia a las propias convicciones, sino la clarificación del ámbito en el que se discute, los puntos de los que se parte y, con ello, la comprensión profunda de los temas y sus matices.

Como propone M. Nussbaum (1947-) en su obra *El cultivo de la humanidad*, es esencial educar en la capacidad de la "imaginación narrativa", esto es, la capacidad de pensar cómo sería estar en el lugar de otra persona. Esto nos exige relativizar nuestra propia posición, asumir otras realidades, descubrir lo humano que compartimos a pesar de las diferencias y, al mismo tiempo, contextualizar la experiencia de cada uno e intentar comprenderla mirándola desde su perspectiva. No se trata de suspender la crítica, pero sí de entender con una mirada más amplia.

«Este primer paso de entender el mundo desde el punto de vista del otro es esencial para cualquier juicio responsable, puesto que no sabremos lo que estamos juzgando hasta no ver el significado de una acción según la intención de la persona que la realiza, ni entenderemos el significado de un discurso mientras no conozcamos la importancia de lo que expresa en el contexto de la historia y el mundo social de esa persona.»

Con esto es con lo que se puede alcanzar una "ciudadanía inteligente", dice Nussbaum. Es la clave para poder dialogar, para convivir en el pluralismo, para ser ciudadanos del mundo. «La visión del ciudadano del mundo insiste en que todos los ciudadanos necesitan entender las diferencias con las que deben convivir. Desde esta perspectiva, los ciudadanos aparecen esforzándose por deliberar y por entender más allá de las divisiones.»

Se trata no sólo de saber que no todos pensamos igual, sino de comprometerse con un esfuerzo de comprensión de esas diferencias, como presupuesto para el diálogo.

Es un ejercicio de tolerancia, de entendimiento y también de libertad. Se atribuye a Voltaire (1694-1778) la famosa frase: «estoy en desacuerdo con lo que dices, pero defenderé hasta la muerte tu derecho a decirlo», una formulación de la libertad de expresión que no está de más reivindicar de nuevo. La frase fue acuñada por Evelyn Beatrice Hall (1868-1956), una gran escritora, biógrafa de Voltaire, que era más conocida por su pseudónimo masculino Stephen G. Tallentyre y que explicaba de esta forma el espíritu que movía al filósofo francés.

Precisamente esa necesaria distancia de las propias creencias y posiciones es la que puede permitir que los demás expresen sus ideas y, más aún, hacer el esfuerzo por escucharlas y comprenderlas. Los diferentes puntos de vista son perspectivas que dicen algo sobre la realidad, y por ello son valiosas. Incluso cuando no las compartimos, cuando nos resultan ajenas o cuando nos generan rechazo. Los procesos de diálogo y deliberación no deben excluir perspectivas sino, antes bien, enriquecerse con ellas, pues quien piensa diferente nos obliga a perfeccionar nuestros argumentos, afinar nuestra propia posición, generar nuevas razones y justificaciones para nuestra propia posición; nos exige ponderar nuevos elementos y tomar conciencia de nuestros propios filtros y presupuestos; nos mueve a buscar espacios de diálogo y nos vacuna contra el dogmatismo.

Sin duda, es una apuesta difícil en los tiempos actuales, donde los debates tienden a estar polarizados, donde en ocasiones mandan los discursos establecidos, desechando otras posibles

miradas, donde nos permitimos la ligereza de destruir o excluir la postura del oponente, etiquetándolo, no por lo que expresa, sino simplemente por ser contrario.

Pero son muchas las voces que plantean la necesidad de esta ciudadanía democrática, basada en la deliberación. Una de las autoras más notables en este sentido es A. Gutmann (1949-) con su propuesta de una democracia deliberativa. En una entrevista publicada en 2018 (*Theory and Research in Education*, 2018, 16(2): 244–252) afirmaba: «La democracia deliberativa es el ideal de gobierno que complementa la educación democrática: los ciudadanos y sus representantes responsables se ofrecen mutuamente razones para leyes mutuamente vinculantes en un proceso continuo de justificación mutua, que está basado en el respeto mutuo.

En la medida en que una democracia no es deliberativa, trata a las personas como sujetos pasivos que deben ser gobernados, en lugar de como ciudadanos que son libres de participar en la gobernanza, dando y recibiendo razones para leyes y políticas públicas mutuamente vinculantes. La deliberación en democracia también es una forma de educación permanente. Somos educados continuamente al discutir con nuestros conciudadanos de manera robusta y respetuosa, ocasionalmente de acuerdo, muchas veces no, sobre la mejor manera de hacer avanzar nuestras sociedades.»

Así, Gutmann enfatiza que una democracia bien constituida requiere que los ciudadanos entiendan y respeten las perspectivas opuestas, incluso aunque haya disenso. El ejercicio del juicio crítico frente a las ideas que no compartimos no es incompatible con el respeto a las razones que expresan los otros.

Por eso es esencial la distancia adecuada respecto de la propia posición. Defender las ideas, incluso con vehemencia, no nos exime de la tarea de comprender otras perspectivas y dialogar con ellas a la búsqueda de los valores compartidos, de las propuestas que puedan asumirse para la convivencia entre diferentes, en el contexto de sociedades democráticas caracterizadas por el pluralismo.

Esto nos exige distinguir claramente entre la propia posición, la que marcan nuestras creencias y preferencias, y la postura que parecería más adecuada para defender en una sociedad en la que no todos opinamos lo mismo. Utilizando un lenguaje que es también muy útil para la ética, podríamos decir que es necesario diferenciar entre las propuestas de máximos —que atañen a los valores que un individuo o grupo asumen como rectores de su propia vida, como propuestas de sentido que orientan su proyecto y sus acciones— y los consensos de mínimos —que hacen referencia a los espacios de valores compartidos, que deben asegurar la convivencia, el respeto mutuo, y también la posibilidad de que cada uno desarrolle sus propios objetivos—.

En los debates bioéticos resulta fundamental diferenciar estos dos niveles. En temas controvertidos como por ejemplo el aborto, la gestación subrogada, la eutanasia, o tantos otros, se hace necesario comprender que existen posiciones bien diferentes, que parten de presupuestos radicalmente opuestos, y que conducen a opciones de valores completamente distintas. El trabajo deliberativo exige, como se ha indicado, escuchar y tratar de comprender las diferentes propuestas, a fin de enriquecer el debate, entender las posiciones y profundizar en los argumentos, desde el respeto y la consideración de la pluralidad de perspectivas como un valor. También obliga a realizar un autoexamen para reconocer los supuestos propios, tomar conciencia de los puntos fuertes y también los límites del punto de vista propio. Se hace necesario explicitar esos supuestos, como forma de transparencia y honestidad de quienes participan en el diálogo.

Requiere también buscar sinceramente los puntos de acuerdo, ejercitando una suerte de “equilibrio reflexivo” al modo como lo propone J. Rawls (1921-2002). En algunas de sus obras, como *Teoría de la Justicia*, Rawls plantea la necesidad de que los principios de la justicia se generen a través de un procedimiento de construcción que ha de dar cuenta suficiente de un proceso deliberativo entre personas libres situadas en condiciones de igualdad. Teniendo en cuenta las diversas maneras posibles de entender la justicia y, por tanto, los diferentes valores en juego, es imprescindible buscar un acuerdo entre las creencias personales y los principios generales que deben observarse en una sociedad que se pretende justa. Hay una serie de concepciones omniabarcantes que actúan como grandes supuestos teóricos que revelan cosmovisiones y perspectivas básicas sobre el mundo y las personas, y es preciso tratar de encontrar un espacio en el que se puedan conciliar esos grandes sistemas de creencias.

Esto significa que en los problemas bioéticos encontramos posiciones basadas en creencias que remiten a esas grandes concepciones, donde es difícil poder llegar a un acuerdo. Sin embargo, las sociedades pluralistas exigen lograr esos mínimos compartidos, como clave para la convivencia. Por eso es esencial desarrollar procesos deliberativos a la búsqueda de los valores fundamentales que debemos establecer como básicos.

La libertad se revela fácilmente como uno de esos valores, en tanto que es el soporte para la defensa de las propias creencias. La misma idea del pluralismo se ancla en la idea del respeto a la libertad de conciencia y a la libertad de expresión. Por ello, es preciso hacer esa importante distinción entre la propia opinión —“lo que yo haría”, conforme

a un sistema de creencias, un marco de valores propio— y lo que podemos reconocer como propuestas válidas que permiten que las personas puedan defender sus posiciones, aunque no las compartamos.

Esto es tanto como decir que las convicciones personales pueden promoverse, defenderse, publicitarse, argumentarse, pero no exigirse, pues una sociedad plural está marcada por la heterogeneidad de las posiciones y creencias. No obstante, es imprescindible lograr acuerdos para una convivencia pacífica. No se trata de meros pactos estratégicos basados en una negociación —lo cual no supondría ningún intento de comprensión, ni favorecería un compromiso con valores compartidos—, sino de auténticos acuerdos de valores, que, mediante el diálogo profundo de las distintas perspectivas, logren expresar elementos básicos, considerados irrenunciables, que promuevan y permitan el desarrollo de proyectos personales según las opciones elegidas por cada persona.

Esto es lo que pretenden los procesos deliberativos auténticos. La diferencia de perspectivas es una condición inexcusable pero también una oportunidad para enriquecer el diálogo, a la búsqueda de una acción prudente que promueva valores, aceptando que cada uno de los actores podría elegir y asumir responsablemente una acción diferente, conforme a su propia visión.

Cuesta mucho moverse en este doble nivel. Cada uno de nosotros está convencido de que su posición, su perspectiva, es la más correcta, la que protege los valores más adecuados. Y desde esa afirmación, tiende a imponer su criterio, animado por una voluntad de promover lo que considera bueno. Sin embargo, todos tenemos filtros, sesgos, supuestos que, a pesar de parecerlos tan evidentes, remiten a una cierta visión del mundo que no todos comparten. Y por eso, si queremos defender la convivencia en la pluralidad, estamos obligados a realizar este complicado ejercicio de autoanálisis, de conciencia de la limitación, de comprensión de otros puntos de vista, de defensa de la libertad como clave, y de diálogo a la búsqueda de valores compartidos, sin descanso, hasta la extenuación. Nos va en ello nada menos que la posibilidad de vivir juntos, eligiendo cada uno su proyecto de vida y sus propuestas de valores, en paz, queriendo construir un mundo compartido de personas diferentes.

**Lydia Feito**

Profesora de Bioética y Humanidades Médicas  
Facultad de Medicina  
UCM

# El comentario de Diego Gracia

## El comentario de Diego Gracia



### Un poco de piedad

Primero fue la recuperación de la memoria histórica. Ahora es la tumba de Franco. Nos colocamos en la perspectiva del “observador imparcial” y anatematizamos toda conducta que nos parece injusta. Lo hacemos en el nombre de la ética. Y como esto de la ética está algo venido a menos, echamos mano de la socorrida palabra “dignidad”. Es que lo exige la dignidad. Y nos sentimos satisfechos de nosotros mismos.

En todo esto Freud vería un fenómeno inconsciente que se apodera de nosotros sin darnos cuenta. Lo llamó “narcisismo”. No hay tal espectador imparcial. Es una utopía, un error. Todos somos parciales, aunque no tengamos conciencia de ello. Los psicólogos han demostrado que somos propensos a olvidar los acontecimientos negativos de la vida, y que tendemos a situarlos en épocas lejanas, en tanto que los positivos los recordamos con gran precisión y detalle y los aproximamos en el tiempo. Esto se llama un “sesgo” de apreciación, del que además no somos conscientes.

La vida humana está llena de sesgos. Franco fue un criminal, de igual modo, dicen ahora ciertos americanistas, que lo fue Colón. Y la lista podría ampliarse hasta cubrir la práctica totalidad de la historia..., menos, obviamente, quien se erija en juez de ella, que, a lo que parece, está, a Dios gracias, exento de esa condición. ¿No habrá en el fondo de todo esto un sesgo, un profundo sesgo?

Hablando hace años con un sacerdote ejemplar sobre ciertas actitudes y doctrinas del Vaticano que él, por supuesto, reprobaba, me dijo: “este Papa (no se refería al actual sino a otro anterior) hace muchas cosas que considero incorrectas, pero tengo que respetarle porque es mi padre”. El padre de uno puede ser un borracho, o un mujeriego, o un estafador; incluso, un criminal. Pero es su padre.

¿Qué quiere decirse con “es mi padre”? Esto es algo para lo que la cultura occidental hace siglos que perdió la sensibilidad. Intentamos medirlo todo con la vara de la justicia. Si lo ha hecho, es justo que lo pague, y cualquier otra consideración resulta injusta. El peor insulto que puede recibir una persona actual es que mueve a piedad. La gente no quiere piedad, término que aborrece, sino justicia.

Pero esto, que nos parece tan claro, no ha sido siempre así. Platón consideró que esto de la piedad tenía suficiente relevancia como para dedicarle un diálogo entero, el *Eutifrón*. Sócrates le encuentra en el Pórtico del rey, el lugar donde se ventilaban los asuntos religiosos y los delitos de sangre, y le pregunta qué hace allí. Eutifrón responde que está allí para acusar a su padre de homicidio. Sócrates se queda de piedra. Y los familiares de Eutifrón también, pues, dicen, “es impío que un hijo lleve una acción judicial de homicidio contra su padre” (*Eut*, 4 d-e). Eutifrón cree, por el contrario, que es un puro deber de justicia. Sócrates está lejos de verlo así, y le pregunta: “¿Y tú, Eutifrón, crees tener un conocimiento tan perfecto acerca de cómo son las cosas divinas y los actos píos e impíos, que, habiendo sucedido las cosas según dices, no tienes temor de que, al promoverle un proceso a tu padre, no estés a tu vez haciendo, tú precisamente, un acto impío?” (*Eut* 4 e). La piedad no dice referencia solo a las relaciones con los dioses, sin también a las que tenemos con los padres, familiares, personas mayores, antepasados y dirigentes públicos. Todos ellos nos han dado cosas que no podemos devolver, ni por tanto retribuirles de acuerdo con el principio de justicia conmutativa. No es que la piedad sea injusta; es un tipo de justicia, pero peculiar, porque no se refiere a los deberes que tenemos para con los iguales sino con los superiores, por más que los consideremos injustos. Nuestro padre es nuestro padre, aunque no nos guste o reneguemos de él.

Cuenta Jenofonte un acontecimiento que resulta particularmente conmovedor. Era proverbial en el círculo socrático el mal genio de la mujer de Sócrates, Jantipa, a la que Antístenes llega a calificar de “la mujer más desagradable de cuantas existen, y aun creo que de cuantas han existido y puedan existir” (Jenofonte, *Banq* II,10). El propio hijo mayor de Sócrates, Lamprocles era, según parece, de la misma opinión. A Sócrates esta conducta de su hijo le parece impía, porque el respeto no se les tiene a los padres y superiores porque sean justos o injustos, sino porque son superiores. A tal punto llega esto, que Sócrates no acepta el consejo de su amigo Critón de sobornar a los guardianes y fugarse de la cárcel evitando, de ese modo, la muerte, porque sería ir contra la decisión de las leyes de la pólis, que merecen tanto respeto como el padre o la madre. Y pone en boca de las leyes estas amonestaciones: “¿qué acusación tienes contra nosotras y contra la ciudad para intentar destruirnos? ¿No te hemos dado nosotras la vida, y por medio de nosotras, desposó tu padre a tu madre y te engendró?” (*Crit* 50 c-d). “¿Acaso eres tan sabio que te pasa inadvertido que la patria merece más honor que la madre, que el padre y que todos los antepasados, que es más venerable y más santa?” (*Crit* 51 a). “Nosotras te hemos engendrado, criado, educado y te hemos hecho partícipe, como a todos los demás ciudadanos, de todos los bienes de que éramos capaces” (*Crit* 51 c).

Volvamos al principio. A Colón hay que bajarle del pedestal sobre el que estaba en la ciudad de San Francisco, y a Franco hay que removerle la tumba y enviar sus restos a un lugar donde quede para siempre clara su condición de proscrito. Lo exige, dicen, la justicia. Me pregunto si estos personajes tan justicieros no deberían reconocer públicamente que ellos son lo que son, malo y bueno, gracias en parte a Franco, y que las Américas deben mucho, muchísimo, a Cristóbal Colón. En tanto que personajes públicos, ambos han sido nuestros padres, o nuestros mayores, de los cuales no es decente ni posible renegar, pese a sus muchos defectos, pese a sus barbaridades. Reconocer éstas no está reñido con verlos como lo que fueron, personajes públicos, con los que ya desde la antigüedad se decía que tenemos deberes de piedad, por la sencilla razón de que nos han dado cosas que no podemos devolverles en justicia.

Hace años, un buen amigo chileno me llevó a ver el flamante Museo de la Memoria que hay en Santiago de Chile. Recién llegado al poder, lo visitó también Pedro Sánchez. Pero creo que la reacción de ambos fue muy distinta. Cuando, acabada la visita, me preguntó mi acompañante qué me había parecido, le contesté que a mi estos museos no me agradan. Los veo siempre demasiado justicieros, hechos con un espíritu revanchista que detesto. Frente a la venganza prefiero la piedad. Porque todos podemos ser no sólo víctimas sino también verdugos, y si no hemos llegado ni a lo uno, ni a lo otro, se me ocurre que sólo nos cabe dar gracias al cielo.

Se han cumplido hace meses los ochenta años del famoso discurso que pronunció el Presidente de la República española, don Manuel Azaña, en el Ayuntamiento de Barcelona, con ocasión del segundo aniversario del comienzo de la guerra civil, el 18 de julio de 1938. Tanto dolor, tanta sangre, tanto odio, a Azaña le parecían excesivos y le comían las entrañas, por más que, como dice una y otra vez a lo largo del discurso, a la República la asistiera la razón y estuviera actuando en justicia. Hay veces, muchas, que la justicia no basta. El discurso termina con este grito desgarrador de alguien que, sin embargo, creía estar actuando en justicia: “Paz, piedad y perdón”. De quien no sabe perdonar, tenemos razones para pensar que tampoco sabrá ser justo. Aunque se lo crea.

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

# Gestación subrogada

La gestación subrogada es, en definición de la OMS, una técnica de reproducción asistida, que se da cuando una mujer lleva el embarazo y da a luz un bebé que, genética y legalmente, pertenece a otros padres.

La gestante subrogada es, por tanto, la mujer que, de común acuerdo con una persona o pareja (padres intencionales o comitentes), acepta que se le transfiera a su útero el embrión previamente engendrado, con el fin de quedar embarazada de dicho embrión, gestarlo a término y dar a luz en sustitución de la mencionada persona o pareja.<sup>1</sup>

El desarrollo y aplicación de las Tecnologías de la Reproducción Asistida, han pasado por obtener niños nacidos, primero por Inseminación, luego Fertilización in vitro con gametos propios al inicio y más tarde con gametos donados, con Trasplante de embriones, para introducir después la posibilidad de gestación extraconyugal, que no deja de ser una técnica de reproducción compleja.<sup>2</sup>

En 1985 se da el primer caso de gestación subrogada en el que la gestante se quedó embarazada con la transferencia de un embrión creado a partir de una donación de óvulos. A partir de esa fecha y a pesar de los conflictos y debates éticos y legales no se ha detenido, ni ha dejado de crecer. Y aumenta porque *el deseo de ser padres es mayor al hecho de que algunas mujeres decidan dar a sus hijos en adopción, habiendo más intención por adoptar que niños a adoptar.*<sup>3</sup>

## Aspectos médicos y técnicos

Técnica de reproducción asistida compleja, de la que hay que considerar varios elementos:

1. Para alcanzar el embarazo de la madre subrogada, hay que hacer **recurso a la fecundación in vitro o a la inseminación artificial**, dependiendo del caso:

### 2. Tipos de maternidad subrogada:<sup>4</sup>

Según la genética del bebé, puede ser de dos tipos:

- **Tradicional** – La madre subrogada aporta también su óvulo, pero el espermatozoide proviene del padre que solicita la subrogación o de un donante, sea por inseminación o fertilización “in vitro”
- **Gestacional** – Cuando el óvulo y espermatozoide son aportados por la pareja que solicita la subrogación. Este embarazo se alcanza mediante fecundación in vitro.

También puede dividirse en dos tipos **según las finanzas** que haya por medio:

- **Altruista** – Cuando la mujer que lleva el embarazo lo hace sin ánimo de lucro, es decir, sin remuneración o pago por sus servicios.
- **Lucrativa** – Cuando la madre subrogada ofrece llevar el embarazo, a cambio de una suma de dinero. En este caso, los contratos se hacen por medio de una agencia especializada en este tipo de acuerdos. El montante a recibir varía según el contrato negociado, y suele contemplar pagos adicionales para embarazos múltiples y de alto riesgo.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud UC3MUN 2016.

<sup>2</sup> Fundació Victor Grifols i Lucas. La Subrogación uterina: análisis de la situación actual, en: Interrogantes de la Fundació/03, 22 abril 2015)

<sup>3</sup> Xavi Díaz de la Asociación “Son nuestros hijos”. 3 de julio 2017

<sup>4</sup> Fuentes OMS y Fundació Victor Grifols i Lucas

<sup>5</sup> Andrea Rodrigo Especialista en reproducción asistida, Babygest 12/04/2017

## Solicitantes de una gestación subrogada:

### 1. Razones médicas (llamadas indicaciones médicas o indicaciones de gestación subrogada):

- \* **Ausencia de útero**, ya sea congénita o adquirida (histerectomía).
- \* **Alteraciones uterinas en estado grave** como: endometriosis severa, Síndrome d' Asherman irreparable, adenomiosis grave...
- \* **Malformaciones uterinas** incompatibles con la gestación.
- \* **Fallos repetidos en otras técnicas** de reproducción asistida como FIV, FIV-ICSI, TE.
- \* **Abortos de repetición.**
- \* **Contraindicación médica:** Enfermedades que pueden verse agravadas por la gestación: patologías autoinmunes, cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, o con trasplante de algún órgano.
- \* **Consumo de fármacos:** Tratamientos farmacológicos que impiden la gestación o tienen acción teratogénica.

### 2. Pero dado que la sociedad acepta diferentes tipos de familias, acuden también:

- \* **Mujer sin pareja masculina (pareja homosexual femenina o mujer sola).**
- \* **Ausencia de mujer (pareja homosexual masculina o varón solo).**
- \* Hoy para parejas de lesbianas se ofrece el **método ROPA** (recepción de ovocitos de la pareja). Una mujer aporta el óvulo y la otra porta la gestación.

## CONDICIONES O ACCIONES NECESARIAS PARA UNA SUBROGACION

### Requisitos básicos:

- Tener más de 18-20 años y menos de 40.
- Haber pasado por un embarazo y parto de un hijo propio sin complicaciones.
- Gozar de una buena salud tanto mental como física
- Estar emocionalmente preparada para la subrogación y luego para la separación del recién nacido
- Si la candidata a gestante está casada, puede solicitarse el consentimiento del marido.
- En algunos países es requisito tener un nivel socio-económico medio-alto. Así, se aseguran que la motivación para ser gestante no es únicamente económica.
- Las mujeres que se proponen han de someterse a evaluaciones médicas y psicológicas. Y solo el 50% de mujeres que lo solicitan son aceptadas
- La elección de la gestante debe ser mutua, entre la pareja y la mujer subrogada.
- Algunas gestantes marcan sus restricciones. Mujeres que solo quieren gestar para parejas heterosexuales o para personas de su mismo país.
- En caso de gestación lucrativa una agencia de subrogación se encarga del contrato.
- Interesa también, la relación padres comitentes y mujer subrogada durante el embarazo.

### De lo que no se habla: riesgos para la salud de las madres de alquiler<sup>6</sup>

En este sentido, hay que señalar que muchas veces no se habla de lo más importante: *las consecuencias en la psique y en la salud de la madre subrogada, el eslabón más débil en toda una cadena de beneficios de esta forma de portar una "gestación para otros"*. En una búsqueda en *Medline*, la base de datos médicos y científicos más grande e importante del mundo que solo menciona un puñado de artículos sobre maternidad subrogada, ninguno de ellos ha investigado las consecuencias sobre la salud de las madres en esta forma de maternidad o las consecuencias para la salud psicológica del feto.

En la madre subrogada, los riesgos del embarazo estarán relacionados:

- con las complicaciones asociadas a la hiperestimulación hormonal necesaria para la preparación del cuerpo de la mujer para el embarazo,
- las complicaciones asociadas en general con todo embarazo: embolias, anemia materna, hemorragias, diabetes gestacional, hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia e incluso muerte

<sup>6</sup> Hernández Ortiz, M.J., Presidenta de la Associació de Dones de les Illes Balears per la Salut (ADIBS) 25.05.2017

- en estos embarazos también se realizan sistemáticamente pruebas de amniocentesis para garantizar la integridad genética del feto, lo cual tampoco está exento de riesgos para la madre, siendo el dolor, las infecciones y el sangrado las más frecuentes y el aborto la peor consecuencia.
- ¿y qué ocurre si el diagnóstico prenatal detecta una malformación fetal?, ¿quién decide si el embarazo se interrumpe o no? Ya hay casos donde la madre subrogada ha ofrecido resistencia a esa “indicación” de aborto. *Geneviève Delaisi de Parseval, refiere un caso en el que el feto era portador de una trisomía 21 y la madre subrogada rechazó la interrupción.*<sup>7</sup>
- En un altísimo porcentaje y más en casos de gestación subrogada, el alumbramiento se hace por cesárea, la cual, como es sabido tiene una morbilidad mayor que el parto normal.
- Las mujeres subrogadas tendrán que evitar también, por medios farmacológicos, la subida de la leche, un malestar más.
- Pueden ocurrir complicaciones que pueden aparecer en las tecnologías reproductivas, como el embarazo múltiple, y llevar a intervenciones traumáticas para deshacerse de algún embrión.
- A la madre le pueden quedar "como regalo" células del feto en muchos órganos del cuerpo, incluido el cerebro, lo cual se ha llamado microquimerismo fetal.<sup>8</sup> Esta colonización puede afectar al cuerpo de la mujer, a veces, de forma negativa. Algunos científicos encuentran que este hecho podría ser la explicación de las recaídas de artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes que ocurren tras los embarazos. Este fenómeno puede estar influenciado en estas gestantes si tenemos en cuenta que el producto de la gestación es desde el punto de vista genético, completamente ajeno a ella, totalmente alogénico, sin ninguna coincidencia genética, *a diferencia del embarazo normal, en que el embrión es solo semialogénico con respecto a la madre.*<sup>9</sup>
- No faltan pediatras (Dr. Pierre Lévy-Sousson, pedopsiquiatra)<sup>10</sup> que señalan influencias negativas también para el niño, como los efectos de la ruptura brusca programada tras 9 meses de relación materno-fetal, y el deseo más tarde cuando el adolescente o joven quiera conocer sus orígenes.
- La familia de la madre subrogada también está sometida a la presión y cambios en su vida en relación con la situación de la madre gestante y lo que supone para los otros hijos el hecho de abandonar un recién nacido.
- Cuando la gestación subrogada es buscada y aceptada por motivos económicos, ¿no representa una forma de discriminación? *Geneviève Delaisi, continúa preguntándose si la gestación subrogada puede considerarse como un procedimiento para responder al sufrimiento de parejas infértiles o bien una forma nueva de comercialización del cuerpo.*<sup>11</sup>
- A considerar también la compleja situación del contrato a firmar entre los padres intencionales y la madre subrogada, muchas veces no transparente, por mezcla de intereses entre las partes, las agencias mediadoras y algún tipo de influencia o manipulación.
- Y siempre la situación ante la filiación, “*achat des enfant*” (*compra de niños*) que ha sido denominado y considerado como un fraude a la ley,<sup>12</sup>

Termino con el último párrafo del Informe de la COMECE (Bruselas 2015):

*“No estimular modos de reproducción en los que el niño y la mujer sean tratados el uno como un producto y el otro como un instrumento de reproducción”.* Ni comercialización del cuerpo de la madre ni cosificación del niño.

*“La cuestión crucial es saber si queremos instituir una sociedad en la que los niños sean fabricados y vendidos como productos y si somos conscientes tanto de las consecuencias derivadas de la visión que tengamos sobre ellos, como de las relaciones humanas y sociales que se derivarán.”*<sup>13</sup>

**M<sup>a</sup> Pilar Núñez-Cubero, odn**  
Ginecóloga y Prof. de Bioética

<sup>7</sup> Geneviève Delaisi de Parseval et Chantal Collard, « La gestation pour autrui », *L'Homme*, 183 | 2007, 29-53.

<sup>8</sup> La Gestation pour autrui: pourquoi s'opposer à la légalisation? *Solidaires des plus fragiles*, 24 Oct. 2011

<sup>9</sup> Núñez-Cubero M.P. *Mujer, Mujeres y Bioética*, 2010. Ed. Universidad Pontificia Comillas, p.81

<sup>10</sup> Lévy-Soussan, P. "Mariage pour tous" : l'enfant en danger! Conférence à Paris 31 gen 2013

<sup>11</sup> Geneviève Delaisi de Parseval, psychanalyste, *Quelles limites à l'AMP : un point de vue psychanalytique.*

*Colloque Ethique, Procréation et Droit.* Paris, Mars 2010

<sup>12</sup> *Les Cahiers du Syndicat National des Gynécologues-Obstétriciens de France SYNGOF.* Mars 2014

<sup>13</sup> FABRE-MAGNAN M., *La gestation pour autrui: fictions et réalité*, Paris, Fayard, 2013

# Santiago Ramón y Cajal

## Humanista

### Introducción

Con motivo del Año de las Neurociencias, fui invitado los Ateneos de Madrid y Zaragoza para enviar colaboraciones sobre Cajal.

Seguí indagando sobre Cajal para mi discurso como Académico Numerario de la Real Academia Europea de Doctores y fui encontrando nuevas facetas de Cajal.

Como decía Émile Zola *“Toda narración necesita un marco descriptivo y elegir un ángulo de observación.”*

El *marco* descriptivo es Cajal en su perfil humano y humanista, menos conocido que el de científico.

El ángulo de observación es el de un Doctor en Medicina y Académico de Bellas Artes que respeta *“lo que los documentos históricos enseñan”* como dice Laín.

Tras consultar un centenar de fuentes bibliográficas como Laín, Marañón, López Piñero, Solsona, Albarracín, Durfort, y Vera Sampere, he procurado buscar evidencias, analizarlas, sintetizarlas, ordenarlas y concluir en función de los hallazgos, al estilo cartesiano.

He llegado a ciertas CONVICCIONES en las que profundizar:

1. El papel de su padre como médico, educador e instructor
2. Sus momentos humanos difíciles
3. El Cajal mitificado
4. El Cajal doctor, catedrático, europeísta y solidario
5. El Cajal humanista, sus aficiones de lector, dibujante, fotógrafo, escritor. Sus “otros yo”.

### 1. EL PAPEL DE SU PADRE JUSTO RAMÓN CASAJÚS

Comenzó a trabajar siendo adolescente como mancebo de farmacia en Javierrelatre (Huesca). Algunos años después fue caminando hasta Zaragoza para cursar el Bachiller en Artes. Posteriormente en Barcelona trabajó en una farmacia y consiguió el título de Cirujano Barbero. Así comenzó a ejercer en Petilla de Aragón.

Se licenció en Medicina en Valencia. Con este título ejerció en Ayerbe. Fue médico de Beneficencia por oposición y catedrático de Anatomía en Zaragoza. Su Tesis doctoral fue *“Consideraciones sobre la doctrina organicista”*.

### EDUCADOR E INSTRUCTOR

Santiago Ramón y Cajal nace en Petilla de Aragón el 1 de mayo de 1852, un enclave aragonés con administración Navarra.

*“Ahí fui engendrado y nací yo a eso de las nueve de la tarde cuando a las aliagas de la sierra ya no les quedaba flor.”*

Cajal siempre se sintió aragonés, como lo fueron sus padres y abuelos:

*“El pasado no podía comenzar más que en las montañas del Alto Aragón, junto a las tierras del conde Aznar / junto a las brujas del Valle de Tena y a los endemoniados que acudían a Santa Orosia. Estoy orgulloso de mis antepasados, los hijos de las montañas, quienes crecieron*

*alrededor del murallón calcáreo de los Pirineos.*

*Este Pirineo que atrae como pasión irrefrenable, que extasía lo mismo que un pedazo de locura. Mi sangre pertenece a un viejo condado de monjes y eremitas, de iglesias mozárabes y románicas, convertido más tarde en reino.”*

En Valpalmas (1856-1860) su padre le ayuda como profesor de geografía, física, aritmética y francés. A los seis años “Santiagué” escribía correctamente y se encargaba de la correspondencia en ausencia del padre.

*“Ser niño es lo verdaderamente hermoso en el mundo. ¡Lástima que todo haya sido un fugaz espejismo! . Compartir la vida con los árboles, la tierra, los vientos, los pájaros. Entregaría mi sabiduría por volver a ser el niño travieso de Valpalmas”.*

A la ciudad de Ayerbe, la llama su verdadera patria. Allí surgen conflictos paterno-filiales importantes.

No es bien recibido en Ayerbe “el hijo del médico”. Con el tiempo consigue conectar y se hace “jefe de la pandilla”.

*“No respetábamos derechos ni propiedades. Nos daba igual el huerto del cura que el del alcalde. Queríamos conocer la emoción del riesgo tras el vandalismo y el pillaje. Yo era el jefe de aquellos rústicos mozalbetes”.*

Bachillerato en Jaca.

Para cursar el bachillerato en Jaca su padre busca un colegio con buen latín y mano dura. Era el colegio de Las Escuelas Pías. Se aloja en casa del tío Juan.

Los duros correctivos del padre Jacinto no lograron doblegarle. Durante los castigos en el cuarto oscuro y con ayuno lograba escaparse a casa del tío Juan, hasta que fue descubierto en sus fugas. Su estado de salud al final de curso alarmó a sus padres.

*Mi aspecto era, como escribió Quevedo en su “Gran Tacaño”, “seco, filamentosos, poliédrica la cara y hundidos los ojos, largas y juanetudas las zancas, afilados la nariz y el mentón, semejaba tísico de tercer grado”.*

El destino siguiente es Huesca.

Se aloja en una pensión.

Santiago fue mal recibido en el Instituto. El “gallito” era Azcón, un labrador fornido que le insultaba. Santiago se lanzó sobre él y recibió una buena paliza.

Entrenó muchas horas, pensando en la revancha. Finalmente Azcón tuvo que capitular, ante los puños de Santiago...

Alternó cursos escolares con otros de aprendizaje de barbero y zapatero.

Su padre, ante el mal rendimiento escolar, decide que aprenda el oficio de barbero con el Sr. Acisclo. Pacta con el oficial de la barbería y gana favores al escribir cartas de amor a las criadas que cortejaba. Conquista también al Sr. Acisclo pintando los retratos del general Prim y Pirrad con glosas liberales. Eran tiempos de la revolución de “La Gloriosa” que acabó con el reinado de Isabel II.

Habiendo regresado al Instituto, otro conflicto escolar con el profesor de griego llevó a su padre a colocarlo como aprendiz de zapatero con Pedrín Coarasa.

Tuvo éxito en su trabajo y Pedrín Coarasa ofreció a Don Justo un contrato laboral por varios años. Su padre lo rechazó y le animó a continuar sus estudios. Santiago le exigió a cambio tomar clases de dibujo con León Abadía y su padre aceptó.

La propuesta del profesor para que continuara estudios en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando de Madrid no prosperó.

*“Cuando sea médico ya podrá viajar por las quimeras del arte”, dijo su padre.*

Con muchas intermitencias y perdiendo varios cursos termina el bachillerato.

En Zaragoza estudia la licenciatura en Medicina.

Su padre había ganado por oposición la plaza de Ayudante de Anatomía. Hacían prácticas de disección en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia.

Consultaba con su padre libros de Velpeau y Nelaton, cirujanos franceses de la época, y los libros de Argumosa y Sánchez de Oca, catedráticos de cirugía en Madrid y médicos de la Corte.

Se licencia en Medicina, destacando en Anatomía durante sus estudios.

Cajal le dedicó estas bellas palabras a su padre:

*“No puedo quejarme de la herencia biológica paterna. Me legó cualidades morales a las que tanto debo: la religión de la voluntad soberana, la fe en el trabajo, convicción en el esfuerzo, la hermosa ambición de ser algo, no reparar en sacrificios, no torcer la trayectoria por causas segundas, y su honestidad, natural en los hombres de las montañas, pues se lleva tan adentro que se arrastra de por vida”.*

## 2. SUS MOMENTOS HUMANOS DIFÍCILES

a. El Paludismo, que sufrió en Cuba, lo describe así:

*“Sentí el cerco de la fiebre sobre mi piel. Busqué el sulfato de quinina. La destemplanza se imponía en mis ocios, lecturas, dibujos y fotografías que eran mis medicinas en otras ocasiones. Quedé postrado en cama con un constante ir y venir de oscuros pensamientos, desganas y cansancios. Afloraba el color amarillo, mi corazón latía enloquecido. No podía atender a mis pacientes”.*

b. Tuberculosis

Jugando al ajedrez con su amigo Ledesma, en Zaragoza, tuvo una hemoptisis pulmonar. Fue al balneario de Panticosa durante unos meses “a tomar las aguas”, conocidas desde épocas romanas. Terminó el tratamiento en San Juan de la Peña con su hermana Pabla.

Cayó de nuevo en el abatimiento y la desesperanza con la tuberculosis.

*“Solo la religión me hubiera consolado. Por desgracia mi fe había sufrido mucho con la lectura de los libros de filosofía. Del naufragio había salvado dos altos principios: la existencia de un alma inmortal y la de un Ser Supremo, Rector del mundo y de la vida. Pensé que estaba en una agonía de peñascos centenarios”.*

c. Falleció su hija Enriqueta por una meningitis tuberculosa. Fue en Barcelona.

*¡Pobre Enriqueta! -escribe Cajal- Su imagen pálida y doliente vive en mi memoria asociado por amargo contraste a uno de mis descubrimientos más bellos: el cilindro-eje de los granos del cerebelo y su continuación con las fibrillas paralelas de la capa molecular.*

d. Su hijo Santiago falleció en Madrid a consecuencia de las complicaciones cardíacas de unas fiebres tifoideas que contrajo en Barcelona. Le había montado una librería. Había puesto muchas esperanzas en él. Le había dedicado el libro *Fotografía de los colores*.

## 3. EL CAJAL MITIFICADO

Cajal fue considerado como redentor del desastre colonial del 98 y como tal mitificado.

### 3.1. “*Un genio que emerge solitario*” (Ortega y Gasset)

No es correcto.

Con motivo de su Tesis Doctoral en Madrid, contacta con Aureliano Maestre de San Juan (1887). Había buenos maestros como Federico Rubio, Luís Simarro (le facilita el método de tinción de Golgi del nitrato de plata que le había facilitado Ranvier en París), Rafael Ariza y José Eugenio de Olavide, con los que Cajal inicia su aprendizaje.

### 3.2. “*Un descubridor casual con carencia de medios*”

No es correcto.

Cajal no fue un descubridor casual y afortunado. Primero teoriza y luego busca comprobación a su teoría y la encuentra.

“*es preciso que se pueda demostrar y hay que demostrarlo*”, es uno de sus lemas.

Como le dijo Renan a Pasteur al recibirle en la Academia de Medicina francesa: “*La naturaleza ama las manos callosas y no se revela más que a las frentes preocupadas*”. Estas palabras podían ir dirigidas a Cajal.

### 3.3. “*No hubo escuela de histología tras su marcha*”

No es correcto.

Cajal dejó una escuela importante: Pedro Ramón y Cajal, Jorge Francisco Tello, Rafael Lorente de No, Fernando de Castro, Julián Sanz Ibáñez, Gonzalo Rodríguez Lafora, Galo Leoz y Ramón Martínez Pérez (profesor mío en Zaragoza).

## 4. DOCTOR, CATEDRÁTICO, APORTACIONES CIENTÍFICAS, EUROPEÍSTA

### 4.1. DOCTORADO EN MADRID

Realizó las asignaturas del doctorado por libre, en Zaragoza, y nos dice que todo fue “*a trancas y barrancas*”. Leyó su Tesis Doctoral en Madrid sobre “*la Patología de la inflamación*” consiguiendo un aprobado.

### 4.2. CATEDRÁTICO

Tras 10 años opositando a cátedras, consigue la de Valencia. Posteriormente las de Barcelona y Madrid.

#### 1. Catedrático en VALENCIA “*nemine discrepante*” (1884-1887).

Valencia es punto de arranque de investigaciones científicas.

a. Investiga la vacuna del cólera paralelamente con el Dr. Ferrán que había logrado una vacuna de gérmenes vivos. Cajal consigue una vacuna de gérmenes muertos, más eficaz.

Al final, Salomon y Smith pasan a la historia como descubridores de la vacuna, apoyando las hipótesis de Cajal. Una oportunidad perdida.

#### b. Realiza Investigaciones psicológicas sobre hipnosis.

Asegura que la hipnosis puede ser de utilidad en el parto, altera el estado de ánimo, restaura el apetito, cura parálisis histéricas y produce olvido radical de acontecimientos atormentadores. Tuvo gran éxito en su consultorio.

Se desilusiona al considerar que:

“*el tan decantado cerebro humano, la obra maestra de la creación/ adolece del defecto de la sugestionabilidad: y hasta la más excelsa inteligencia puede convertirse a través de hábiles sugestionadores (oradores, políticos, guerreros o apóstoles etc.) en humilde y pasivo instrumento de ambiciones, codicias o delirios*”.

c. Decide dedicarse a la Histología. Se inclina “*por la religión de los hechos*”. Abandona la anatomía clásica y pasa al microscopio.

## 2. Catedrático en BARCELONA (1888-1892).

En Barcelona nace una nueva concepción del Sistema Nervioso, gracias a Cajal.

En su domicilio de calle Notariado 7, descubre la conexión neuronal.

“*Cada célula nerviosa es un cantón fisiológico absolutamente autónomo*”.

Había pronunciado el primer postulado de la actual fisiología del sistema nervioso.

Al año 1888 Cajal le llamó su Domingo de Ramos:

Decidió dar a conocer sus hallazgos asistiendo al congreso de la Sociedad Anatómica Alemana en Berlín (1889). Allí logra convencer de sus descubrimientos a las figuras científicas de la época como Kolliker. Quedó impresionado este histólogo alemán con las aportaciones de Cajal y hasta estudió español para conocer mejor sus descubrimientos.

## 3. Catedrático en MADRID (1892-1934).

Tras dura oposición con Luis Simarro.

Allí vive su período culminante. Es reconocido con el premio Nobel.

### 4.3. APORTACIONES CIENTÍFICAS y RECONOCIMIENTOS.

#### a. Algunas aportaciones científicas

8 Textos científicos.

200 artículos científicos.

Autoeditor de “*La Revista Trimestral Micrográfica*”.

Su libro “*La Histología del Sistema Nervioso del Hombre y los Vertebrados*” (1904) tuvo una gran repercusión internacional.

David Hubel, neurólogo canadiense premio Nobel, dijo que *era el más importante trabajo de neurología de todos los tiempos*.

#### b. Reconocimientos

Fue reconocido con el premio Nobel.

Obtuvo 14 doctorados *Honoris Causa*, destacando los de Cambridge, Clark y la Sorbonne. Aprovechó sus estancias para estudiar los sistemas pedagógicos de estas universidades e importarlos a su cátedra.

Le otorgaron más de 100 reconocimientos académicos, entre ellos Académico Honorario de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

### 4.4 CAJAL EUROPEÍSTA

En aquel momento en Madrid era época del krausismo y de la Institución Libre de Enseñanza (ILE), con Giner de los Ríos, Azcárate y Salmerón, que introdujo en España ideas avanzadas pedagógicas y científicas.

Cajal presidió Instituciones como la Junta de Ampliación de Estudios (JAE) y el Instituto para Investigaciones Biológicas (IIB) donde pudo proyectar su vocación europeísta.

Sus iniciativas permitieron becar a miles de profesionales que hicieron su especialización en países europeos. Cajal reanimó la investigación española. Fue un científico solidario.

## 5. CAJAL HUMANISTA

*Ser humanista, como dice Laín Entralgo, es una actitud, un saber del médico que trata de practicar y entender la medicina más allá de la condición humana de sus pacientes. Se trata de compenetrar la medicina con las humanidades médicas: historia, sociología, ética, estética, psicología, antropología, arte, aplicadas siempre al conocimiento del hombre enfermo o a la prevención de su salud.*

1. Como LECTOR descubre una Biblioteca en el desván de un vecino pastelero en Ayerbe. Encuentra obras de Víctor Hugo, Lamartine, Chateaubriand, Dumas, Quevedo, Cervantes y el Robinson Crusoe de Defoe y otros muchos.

Estos libros marcan su vida, como el reconocerá, por ejemplo, en la etapa de médico militar en Cuba (1873-1875):

*“Para ser sincero declaro que además del sentido del deber me arrastró a Cuba las visiones luminosas de las novelas románticas. El afán de aventuras peregrinas, el ansia de contemplar costumbres y países exóticos”.*

2. Como DIBUJANTE se ejercita en Ayerbe, Jaca y en Huesca con León Abadía. Encontraba consuelo en sus dibujos y en la contemplación de la Naturaleza.

Siguió dibujando en Cuba y describe sus momentos así:

*“Cada trazo tenía la fuerza de una palabra y me hacían olvidar, aunque fuera momentáneamente, aquel miedo cargado de sinsentido y crueldad que tenía la guerra.”*

Como dibujante anatomista y de sus observaciones microscópicas tuvo gran éxito.

3. Conoce la FOTOGRAFÍA en Huesca con unos fotógrafos ambulantes. Lo siguió practicando con éxito toda su vida.

Llegó a publicar *La fotografía de los colores*. Fue un pionero en España, que también aplicó a la investigación científica *micrográfica*.

*“Olvidé muchas mortificaciones gracias a un buen cliché y muchas pesadumbres se amortiguaron gracias a una feliz excursión fotográfica.”*

4. COMO ESCRITOR se inicia en Zaragoza. Escribió una novela inspirada en Julio Verne. La acción se situaba en Júpiter con animales 10.0000 veces mayores. Fue nombrado Académico de la Real Academia de la Lengua.

1. Cuentos de vacaciones (narraciones pseudocientíficas)

*“A secreto engaño secreta venganza”, “El fabricante de honradez”, “La casa maldita”, “El pesimista corregido”, “El hombre natural y el hombre artificial”.*

2. *El mundo visto a los 80 años*

En esta obra recomienda una copiosa biblioteca que llama “botica moral” con libros de Homero, Platón, Aristófanes, Virgilio, Horacio y los españoles Quevedo, Cervantes, Gracián, Feijóo, Jovellanos, Pérez Galdós, Pardo Bazán y Menéndez y Pelayo.

3. Charlas de café

Publicado en 1920 como “*Chácharas de café*” es un libro de madurez donde abundan máximas y aforismos. Es un pequeño homenaje a la tertulia del café Suizo de Madrid.

*“Todo hombre puede ser si se lo propone escultor de su propio cerebro.”*

4. *Mi infancia y juventud*

Un libro con prosa brillante que narra sus recuerdos de infancia hasta su Licenciatura en Zaragoza, el viaje a Cuba, regreso a Zaragoza y su boda con Silveria Fañanás en Zaragoza, de la que dice “*fue mi más preciado bálsamo y sostén*”, quien le dio 7 hijos.

### 5. Reglas y consejos de investigación científica. Los tónicos de la voluntad

Es la obra más conocida de Cajal y traducida a muchos idiomas. Una exquisita conjunción de literatura y ciencia.

Severo Ochoa asegura que *es la obra más literaria de sus producciones científicas y la más científica de sus obras literarias.*

## CONSIDERACIONES FINALES

En primer lugar decir humildemente que todo estudio histórico tiene algo de aleatorio, y nada es definitivo.

Hay que estudiar más y mitificar menos a Cajal.

Aquí va mi grano de trigo, deseando que germine en alguna espiga.

1. Justo Ramón, su padre, debe ser más estudiado en su brillante trayectoria profesional. Los métodos pedagógicos se ven por las evidencias. Su hijo Pedro también fue catedrático en Cádiz y Zaragoza.

2. Cajal era muy sensible, escondido tras un comportamiento antisocial y violento. Cuando su sensibilidad la proyectó a su profesión le fue muy útil.

Como dice un proverbio japonés: *Cajal “es un árbol que cubre de flores a quien lo remueve”.*

3. Los momentos humanos de flaqueza supo superarlos.

*“Las personas se miden por cómo se levantan y no por cómo se caen”.* Cajal fue un hombre resiliente. El dibujo, la fotografía y la literatura fueron un bálsamo terapéutico.

4. Tópicos sobre Cajal, que no son ciertos:

No emerge en solitario.

No fue un descubridor casual.

La Escuela Española de Histología continuó tras su muerte.

5. Cajal científico y europeísta.

Demostró espíritu europeísta, abierto a las nuevas corrientes pedagógicas y científicas de la Institución Libre de Enseñanza.

Con latido social y solidario por el progreso científico y el bienestar de la Humanidad. Miles de estudiantes pudieron formarse en el extranjero gracias a él.

6. Humanista.

Practicó el dibujo, fotografía, literatura, psicología y filosofía *aplicadas siempre al conocimiento del hombre enfermo a la prevención de su salud y al bien de la Humanidad.* Fue una persona solidaria.

Wilder PENFIELD, gran neurocientífico americano, dijo:

*“Era un genio polifacético impulsado por ese misterioso “susurro” que llega a los pocos elegidos de Dios, que los empuja siempre adelante para explorar más allá de los conocimientos existentes, sin reposo y sin más recompensa que saber que han penetrado en la tierra prometida de los descubrimientos”*

**Joaquín Callabed**

Doctor en Medicina. Magister en bioética

**Bibliografía:** Callabed Carracedo J. Una mirada a Santiago Ramón y Cajal en su perfil humano y humanista. Real Academia europea de doctores. Ed Gráficas Rey. Barcelona 2018

El Dr. **Joaquín Callabed**, Magister en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid, fue elegido "nemine discrepante" Académico Numerario de la Real Academia Europea de Doctores.

Leyó su discurso el 17 de enero de 2019 en Barcelona con el título "*Una mirada a Santiago Ramón y Cajal en su perfil humano y humanístico*". Respondió a su discurso el Dr. Pedro Clarós.



# La interseccionalidad en el sufrimiento mental entre estudiantes de enfermería

## RESUMEN

¿Cuántas veces sonreímos y repetimos frases hechas, disimulando lo que realmente ronda nuestra mente y destroza nuestro corazón? Se nos enseña a podar nuestras emociones desde el principio. La experiencia de vida en la tierra es una verdadera rueda gigante, es imposible huir de los momentos tristes, ellos hacen parte del vivir, sin embargo, hay elementos socioculturales que intensifican este dolor, transmutándolo en sufrimiento, que afectan la salud de los individuos, en este artículo, especialmente de las estudiantes del área de enfermería.

## PALABRAS CLAVE

Sufrimiento mental; Estudiantes; Enfermería; Interseccionalidad.

## ABSTRACT

How many times do we smile and repeat phrases, hiding what really roams our mind and destroys our heart? We are taught to prune our emotions from the beginning. The experience of life on earth is a real giant wheel, it is impossible to flee from the sad moments, they are part of living, however, there are sociocultural elements that intensify this pain, transmuting it into suffering, which affect the health of the individuals, in this article, especially of students in the nursing area.

---

## Introducción

Para hablar del tema sufrimiento mental, es necesario discutir el estado contrario. Se entiende por salud mental el equilibrio entre un individuo y su ambiente sociocultural, es la estabilidad que influye en mayores posibilidades de lograr éxitos en la vida. Tal condición colabora para un estado de bienestar y calidad de vida. Es común que se escuche sobre la presencia o ausencia de trastornos mentales cuando se habla en salud mental, una lectura patológica recurrente en diversas zonas de la salud, que abre margen para una comprensión pequeña delante de la auténtica dimensión de este concepto.

El sufrimiento ha sido comprendido socialmente como objeto de intervención de la ciencia médica, en que ha recibido el rótulo de “enfermedad mental”, ganando distintas nomenclaturas, como locura, alienación, enfermedad mental, trastorno mental, sufrimiento psíquico, que han sido usados en diversos momentos de la historia. La convivencia de estas personas es limitada u ocurre la exclusión, que procrea la condición de vulnerabilidad.<sup>8</sup> Por consiguiente, se ha ampliado y desmitificado la percepción acerca del sufrimiento mental y trastorno mental; con el movimiento de la Reforma Psiquiátrica se estableció la Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) en diciembre de 2011 en Brasil, que tiene la finalidad de crear, desarrollar y enlazar los puntos de atención a la salud en el ámbito del Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando la reintegración, generación de ingresos, terapias y demás. Es un intento de anular el modelo asilar institucionalizado, promoviendo la atención integrada y beneficiando los territorios.<sup>16</sup>

Para Castro<sup>5</sup>, la admisión en la Universidad se caracteriza por una serie de cambios en la manera como el estudiante refleja en las variadas regiones de su vida, es un momento sobresaliente, donde el estudiante se enfrenta a un mundo académico de personas, grupos, metodologías y normas hasta entonces desconocidas. La universidad no es una burbuja fuera de la sociedad, siendo así, se vuelve fundamental discutirla en este estudio. Se trata de ver al otro, y a nosotros mismos, delante de todos los rótulos y construcciones impuestos,

históricamente y actuales, en todos los espacios. La violencia y los patrones sociales de desigualdad, sea racial, de género o económica, pueden influir directamente en el modo que existimos e interactuamos con el mundo circundante.

Hay muchos prismas a la vista ante el fenómeno del sufrimiento; centrémonos en la Enseñanza Superior y en los factores que se interrelacionan con las instituciones, es decir, en las cuestiones reales que son favorables al crecimiento del sufrimiento en las estudiantes de enfermería.

### **El sufrimiento mental en el contexto académico**

El ingreso a la academia significa salir totalmente de la zona de confort, la universidad es un ambiente espejo de la sociedad, que induce la reflexión sobre ella. En este sentido, las/los estudiantes se sumergen en un proceso de transformación y evolución en diversos aspectos de su vida, desde el aumento de responsabilidades y demandas a las particularidades de cada individuo, como la adaptación y el enfrentamiento cotidiano de determinados grupos sociales frente a un espacio que en otro tiempo no le pertenecía. La literatura científica revela que todo ese proceso lleno de sueños, conflictos, ansiedad y ansias, pone a las estudiantes en una condición de vulnerabilidad, que aumenta los riesgos de situaciones psicopatológicas y obstáculos en el progreso personal y profesional de estos individuos.<sup>17</sup>

Como cualquier otra criatura social, las estudiantes no están exentas de encontrarse en sufrimiento. La estudiante universitaria pasa por modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, además de enfrentarse con estresores a lo largo de la vida académica.<sup>11</sup> Estas jóvenes tienen que lidiar con nuevas situaciones, incluso adversas, frente a ambientes que muchas veces les parecen hostiles, donde son evaluadas constantemente, en los cuales muchas veces las desacreditan, y, sobre todo, viviendo en una sociedad moldeada por el sistema capitalista y sostenida por las opresiones, donde mantener el bienestar se vuelve una tarea ardua.

El sufrimiento psíquico en el medio estudiantil puede relacionarse con la comprensión negativa del recinto académico y la disminución significativa en la calidad de vida. En especial en el área de salud, con el inicio de la práctica clínica y la consecuente aproximación al sufrimiento y la muerte, estas estudiantes se transfiguran en cuidadoras precoces durante sus actividades prácticas y, ocasionalmente, almacén de dolores, angustias y aflicciones de familiares y pacientes.<sup>11</sup> Así pues, la literatura revela una gran cantidad de sufrimiento mental en el medio universitario, en comparación con jóvenes del mismo grupo de edad que no están en la enseñanza superior.

Se observa, en la universidad, una cascada de situaciones que influyen en el sufrimiento psíquico. Andrade<sup>3</sup> y contribuyentes describieron los distintos procesos que se envuelven en el sufrimiento psíquico utilizando el QSR-20 para evaluar Trastornos Mentales Ligeros (TML), donde encontraron en un muestreo de 40 alumnos de la UECe, 53,3% de sospechosos de poseer TML.

Los resultados de una tesis doctoral sobre los factores protectores y de vulnerabilidad para la salud mental de estudiantes universitarios establecen que, el nivel sociodemográfico elevado, relaciones estables y satisfactorias, buen desempeño académico, dormir siete o más horas, no consumir fármacos, estar satisfecho con el apoyo social y la vida universitaria, haber tenido pocas situaciones de vida negativas, tener menos vulnerabilidad psicológica y menor percepción de vulnerabilidad son factores positivamente relacionados con la salud mental; en cuanto al nivel sociodemográfico bajo/medio, relaciones conflictivas u ocasionales, bajo desempeño académico, dormir menos de seis horas, consumir fármacos, tener comportamiento autolesivo, vulnerabilidad psicológica y sentirse vulnerable son factores favorables al bajo nivel de salud mental.<sup>15</sup>

### **La vulnerabilidad social como determinación de salud/enfermedad mental**

El término “vulnerabilidad social” proviene de la correlación individuo-colectividad, se refiere a la condición de fragilidad involucrada en las relaciones de poder, como ejemplo del daño de los derechos civiles y políticos, cuyas características son susceptibles de mudanza. Tal expresión es interdisciplinar, se aplica incluso a la bioética, y posibilita el análisis de la conjunción psicológica, material y sociocultural. Es cierto que unos grupos sociales son más vulnerables que otros, encima, las vulnerables comparten factores asociados a su rasgo de vida, es decir, en la realidad de violencia, discriminación y estigma a que están sometidas, en el reducido acceso a servicios de educación y salud de calidad, y hasta en los medios posibles de lograr victorias, satisfacción y placer.<sup>19</sup>

La baja autoestima, motivación limitada, falta de esperanza y de confianza en sí mismo, producidas por factores ligados a la vulnerabilidad, pueden originar un desgaste mental, de igual modo cuando las competencias sociales, políticas, económicas, civiles y culturales fundamentales son negadas. Así, la vulnerabilidad es un determinante de salud/enfermedad, tanto física como mental.

De hecho, el Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) han propuesto la sustitución del término “determinantes sociales” por “determinación social”, ya que así se entiende que la determinación involucra la desigualdad y pobreza, pero también cuestiones de presencia, calidad y acceso a los servicios, acciones de salud y conductos comunes a todos, además del grado de interacción y soporte social de las comunidades, según Barcellos.<sup>9</sup>

Conforme a un reciente estudio de la Organización Mundial de Salud (OMS), titulado *Draft Comprehensive mental health action plan 2013-2020*, la salud/enfermedad mental es producto de todos los elementos antes mencionados, no solamente de la aptitud individual de conducir emociones, comportamientos, sentimientos y relaciones sociales. Con vistas a la vulnerabilidad social dibujada por la desigualdad, hay, en consecuencia, individuos más sujetos a desarrollar o empeorar trastornos mentales.<sup>9</sup>

Siguiendo la lógica de que la universidad es un reflejo de la sociedad, las minorías sociales que, por veces, mismo diminuto, están en las universidades, no son inmunes a los hechos arriba citados. En Brasil, después del Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) implantado en 2008, con el objetivo de atenuar las desigualdades sociales, que, entre diversas modificaciones, amplió la oferta de vacantes, creó políticas de inclusión y programas de permanencia por medio de la asistencia estudiantil, como relata Lima y Machado<sup>12</sup>, y floreció un nuevo perfil de estudiantes en la enseñanza superior.

De acuerdo con un artículo sobre el estrés en estudiantes de enfermería, que estudia las vulnerabilidades sociodemográficas y académicas, se evidencia que entre los 455 estudiantes evaluados el 64% presentaron estrés; entre las estudiantes del primero, tercero y quinto año que compusieron el estudio, la proporción de estrés fue del 46,9%, 62,7% y 83,4%, respectivamente, eso demuestra que estudiantes en prácticas y en mayor aproximación con enfermos tienen más estrés; hubo mayor proporción de estrés en mujeres (65,4%), en comparación con los hombres (40,7%); se mencionó la presencia de al menos un hijo por el 13,2% de las discentes, entre los cuales el 85% presentó estrés; estudiantes que trabajaban y costeaban sus propios estudios demostraron mayor estrés, en relación a los estudiantes que no tenían esa responsabilidad.<sup>6</sup>

Las características socioculturales de Brasil y España son muy distintas, esa diferencia también es marcada por la construcción histórica de cada país. España exploró gran parte de la América, mientras que Brasil sufrió la explotación de Portugal. En los días de hoy, a pesar de toda la distinción, la existencia de una clase trabajadora es equivalente. Luego, con el proceso de colonización, que conlleva y enraíza los sistemas de desigualdad, independientemente del país o ciudad, las personas que históricamente sufrieron con la esclavitud, desigualdad de género y inferiorización, pueden sentir, hasta hoy, los efectos de los males vividos por sus antepasados. De ahí surge la necesidad de nombrar el tema del racismo y la desigualdad de género, ya que son factores intrínsecamente ligados a la inequidad de la desigualdad social, que, como ya se ha visto, incide demasiado en la expectativa y calidad de vida de la población.

### **El racismo estructural: fenómeno transversal a la vulnerabilidad social**

Para empezar, es necesario entender que hay tres tipos de concepciones sobre el racismo: la concepción individual, la institucional y la estructural. Según la obra "Black Power: Politics of liberation in America" comentada en el libro "O que é Racismo Estrutural?" de Silvio Almeida, distinto del racismo individual, que es aquel practicado por blancos directamente contra los negros, o personas de raza/etnia distinta a la regla establecida, el racismo institucional es conocido como "*la aplicación de decisiones y políticas sobre consideraciones de la raza con el propósito de subordinar un grupo racial y mantener el control sobre ese grupo*". Mientras que el racismo individual es visible, causa muerte, destrucción directa y puede incluso ser grabado por cámaras de televisión, el institucional es sutil y tiene su origen en fuerzas establecidas y respetadas en la sociedad. Ejemplificando, cuando una familia negra se cambia a un barrio blanco y es quemada viva, esta familia es víctima del racismo individual, pero, es el racismo institucional el que mantiene numerosas familias negras viviendo en terribles condiciones, sin educación, seguridad y salud.<sup>4</sup>

No obstante, el racismo estructural es lo que condiciona los otros dos tipos de racismo, a través de una configuración consagrada que se vincula al orden social, y envuelve toda la sociedad en patrones de funcionamiento que privilegian determinados grupos raciales. Con todo, las instituciones son racistas pues la sociedad es racista, desde su constitución histórica. O sea, no es algo creado por las instituciones, pero sí reproducido por ellas.<sup>4</sup>

En síntesis, el racismo estructural es fruto de la estructura social, de la manera "normal" con que se constituyen las relaciones políticas, económicas, jurídicas y hasta familiares. En consecuencia, la raza es transversal a la vulnerabilidad social.

Igualmente quien ha logrado cierto status y ya no sufre directamente con la desigualdad económica, por ejemplo, y ha podido tener buen estudio, salud o condiciones de morada, el racismo todavía existe en la vida de esa persona. Ser el único en ambientes llenos de gente con características distintas de la tuya, o sea, ser el "bicho raro"; ser confundida con las auxiliares de enfermería, pues, a lo mejor en cuanto persona racializada no tiene capacidad de llegar a la universidad; ser perseguida en tiendas, porque no es posible que esté allí solamente para comprar; o ver la gente igual que tú en los peores empleos y condiciones de vida, por supuesto, afecta y desencadena sufrimiento.

Eso no quiere decir que estudiantes caucasianas no tienen sufrimiento psíquico, o que su sufrimiento sea menos importante que el de otras, pero sí que estudiantes negras, indígenas, latinas y/o asiáticas pueden ser más propensas a ello. Ejemplificando mejor estas afirmaciones, los estudios revelan que no hay correlación biológica entre raza y salud mental; sin embargo, indican mayor prevalencia de trastornos mentales en la población negra, en comparación con la blanca, a pesar de los escasos análisis existentes, en su mayoría compuestos por una muestra homogénea, extraídas de las regiones Sur y Sudeste del Brasil.<sup>12</sup>

Según datos del levantamiento de perfil socioeconómico de profesionales de enfermería, hecho por la Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) en armonía con el Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), en Brasil el 86,2% de las trabajadoras son mujeres y el 13,4% son hombres. En España, según datos del Consejo General de Enfermería<sup>7</sup> 84,28% son mujeres y el 15,72% son hombres. El levantamiento de la FIOCRUZ aún revela que el 53% de las profesionales son negras, el 42,3% son blancas y el 0,6% son indígenas, en relación a España no se detectaron estudios sobre el color/raza de las enfermeras actuantes en el país.<sup>10</sup>

Paulo Fernando de Souza Campos, en su investigación de postdoctorado, revisa la historia de la formación e identidad profesional de la enfermería, analizando las estructuras y modelos de enseñanza en Brasil, que evidencian que el modelo *Nursing* especificó la profesión como monopolio exclusivo de las mujeres blancas, pues en la organización institucional, se eliminaba a las mujeres negras. Eso ocurría desde la admisión, con el modelo *la enfermería de alto nivel* en la cual existían criterios que desconsideraba la posibilidad de que las mujeres negras y hombres ingresaran a la Escuela de Enfermería de São Paulo.<sup>13</sup>

Se presume que habrá lectores que no entiendan por qué la mayoría de las colocaciones están en lo femenino, se destaca que este es un posicionamiento de visibilidad, pues la enfermería es una profesión ocupada mayoritariamente por mujeres, una repercusión de la división sexual del trabajo. De este modo, cabe señalar que mujeres racializadas se encuentran en la base de la pirámide social, seguidas de los hombres racializados, mujeres blancas un grado arriba, y entonces, los hombres blancos en la cresta de los privilegios.<sup>1</sup> Eso pone a las mujeres racializadas o de color en un lugar propicio para el sufrimiento por tamaño sujeción.

## **La interseccionalidad del género, raza y desigualdad social**

A fin de pensar cómo y por qué la enfermería se ha convertido en una profesión femenina, es necesario mirar hacia la historia. En la Europa Medieval la sociedad estaba dominada por la Iglesia, la participación de la mujer en la procreación era inactiva, el útero servía de refugio para una persona hecha y minúscula que el hombre depositaba, y el dolor del nacimiento significaba justo castigo divino contra el pecado primario cometido por Eva. El período era de temblor social contrariando el régimen feudal, las revueltas, saqueos y conspiraciones en la corte marcaban el inicio del capitalismo. Con relación a las prácticas de salud, fueron las mujeres las que asumieron el papel de curanderas, principalmente entre los menos afortunados.<sup>14</sup>

A lo que todo indica, la división sexual del trabajo siempre existió, mismo sin resultar en la supremacía de género, el cuidado con la prole, los viejos y los quehaceres domésticos siempre estuvieron bajo tutela de las mujeres. La naturalización de atributos de servidumbre, sumisión y donación impelidos a las mujeres las

llevaron a asumir el papel de curanderas. Sin embargo, con el surgimiento del cristianismo, la curación del cuerpo y del alma pasa a ser privilegio de la iglesia y de los hombres – sacerdotes que tenían permiso divino para ejercer la cura. Las prácticas médicas de las mujeres curanderas pasaron a no ser reconocidas y, atribuidas a las influencias malélicas, aquellas mujeres pasaron a ser vistas como brujas, que posteriormente fueron perseguidas y quemadas por la Santa Inquisición del siglo XIII al XVII.<sup>14</sup>

En el siglo XVIII comenzaba a predominar la práctica de los diplomados o regulares, en los Estados Unidos de América las prácticas irregulares de las mujeres fueron prohibidas por la ley a partir de la aparición de esos médicos. Reconociendo que las mujeres poseían los procedimientos de la medicina, y ejercían la medicina popular prestando asistencia a la población carente, se concluye que hay un fundamento en términos de relaciones de género, que determina los procedimientos de salud y de la enfermería.<sup>14</sup>

Actualmente en Brasil, las mujeres son mayoría de las trabajadoras de la salud, pero están en mayor número de las profesiones de menor prestigio social: enfermeras, pediatras, trabajadoras sociales y psicólogas. Igual que en otros países, la enfermería surge como trabajo de poca o ninguna cualificación profesional, asociada a la religión, eran los hechiceros y pajes que trataban los males en Brasil. Con la colonización, los cuidados en salud pasan a las manos de otros hombres, los poseedores del saber teórico sistematizado en las Universidades de Europa, que incluso eran cerradas a las mujeres, a los barberos y cirujanos que ejercían el trabajo. Con la llegada de los egresados de las Universidades Europeas, y el consecuente desprestigio de las actividades ejercidas por hechiceros y jesuitas, esas figuras se alejan del campo de la salud dando lugar a la eclosión de la enfermería, básicamente restringida a los hospitales y subordinada a los hombres médicos.<sup>14</sup>

Es interesante percibir que los hombres que ejercían acciones de salud en Brasil-colonia no han asumido las nuevas atribuciones como las de enfermería, tampoco surge otra categoría creada por los hombres, ellos desaparecen y las mujeres asumen. Ellas pasan a ejercer la enfermería pues, por ausencia de prestigio, fue abandonada por los hombres, marcando así el surgimiento de esta profesión con fuerte aspecto de reproducción desigual de las relaciones de género.<sup>14</sup>

La identidad laboral de la enfermería fue construida con base en conocimientos eugenésicos, que ya componían la cadena social, estigmatizando grupos como inapropiados a la nación y a la enfermería mientras favorecía otros.<sup>13</sup> Fue constatada mayor prevalencia de estrés en mujeres estudiantes de enfermería, hecho que tiene relación con las actividades obligatorias de la universidad, trabajo y cuidados con la residencia y la familia. Con el peso de las responsabilidades se eleva la producción de hormonas, como el cortisol y la adrenalina, que tocan a dos mujeres para cada hombre, involucrando altos niveles de agotamiento emocional, manifestación de cuadros de ansiedad, pánico y depresión. Con todo, se comprueba que las estudiantes que ejercían actividades laborales, además de estudiar, tenían 3,14 más posibilidad de tener estrés, en comparación con aquellas que no necesitaban trabajar.<sup>6</sup>

La desigualdad de género, y consecuente violencia contra la mujer, imparte situaciones de daños físicos, sexuales y psicológicos, que generan muerte o sufrimiento, y contribuyen a la desvalorización de la integridad de la víctima.<sup>18</sup> Tal desnivel está presente en todas las esferas de las relaciones sociales, en las cuales se dicta que los hombres son los expertos, fuertes y líderes, en tanto que las mujeres son débiles, naturalmente madres y deben ser sumisas. Mucho se conoce por la doble jornada de trabajo, donde muchas mujeres trabajan fuera y dentro del hogar, ejerciendo todo el trabajo no remunerado de manutención de la mano de obra masculina; tal cuestión es inculcada desde la niñez como siendo este el papel de las mujeres en la sociedad. Las que trabajan fuera de la vivienda aún reciben menor salario que los hombres, aun desempeñando la misma función.<sup>2</sup> No obstante, se da al hombre el derecho de decidir sobre el cuerpo de la mujer. La autonomía es una de las mayores banderas feministas.

Decidir lo que quiere ser, vestir o vivir no siempre se permite a las mujeres, que a su vez han sufrido limitaciones incuestionables en toda la historia y desarrollo de la sociedad. Los estudios muestran que las experiencias de abuso devastan la autoestima de la mujer, exponiendo la misma a un riesgo mayor de sufrir depresión, fobia, problemas mentales, estrés, uso abusivo de alcohol, otras drogas y tendencia al suicidio.<sup>18</sup>

Según Angela Davis, la raza es la manera como la clase es vivida, y eso se emplea en las mujeres que sufren la violencia de género y racismo a la vez. Las desigualdades de género y raza son bases estructurantes de la desigualdad social y suscitan violencias que impactan, en directo, en la vida de estos individuos. Cabe decir que los individuos, tal cual describe la palabra, no son todos iguales, cada uno tiene sus diferencias y singularidades que deben ser respetadas, pero jamás superpuestas. La interseccionalidad nos trae una visión

multifacética, que pone la lente en las complicaciones forzadas por el seno de las opresiones y, fruto del feminismo negro, nos dibuja la relación áspera dispuesta tradicionalmente, nos pone elementos críticos que inducen y enriquecen la reflexión ante la auténtica realidad de subalternidad.<sup>1</sup>

### A modo de conclusión

El sufrimiento mental se produce por una maraña de problemas que, por poseer tamaño complejidad, se reconoce la interseccionalidad como un puente para captar la tribulación generada. Es científico que nada se crea, pero todo se transforma, de ahí nace una posible esperanza para que la humanidad pueda absorber los derechos de bienestar, abundancia y respeto común a todos. Mirar el pasado, vinculando con el presente, nos señala lo que se debe cambiar, para que se puedan trabajar intervenciones efectivas para toda la gente, dentro y fuera de la universidad.

La desigualdad, la raza y el género se intersecan, y además de sumarse, se potencian. Las mujeres y los hombres estudiantes de enfermería, que viven en Brasil y España, sobreviven a una ubicación corriente a todas, sin embargo, hay desemejanzas estructurales y acentuadas en medio de ellas, originadas racial, género-sexual o socioeconómicamente, que inciden en la susceptibilidad al sufrimiento psíquico. Siendo así, insertar estas conexiones es primordial para ampliar el campo de visión y asimilar, al máximo, las circunstancias de la estudiante en su integralidad.

De esta manera, con la perceptible vulnerabilidad al sufrimiento psíquico y progreso de enfermedades mentales de las estudiantes universitarias, por innumerables desencadenantes, surge la real necesidad de reforzar e incentivar nuevos estudios en salud mental y preeminencia de la sintomatología de sufrimiento psíquico entre universitarias/os.<sup>1</sup> En los cuales se pretenda estampar el sufrimiento existente en la vida académica de las estudiantes de enfermería, por medio de publicaciones científicas, teniendo en vista las subjetividades y la ausencia de medidas resolutivas para tal problemática.

**Bruna Jesus Santos**

brujesus97@gmail.com

21 años, estudiante del 4º año de enfermería de la Universidad Federal da Bahia, terapeuta complementar, militante del SUS y causas sociales, en 2018 hizo intercambio en la Universidad Complutense de Madrid, donde empezó su TFG sobre el sufrimiento mental de estudiantes de enfermería.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akotirene C. (2018) *O que é interseccionalidade?* Coleção Feminismos Plurais. Editora Letramento. Belo Horizonte – MG.
2. Andrade E. A. (Julio 2015) *La desigualdad salarial entre hombres y mujeres. Departamento de Estudios de la Dirección del Trabajo.* Santiago de Chile.
3. Andrade et al. (Diciembre 2016) *Vivências Acadêmicas e Sofrimento Psíquico de Estudantes de Psicologia.* Ciência e Profissão.
4. Almeida S. (2018) *O que é racismo estutural?* Coleção Feminismos Plurais. Editora Letramento. Belo Horizonte – MG.
5. Castro V. R. (2017) *Reflexões Sobre a Saúde Mental do Estudante Universitário: Estudo Empírico Com Estudantes de Uma Instituição Pública de Ensino Superior.* Revista Gestão em Foco – Edição nº 9.
6. Cestari V. R. F. Et al. (2017) *Stress in nursing students: study on sociodemographic and academic vulnerabilities.* Acta Paul Enferm. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
7. Consejo General de Enfermería (2015) *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea. Análisis comparativo de la situación de médicos y enfermeras.* Gabinete de estudios.
8. Del'olmo F. S. & Cervi T. M. D. (Noviembre 2017) *Mental suffering and human person dignity: the challenges of psychiatric reform in brazil.* Sequência n. 77, p. 197-220, Florianópolis.
9. Dimenstein M. Et al. (2017) *Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial.* Arq. Bras. Psicol. Vol.69 no.2 Rio de Janeiro.

10. Fundação Oswaldo Cruz. (2013) *Perfil da Enfermagem no Brasil*. Conselho Federal de Enfermagem.
11. Graner K. M. (2017) *Integrative review: Psychological distress among university students and correlates*. Cien Saude Colet. Recuperado de: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/revisao-integrativa-sofrimento-psiquico-em-estudantes-universitarios-e-fatores-associados/16374?id=16374>.
12. Lima E. E. & Machado L. R. S. (Junio 2016) *Reuni e Expansão Universitária na UFMG de 2008 a 2012*. Educ. Real. Porto Alegre.
13. Mendes V. S. & Costa C. S. (Diciembre 2018) *Excludent structures and models of education in Brazil: revisiting the story of Nursing education and profesional identity*. R. Educ. Públ. 27, n. 66, p. 1021-1025, Cuiabá.
14. Nascimento E. R. (1996) *Gênero e Enfermagem*. Gráfica e Editora Positiva Ltda. Salvador, Bahia.
15. Nogueira, M. J. C. (2017) *Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade*. REIT – Teses de Doutorado. Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/28877>.
16. Silva A. F. Et al. (Setiembre 2018) *Theatment of the person in mental suffering in primary care*. Rev. Enferm. UFPE On Line, Recife.
17. Smolen J. R. & Araújo E. M. (2016) *Raça/cor de pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática*. Universidade Estadual de Feira de Santana, BA/Brasil.
18. Siqueira V. B. (2016) *Gender based violence: a social phenomenon of interdisciplinary approach*. Revista de Enfermagem, UFPE On Line.
19. Ventura C. A. A. (Diciembre 2017) *Salud Mental y Vulnerabilidad: desafíos y potencialidades en la utilización del referencial de los derechos humanos*. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Ribeirão Preto.

# Recogiendo las inquietudes éticas de los compañeros: parteras de un C.E.A

## RESUMEN

Un Comité de Ética Asistencial debería responder a las necesidades del entorno en que nace. Con la finalidad de que nuestro futuro CEA esté imbricado en el funcionamiento cotidiano de los profesionales que integran nuestro hospital, lanzamos una encuesta que recogiera las inquietudes éticas de nuestros compañeros. Usando como guía sus respuestas, confiamos en que nuestro Grupo Promotor, más adelante CEA, sepa adaptarse a su medio y sea percibido como una herramienta útil al servicio los profesionales.

## ABSTRACT

Clinical Ethics Committees (CEC) should respond to the needs of the environment in which are established. So that our future CEC gets engaged in the daily functioning of the Hospital, we launched a survey that gathered various ethical concerns of our colleagues. Using as a guide their responses, we expect that our Promoter Group, later CEC, will manage to adapt to our daily needs and, so, will be viewed as a useful tool for the whole staff.

## PALABRAS CLAVE

Comité de Ética Asistencial, encuesta, inquietudes, implantar, cuestiones, formación, resolución.

---

## INTRODUCCIÓN

Si en torno a los 7 años un cerebro humano empieza a adquirir la capacidad de abstracción necesaria para llevar a cabo un pensamiento lógico, nuestro hospital (Hospital Universitario de Torrejón), ya con 7 años y muchos cerebros contenidos, está maduro para iniciarse en la aventura de la ética asistencial.

Con esa idea un pequeño grupo de profesionales nos estamos movilizandoo desde mediados de 2018 para “parir” un grupo promotor que esperemos dé lugar a un comité de Ética Asistencial en el futuro.

## OBJETIVOS

Construir un CEA permeable, desde su nacimiento, a las inquietudes éticas del personal de nuestro hospital.

## MÉTODO

Sondear por medio de una entrevista, basada en la empleada por DuVal (2004) y Hurst (2007), las inquietudes éticas del personal que trabaja en nuestro hospital. La entrevista se lanzó por medio de la intranet a todo el personal sanitario y no sanitario y se mantuvo 45 días en activo, con recordatorios semanales de su existencia.

## RESULTADOS DE LA ENCUESTA

**Perfil de los participantes.** El número de trabajadores con acceso a la intranet durante el periodo de la encuesta fue de unos 800. Se devolvieron 210 cuestionarios, de los cuales 175 tenían un número suficiente de

datos para su análisis. Organizando los resultados por categorías laborales, los médicos (82), DUEs (44) y TCAES (18) fueron los más participativos, aventurándose, no obstante, también personal no médico (administrativos, área de gestión, financiero y recursos humanos). Si lo analizamos por servicios clínicos, destacaron Medicina Interna (23 cuestionarios), Ginecología-Obstetricia (17), Urgencias (12), Hospitalización y UCI (ambas con 10).

**Motivo del conflicto ético.** De los 210 participantes, 125 reconocieron haber presentado conflictos éticos en el último año. En general, los conflictos éticos más frecuentes fueron los relacionados con cuestiones del final de la vida, con la capacidad de decidir del paciente y con el manejo de las discrepancias entre familiares, para todo el personal sanitario, facultativo o no.

La forma de resolución de los conflictos se basa en consultas a compañeros y en sesiones de servicio para todo el personal. El personal facultativo es más propenso a la consulta bibliográfica y el personal de enfermería tiende a consultar a sus superiores con más frecuencia.

**Satisfacción con la resolución del problema y causas.** De las 154 personas que contestaron el campo, 50 de ellas sintieron que la resolución había sido indiferente (55), insatisfactoria (14) o muy insatisfactoria (1), mientras que 104 dieron la solución por satisfactoria o muy satisfactoria. Treinta y cuatro profesionales, cuyo nivel de satisfacción había sido indiferente, insatisfactorio o muy insatisfactorio, consideraron que se debía a falta de ayuda (16 personas, el 47% de este subgrupo), falta de conocimientos (14 personas) o a la sensación de fracaso en la resolución del problema.

**Medidas posibles para mejorar el manejo de las cuestiones éticas entre profesionales.** De las 162 personas que rellenaron este campo, 89 consideraron en primer lugar que la formación de un CEA podría ser una solución. Cincuenta y seis consideraron que cursos de formación generales era su alternativa preferida, siendo la presencia de un compañero en el servicio que conociera de ética la opción preferida en primera lugar para 17 personas.

**Conocimientos de ética entre los participantes.** Cincuenta y un participantes reconocieron no tener ninguna formación en ética. De los que contestaron que sí tenían formación la obtuvieron de horas oficiales de formación (28 personas), de charlas informales (62 personas), de lecturas individuales (75) y 9 compañeros con conocimientos adquiridos dentro de los estudios universitarios o como formación específica de postgrado en forma de Máster o Experto (3 personas).

**Interés en formar parte de un posible CEA.** Cincuenta personas estarían dispuestas a participar en un CEA. Las categorías profesionales de los que manifiestan su interés son variadas e implican personal sanitario y no sanitario, representando a la mayoría de los servicios o secciones del hospital

## DISCUSIÓN

**Encuesta empleada.** El contenido de la encuesta se ha basado en las utilizadas por DuVal (2004) y Hurst en sus publicaciones, explorando lo siguiente: presencia de cuestiones éticas en el último año; pertenencia de estas a uno de los grandes grupos en que suelen englobarse (cuestiones del final de la vida, autonomía...); forma de resolución empleada por el profesional; satisfacción con la resolución; interés en la formación de un CEA y datos demográficos como categoría laboral, edad o antigüedad profesional. Se pueden echar en falta temas que son recurrentes en otros ámbitos, como las prescripciones inducidas, la relación entre la sanidad y la industria farmacéutica, los conflictos entre niveles asistenciales o los estilos de información de familiares (Altisent 2012). No se incluyeron para que la compleción de la encuesta no resultase gravosa para los profesionales.

**Participación.** Aunque se ha investigado que la participación en cuestionarios personalizados y dirigidos reúne más participación que las entrevistas no dirigidas (Fricker 2002), por recursos optamos por el formato de publicación en la intranet del hospital con periódicos recuerdos por medio de correos genéricos dirigidos a todo el personal. En líneas generales la participación en encuestas en formato online, entre el 1 el 42% (Fricker 2002, Díaz de Rada 2010) es muy variada y suele ser distinta según se contemple la tasa de respuesta (cuestionarios iniciados, 211) y la tasa de retención (personas que llegan al final y completan toda la encuesta, 175) (Díaz de Rada 2010). En nuestro caso nos aventuramos a decir que el acceso al cuestionario aún sin completarse (211) podría ser una medida de interés, con lo que podríamos contar con que un 26% del personal muestra un interés activo por la Ética.

**Perfil de los participantes.** La categoría más representativa, siendo porcentualmente sólo un 25% de los trabajadores de nuestro centro, es la de facultativos. Es comprensible que sean los más interesados en cuestiones éticas, al verse directamente enfrentados con los problemas en muchas ocasiones. En segundo lugar se encuentra el personal de enfermería (entendiendo DUEs, TCAEs y técnicos).

En cuanto a los servicios con más participación, tal como se representa en otros estudios (Hurst 2004), mostraron especial interés Medicina Interna (23 cuestionarios), Urgencias (12), Ginecología – Obstetricia (11), UCI (9), Traumatología (8), Neurología y Rehabilitación (7), Anestesia, Radiología, Consultas externas (6).

Ciento veinticinco participantes expresaron la conveniencia de poseer conocimientos éticos en el último año para resolver dilemas, y 49 no vieron la necesidad de saber de ética.

**Temas prioritarios.** Los temas elegidos en primer lugar fueron las cuestiones del final de la vida, la autonomía del paciente y su capacidad para elegir y las discrepancias entre familiares. En el trabajo de Herreros (2014) analizando la producción de guías clínicas en hospitales de Madrid, se observa que el tema más frecuente para elaborar guías, y entendemos así que será el principal interés del personal a quien se dirige, es el de “cuidados al final de la vida”, seguido de temas en relación con la autonomía del paciente, especialmente el rechazo del paciente a medidas terapéuticas. Ello va en la línea de los hallazgos de nuestro centro.

Muy semejantes son las preocupaciones en otros países: DuVal (2004) identifica en USA los siguientes temas: cuidado al final de la vida, cuestiones en relación con la justicia y el empleo de recursos, autonomía del paciente y su toma de decisiones, conflictos en el proceso de decisión entre familiares o entre familia-paciente y médico. Hurst (2007) muestra que las dudas sobre la capacidad del paciente de ejercer su autonomía, el desacuerdo entre familiares o cuidadores y la limitación del esfuerzo terapéutico son las cuestiones más habituales en cuatro países de Europa, en sintonía con los hallazgos de nuestra población de muestra.

Llama la atención que la justicia/el reparto de recursos aparece como un tema poco frecuente en nuestro hospital, sólo por delante de los conflictos entre compañeros (la justicia se eligió como primera causa de conflicto en sólo 7 ocasiones y como segunda causa en 11 ocasiones), siendo un motivo frecuente de dilema ético en el trabajo de DuVal, especialmente para internistas (2004). Altisent (2012) sostiene que el uso de recursos es un tema de interés ético en Atención Primaria, junto con los conflictos entre niveles asistenciales. Puede ser incluso motivo de elaboración de guías clínicas en relación con el uso-abuso de recursos (Slowther 2001). Una hipótesis que puede justificar la ausencia de este tema en nuestra encuesta es el sesgo que supone usar como muestra un centro hospitalario, en el que la preocupación por el gasto parece más diluida que la que puede observarse en AP. Por otro lado, el sistema sanitario de España, gratuito y universal, puede generar la falsa sensación de infinitud de recursos incluso entre los profesionales.

No se observan diferencias sustanciales respecto a los temas más frecuentemente conflictivos ni comparando entre especialidades médicas-quirúrgicas-centrales, ni tampoco cuando se compara entre categorías laborales entre personal médico. Duval (2004) encuentra que el problema ético depende más bien de la especialidad: cuestiones en torno al final de la vida en UVI y hematología, autonomía del paciente en la UVI, justicia (MIN), temas sobre la comunicación de la verdad (oncólogos).

**Modo de resolución preferido.** Cuando se analizan los modos de resolución preferidos por el personal, la consulta a un compañero es la opción preferida, seguida de una sesión de servicio. Al desglosar según categoría laboral entre personal facultativo y trabajadores dependientes de la dirección de enfermería, se observa cómo los facultativos prefieren la sesión de servicio frente a enfermería, auxiliares y técnicos, que optan por la consulta al compañero. Parece el reflejo del estilo de trabajo, en el que los facultativos utilizan las sesiones clínicas como forma sistemática de resolución de problemas. Sin embargo puede que entre el personal de enfermería el trabajo a lo largo del día propicie el contacto entre compañeros, lo que puede convertir al colega en la primera referencia para cualquier duda, incluyendo las éticas. Esto puede servir para comprender que el recurso a un CEA para plantear un caso sea un medio que empleen más los facultativos que enfermería (36% vs 30% en números estadounidenses) (recogido de Gracia 2014).

**Nivel de conocimientos de ética.** En un análisis por subgrupos, de las 51 personas sin formación en ética, 23 resolvieron satisfactoria o muy satisfactoriamente los dilemas en el último año. Ello podría reforzar la errónea sensación de que la Ética es una cualidad similar al ojo clínico, una virtud sin relación con la formación. Este nivel de satisfacción entre no formados podría, por otro lado, deberse precisamente a una menor conciencia

de cómo resolver adecuadamente un problema ético. En el trabajo de DuVal se expone cómo a mayor experiencia, mayor insatisfacción.

**Adquisición de los conocimientos de ética entre los que los tienen.** La principal fuente de conocimientos de ética en nuestro personal la constituyen las lecturas individuales en 75 compañeros y las charlas de formación para 62, siendo los cursos oficiales la tercera opción, a distancia de las dos primeras. Esto puede ayudar a diseñar distintos estilos de formación, programando no sólo sesiones, sino también proponiendo lecturas de artículos al personal en general, o bien elaborando material por escrito que permita el estudio en cualquier momento, independientemente de la figura presencial de una sesión o charla.

**Nivel de satisfacción con la resolución y causas en caso de insatisfacción.** Es interesante señalar que sólo el 10% de los que respondieron consideraron que la solución había sido no satisfactoria. La causa principal de la insatisfacción es la sensación de falta de ayuda, seguida de falta de conocimientos. Esto obliga a educar la sensibilidad de los trabajadores del hospital, que no percibimos en determinados casos la necesidad de colaboración de otros compañeros. La sensibilidad para con las necesidades de otros es algo educable en cierta medida, sobre la que el propio comité puede arrojar luz, siendo el aporte de conocimientos una de las razones de ser de los CEAs.

**Formas de facilitar la resolución de dilemas éticos.** El 54 % de los participantes piensa que la formación de un CEA es la mejor alternativa para mejorar el manejo de cuestiones éticas, siendo la segunda la formación por medio de charlas y una tercera alternativa, razonables para 17 de 162, la presencia dentro de cada unidad asistencial de una persona con conocimientos de ética. En la actualidad no hay un modelo o estructura preferida para la resolución de problemas éticos, existiendo la posibilidad de constituirse un CEA, formar un grupo reconocido de personas interesadas en ética sin la estructura de un CEA o contar con un consultor (guías suizas). Meyer y col plantean un modelo secuencial-estratificado para hacer la ética más cercana al clínico. Lo llaman model METAP (Modular, Ethical, Treatment Decisions, Allocation of resources at the micro-level, and Process), que inicia en la autonomía del individuo para resolver problemas éticos, sigue con la presencia de un facilitador dentro de cada servicio que podría dar consejo u organizar en un tercer nivel una sesión en el propio servicio y acaba la pirámide en un CEA.

**Disposición para formar un CEA.** Se incluyó una pregunta de disposición para formar parte de un CEA para poder saber con qué masa de voluntarios podíamos contar. 50 personas contestaron positivamente, pertenecientes a distintas categorías laborales y especialidades asistenciales. Ello permite cumplir las exigencias de la Comunidad Autónoma de Madrid para formar un CEA.

## CONCLUSIONES

Los resultados de la encuesta serán de gran ayuda para armar sólidamente la formación de un incipiente grupo promotor. Contamos con al menos un 26% de los trabajadores interesado en la Ética, de los que más de la mitad han tenido problemas éticos en el último año. Estos problemas éticos no han sido sensaciones sin más; han sido situaciones complicadas lideradas por cuestiones del final de la vida/ la adecuación del esfuerzo terapéutico, la autonomía del paciente y los conflictos entre familiares. Nuestro CEA, para acompañarse al paso de nuestra comunidad de trabajo, deberá atender en primer lugar estas necesidades, sin olvidar por supuesto, otras cuestiones más minoritarias pero nunca menos importantes, como la veracidad en la información o cuestiones en relación con el uso de recursos.

No nos cabe imaginar un terreno mejor abonado que el de nuestro centro, donde los trabajadores ven con simpatía la implementación de un CEA con la doble vocación de acompañamiento en la resolución de problemas y de formación. La formación deberá realizarse no sólo por medio de charlas, sino facilitando el recurso a otros soportes, como la existencia de una biblioteca de artículos de interés en la intranet. En cuanto a la forma de facilitar la resolución de problemas éticos, sin duda la institución de un CEA es el primer paso. Las modalidades de consultores serán pasos que puedan darse cuando la experiencia de los miembros del grupo sea la suficiente para ejercer autonomía en el consejo ético. No podemos olvidar que la multidisciplinariedad de un CEA es un elemento insustituible, pero, por otro lado, que el estilo de consulta existente se refiere a veces a compañeros únicos, por lo que esta alternativa introducida por Gracia (2014) es una cuestión que podría tenerse en cuenta en un futuro a medio plazo.

Para concluir: siendo conscientes de las limitaciones de un trabajo de estas características (ambigüedad en algunas de las preguntas, propio formato por internet, n de la muestra y forma de estratificar los grupos, con

poblaciones pequeñas que no permiten trabajo estadístico), nos atrevemos a decir, no obstante, que nuestro intento de aproximación a las preocupaciones éticas de nuestros compañeros ha servido de catalizador del interés general y esperamos nos sirva para construir un grupo promotor, para el que se han presentado nada menos que 44 postulantes. Sería magnífico poder formarnos para que lo que Aristóteles enuncia en su *Ética Nicomaquea*, 1.II sea la pauta no sólo de los miembros del CEA, sino de todos los trabajadores de nuestro hospital:

“las acciones, de acuerdo con las virtudes, no están hechas justa o sobriamente si ellas mismas son de cierta manera, sino si también el que las hace está en cierta disposición al hacerlas, es decir, en primer lugar, si sabe lo que hace; luego, si las elige, y las elige por ellas mismas; y, en tercer lugar, si las hace con firmeza e inquebrantablemente”.

**Miriam Eimil Ortiz**

Neuróloga. Título de Experta en Ética Médica (Ffomc)  
Hospital de Torrejón, Madrid.  
meimilortiz@yahoo.es

## REFERENCIAS

1. Altisent R, Buil B, Delgado-Marroquín MT. Are Ethics Committees in Tune with the “Epidemiology of Ethical Issues”? *Am J Bioeth* 2012;12(11):27-9
2. Gracia D. ¿La hora de los consultores? *Eidon* 2014, 42:1-3 Recuperado de [http://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2014/42\\_diciembre.pdf](http://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2014/42_diciembre.pdf)
3. DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A National Survey of US Internist’s Experiences with Ethical Dilemmas and Ethics Consultatio. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 251-258
4. Fricker, R. y Schonlau, M. «Advantages and disadvantages of internet research surveys: evidence tom the literature». *Field Methods* 2002: 14, 347-367
5. Herreros B et al. Clinical Ethics protocols in the clinical ethics committees of Madrid. *J Med Ethics* 2014; 40:205-208
6. Hurst SA et al. Ethical Difficulties in Clinical Practice: experiences of European Doctors. *J Med Ethics* 2007;33:51-57
7. Meyer-Zehnder B et al. How to introduce medical ethics at the bedside. Factors influencing the implementation of an ethical decision-making model. *BMC Medical Ethics* 2017; 18:16
8. Slowther A, Bunch C, Woolnough B, Hope T. Clinical Ethics Support Services in the UK: an investigation of the current provision of Ethics Support to Health Professionals in the UK. *J Med Ethics* 2001;27 suppl I:i2-i8
9. Díaz de Rada V. Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. *Papers* 2012 (97/1):193-223. Recuperado de [https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862v97n1/papers\\_a2012v97n1p193.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862v97n1/papers_a2012v97n1p193.pdf)
10. Swiss Academy of Arts and Sciences (2017). Medical Ethical Guidelines. Ethics support in Medicine. Recuperado de <https://www.samw.ch/en/Publications/Medical-ethical-Guidelines.html>
11. Comisión de Bioética de Castilla y León (2016). Consultores de Ética Clínica en los comités de Ética Asistencial. Junta de Castilla y León. Recuperado de [http://www.Consultores%20de%20ética%20clínica%20en%20comités%20\(1\).pdf](http://www.Consultores%20de%20ética%20clínica%20en%20comités%20(1).pdf)

# Me da que pensar... las personas en el Sistema Nacional de Salud

Han pasado 33 años desde que se publicó la Ley General de Sanidad en 1986. Muchos de los profesionales sanitarios que la impulsaron, ya no están en el sistema nacional de salud, incluso muchos de ellos nos hayan dejado para siempre, y muchos otros están mirando hacia su jubilación.

La mayoría de los profesionales sanitarios pusimos muchas ilusiones, muchas expectativas, en aquel impulso legislativo, estábamos seguros de que prestaríamos a la población un servicio de calidad que mejoraría su salud. Algunos de nosotros vivimos ese momento en el ámbito de la Atención Primaria, aunque también los profesionales que trabajaban en el hospital estaban convencidos de mejorar la salud de la población prestando unos servicios con los últimos avances de la medicina de mucha calidad. Tanto en su horizonte tanto como en el nuestro estaba incrementar la salud de los ciudadanos.

Pasados 33 años, unos ya no están y los que hemos envejecido trabajando en el Sistema Nacional de Salud tenemos una mezcla de sentimientos unos negativos y otros positivos. Cuando la vida laboral llega a su fin y miramos atrás para contemplar el recorrido realizado, volvemos a contemplar los sueños que tuvimos entonces, y no podemos evitar un cierto regusto amargo porque el lugar al que hemos llegado no coincide exactamente con el que habíamos imaginado.

Soñábamos, entre cosas, con mejorar la calidad de vida de las personas, con que mejorasen su salud, con que todo aquel que tuviera amenazada su salud por la enfermedad encontrara en el Sistema Nacional de Salud, un remedio para su mal, o al menos una atención que hiciera su problema de salud más llevadero.

Tal vez nuestro sueño tuviera algo de utopía, dado que la guerra contra la muerte está perdida de antemano y a pesar de ello luchamos por ganar cada batalla sabiendo cual es el final de la guerra. Pero alguien ha comparado las utopías con la línea del horizonte, de manera que al tiempo que nos acercamos ella se aleja, y sin embargo nos sirve como un lugar al que dirigirnos.

Uno de los sentimientos negativos que a menudo encontramos es la frustración porque a pesar de habernos esforzado mucho no hemos alcanzado la meta. En mi opinión **estamos poniendo el foco en lo que no hemos conseguido, dejando a un lado el valor del esfuerzo que cada cual ha puesto cada hora y cada minuto durante su vida laboral en disminuir el sufrimiento y en mejorar la salud las personas**, nos esforzamos en promover la salud, en evitar la enfermedad para evitar tanto el sufrimiento como la muerte.

Una forma de afrontar el alejamiento de la línea del horizonte, es **darnos cuenta de que no somos los únicos responsables** del lugar en el que estamos, no todo depende únicamente de nosotros, y la historia ha ido discurriendo a lo largo del tiempo sin saber dónde iba a llegar, como un barco en el que todos damos pequeños golpes de timón, cada cual imaginando a donde conducirá el suyo, pero finalmente llegamos a puertos que nunca habíamos visto, ni posiblemente imaginado. **El foco para evaluarnos a nosotros mismos no debe ser la diferencia entre el puerto al que hemos llegado y el puerto al que imaginamos llegar, el foco debe ser nuestro esfuerzo**, el golpe de timón que dimos al barco en el que viajamos hacia el puerto que nos pareció el mejor lugar. De ese golpe de timón para construir un Sistema de Salud que dé respuesta a las necesidades de la población en el ámbito de la salud, debemos sentirnos orgullosos todos los profesionales. No debemos olvidar, que al igual que los valores necesitan el soporte de los hechos, **el conocimiento necesita el soporte de los profesionales que lo aplican para aliviar el sufrimiento, salvar vidas o**

**mejorar la salud de las personas.** Sin nosotros, sin los profesionales que lo aplicamos, la sociedad no recibiría el beneficio de dicho conocimiento.

Por tanto, **pongamos el foco en lo positivo, en haber realizado el esfuerzo,** recordemos lo intensamente que nos ha permitido vivir la profesión sanitaria. Emocionante, desde mi punto de vista, más que cualquier otra. **Emocionante porque es imposible que lo que sucede en nuestro entorno no nos afecte de forma importante,** lo que nos hace vivir intensamente, sentir la vida. Aquellas personas a las que hemos prestado atención, en muchas ocasiones nos han enseñado sobre lo que es la vida lecciones inolvidables que guardamos en nuestros corazones.

Naturalmente la historia no termina aquí, hemos de continuar soñando con una línea del horizonte que inevitablemente se irá moviendo. **Valorar el lugar al que hemos llegado y plantearnos cuál será el siguiente puerto es una tarea de todos, ante nosotros se abren nuevos retos, entre ellos la aplicación en el ámbito sanitario de las nuevas tecnologías.**

Es importante no olvidar que las personas son lo importante, evitar en lo posible el sufrimiento y retrasar la muerte son nuestros objetivos.

No quiero terminar el texto sin señalar que **lo importante son las personas,** los usuarios del sistema nacional de salud y los profesionales. Al menos hasta ahora, los profesionales somos indispensables para aplicar el conocimiento en el entorno de una relación de ayuda como es la relación clínica. En este entorno, **muy a menudo, se manifiesta la vulnerabilidad de las personas, por eso es tan importante la ética para nosotros,** nuestro trabajo tiene un impacto muy directo sobre las personas, apenas se interpone nada entre lo que hacemos y el efecto que tiene sobre los demás. Ortega decía que ética es “el arte de elegir la mejor conducta”. Para nosotros **“elegir la mejor conducta”** resulta de vital importancia, nunca mejor dicho. No podemos conformarnos con elegir una conducta buena, debe ser la mejor porque nuestras conductas tienen un efecto inmediato sobre la vida de otros, sobre su sufrimiento.

El punto final lo quiero poner señalando que, a propósito, apenas he hablado de enfermedad, he hablado de salud porque **no he querido poner el acento en las enfermedades, lo he querido poner en las**

**personas, ellas soportan la enfermedad,** y si nosotros estudiamos la enfermedad lo hacemos para evitar el sufrimiento y retrasar la muerte de las personas que son lo importante. Así pues uno de nuestros retos es mantener a las personas en el centro del Sistema Nacional de Salud, primero en su rol de usuarios y después como profesionales, ellos son la piedra angular del Sistema Nacional de Salud.

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

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

# Caso Clínico Comentado

## Retirada de tratamiento. Decisiones por representación

### Descripción de los hechos

Mujer de 55 años, residente en Madrid. Diagnosticada de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) a los 45 años (2009). Progresión de síntomas con dependencia progresiva. En 2015 disfagia completa, alimentación con sonda de gastrostomía y ventilación mecánica invasiva. Los cuidados en domicilio se hacen muy complicados por lo que es institucionalizada en residencia de enfermos neurológicos. La paciente, informada de su enfermedad, participa en todas las decisiones y prioriza el valor vida, por el deseo de ver crecer a su hijo.

Respecto a su sistema social, es viuda. Su exmarido muere hace un año. Tras su separación tiene una nueva relación de pareja de la que se separa por malos tratos. Tiene un hijo de 25 años. Un hermano que vive en Estados Unidos y otro que vive en Madrid. Tanto la enferma como su hijo, mantienen una estrecha relación con una cuñada, hermana de su ex marido, que es enfermera.

Desde 2015 a 2018 vive en la residencia con adaptación a su enfermedad y ilusión por vivir para estar con su hijo. En enero de 2018 tiene un ingreso hospitalario por neumonía. El ingreso se prolonga más de un mes por complicaciones sobrevenidas. Al alta presenta un importante deterioro funcional. Está encamada y comienza a mostrar síntomas de pérdida del sentido de la vida. Solicita documentar la reevaluación de sus prioridades y circunstancias a través de un proceso de planificación compartida de la atención (PCA), que culmina con un registro de una "instrucción previa" (IP) en el Registro Nacional correspondiente.

*En este punto, la paciente competente e informada de su enfermedad, de su pronóstico y de sus posibles complicaciones, refiere que su forma de afrontar la enfermedad ha cambiado. En este momento está cansada de todos los cuidados, tratamientos e intervenciones que ha recibido y solicita ser tratada en la residencia, rechazando más ingresos hospitalarios ni tratamientos que supongan medidas extraordinarias. Prioriza como lo más importante, lo que no estaría dispuesta a perder, la comunicación y el contacto con su familia y la relación con su hijo. Si surgiera alguna otra complicación que deteriorara la función cognitiva y le impidiera este vínculo, no querría seguir conectada a la ventilación mecánica. Solicita fallecer en la residencia y si presenta síntomas que impliquen sufrimiento, solicita sedación. Nombra a su hijo representante y en ausencia de su hijo a su cuñada. Ambos aceptan esta proposición asumiendo el papel de decidir por la paciente en una situación de incapacidad, defendiendo los valores de la enferma.*

Unos meses después del proceso de PCA, el 20 de noviembre de 2018 se produce una salida accidental del respirador durante la noche. Cuando la enfermera detecta la desconexión, la paciente está comatosa, no responde a estímulos y presenta nistagmus.

Los profesionales de la residencia solicitan intervención del ESAD para la toma de decisiones.

## Comentario

### Problema ético / Valores en conflicto

Como en la mayoría de los problemas éticos que encontramos en la práctica clínica diaria, lo que subyace son dos valores (positivos) en conflicto. Tratándose de una enferma incapaz, de un lado está su autonomía, ante la expresión de sus preferencias cuando era competente y de otro el valor vida y "el mejor interés" como persona. En definitiva, un conflicto de valores "clásico" en la toma de decisiones de representación en bioética.

### Cursos de acción

La deliberación ante un problema de este calado llevaría a desarrollar un procedimiento buscando los cursos de acción posibles. Para orientar el espectro de acciones, es convención identificar los cursos extremos.

Si solo se tiene en cuenta la autonomía (en un extremo), en este caso expresada en el proceso de PCA (con documento de IP registrado) de planificación, deberíamos retirar la ventilación mecánica. Sin embargo, priorizando solo el valor vida y el "mejor interés del paciente" (en otro extremo) plantearíamos continuar los tratamientos y los cuidados mantenidos hasta este momento, aún tras el cambio de la situación clínica de la paciente.

Estos cursos extremos producen, inevitablemente, insatisfacción pues condenan uno de los valores positivos que se persigue defender. Por eso, el proceso de deliberación analiza con detenimiento los cursos intermedios de acción que afianzarán la decisión a tomar. Sin ánimo de ser exhaustivos, enumeramos algunos:

- a) Tener una reunión con el equipo de profesionales que atiende a la enferma para aclarar todos los conceptos, a veces confusos, en los escenarios de final de vida: rechazo de tratamiento, limitación de esfuerzo terapéutico, sedación paliativa, suicidio asistido, eutanasia. Los profesionales (incluidos los gestores), a menudo, no están familiarizados con estos términos y sus diferencias, lo que puede generar ansiedad y, sobre todo, toma de decisiones erróneas o posiciones confusas por desconocimiento.
- b) Revisión del proceso de PCA realizado y del documento elaborado y registrado tras el mismo, para confirmar la evolución de las preferencias de la paciente que anteriormente había apostado por la prolongación de la vida, y su aplicabilidad al escenario clínico sobrevenido.
- c) Clarificada la situación aplicable, es decir, que se trata de un caso de rechazo a tratamiento documentado en un proceso de PCA en una paciente que deviene incapaz y, por tanto, en donde se deben aplicar los procedimientos de decisiones por representación, reunirse con la familia para explorar su visión del caso: situación emocional, opinión sobre el documento registrado tras el proceso de PCA y la situación clínica de la paciente, papel como representantes.
- d) Realizar una consulta al Comité de Ética Asistencial de referencia.
- e) Ver la evolución clínica de la paciente durante un tiempo prudencial, para estar seguros de la irreversibilidad del coma. Valorar una interconsulta con algún experto, si procede.
- f) Establecer una reunión con la dirección del centro para informar sobre el caso y sobre la posible decisión de realizar una retirada de ventilación mecánica en una paciente incapaz, en cumplimiento de sus preferencias documentadas y secundadas por sus representantes sanitarios designados.

## **Curso óptimo**

Tras explorar diferentes propuestas de cursos de acción intermedios, el proceso de deliberación (la persona responsable de la decisión que tiene el problema ético) culmina con la selección del curso óptimo de acción, que puede combinar y encadenar distintas alternativas intermedias, secuencial o complementariamente (como los racimos de cerezas).

En este caso, el curso óptimo parece ser: proceder a la retirada de la ventilación mecánica, bajo sedación, siguiendo la voluntad de la paciente reflejada en el documento elaborado y registrado tras un proceso de PCA y de acuerdo con sus representantes (que se considera aplicable a la situación clínica sobreenvenida), tras un tiempo de prudencial de consolidación/verificación de la situación clínica, en el que puede consultarse al CEA e informarse a los responsables institucionales.

Este curso de acción elegido debe confirmarse que es legal, es defendible públicamente y resiste la prueba del tiempo.

Confirmada la decisión, es importante no descuidar la implementación de la misma: explicación del proceso, acuerdo de las personas y profesionales que estarán presentes, habilitar tiempo a la familia para ritos de despedida si así lo desean, retirada de ventilación bajo sedación, acompañamiento al fallecimiento y seguimiento en el proceso de duelo siguiente.

**Nuria Pérez de Lucas**  
Médica, ESAPD Sur-Este, Madrid

**Javier Júdez**  
Médico, Contingencias Profesionales, Centro Asistencial Asepeyo, Murcia.  
Médico, Centro sociosanitario Casaverde, Pilar de la Horadada, Alicante.  
Vicepresidente, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

# XIV

## CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA

3-5 DE OCTUBRE 2019  
HOTEL RAFAEL ATOCHA. MADRID

### *Bioética y Compasión*



Asociación de  
**BIOÉTICA**  
Fundamental  
y Clínica



## CARTA PRESENTACIÓN

Durante los próximos días 3-5 de octubre de 2019 se celebrará, en la ciudad de Madrid, el **XIV Congreso Internacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC)**.

La ABFyC es una Asociación de ámbito nacional que reúne a más de 300 profesionales de toda España, relacionados con el mundo de la salud, en sentido amplio, con interés en la bioética, y que valoran la fundamentación y aspiran a mejorar la realidad clínica e institucional, apostando por la construcción de valores (<http://www.asociacionbioetica.com>).

Celebramos en esta ocasión 25 años desde la fundación de la Asociación en 1994. Durante todo este tiempo, la ABFyC ha sido lugar de encuentro de personas interesadas por la bioética, ha podido analizar la evolución de esta disciplina y los cambios que se han ido produciendo, y ha sido motor de avance a través de los congresos nacionales que ha ido celebrando, por todo el territorio nacional (Madrid, Barcelona, La Coruña, Bilbao, Sevilla, Valencia, Oviedo, Murcia, Pamplona, León, Santa Cruz de Tenerife, Burgos). Todos estos congresos se han planteado con idéntico carácter interdisciplinar, habitualmente reuniendo en torno a 200 profesionales, sanitarios, socio-sanitarios y de otros sectores de toda España (y algunos internacionales), en un foro de encuentro, reflexión y diálogo plural, donde la calidad de las aportaciones científicas ha sido siempre una seña de identidad.

El lema del XIV congreso es “Bioética y compasión”. En el entorno de la asistencia sociosanitaria, el valor de la compasión es fundamental. Con ello hacemos referencia a un compromiso por el bien del otro ser humano sufriente, desde una perspectiva de solidaridad y de humanidad compartida. Dentro de las actitudes básicas que debe desarrollar un buen profesional sociosanitario, se incluye esta atención a la vulnerabilidad, este afán de ayuda y cuidado, que comprende el dolor y la angustia ajenos, y reacciona responsablemente ante sus demandas. Por supuesto, la compasión sobre la que queremos reflexionar en este congreso es una llamada a la atención por lo humano, a la empatía y la capacidad de sabernos implicados en un proyecto de sanación, cuidado, acompañamiento y acogida, y no una conmiseración gazmoña y paternalista. La compasión es un valor que habla de padecer con el otro, de sentir de modo compartido, de no permanecer indiferentes ante el sufrimiento, y eso nos plantea retos importantes a la hora de definir las tareas de los profesionales, cómo podemos promover ese compromiso de responsabilidad, y cómo puede hacerse patente este valor en las instituciones.

El Congreso se desarrolla en torno a unas líneas temáticas que configuran los ejes estratégicos de la ABFyC. Estos son los núcleos fundamentales para las actividades que queremos desarrollar: “Bioética y educación e investigación”, “Bioética y sociedad”, “Bioética y fundamentación”, “Bioética y clínica” y “Bioética y organización”.



En esta ocasión tan especial, conmemorando los 25 años de la ABFyC, queremos que el congreso sirva de encuentro para todos los socios y para todas las personas interesadas en la bioética. Contaremos con la presencia de figuras tan relevantes como Diego Gracia, catedrático emérito de Historia de la Medicina, y Lisa M. Lee, directora ejecutiva de la Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, en las conferencias de clausura e inauguración, respectivamente.

Además, tendremos la oportunidad de contar, en conferencias invitadas con Timothy Quill, bien conocido por su aportación a los paliativos, la bioética y a la reflexión sobre la muerte médicamente asistida, y Ronald Epstein, famoso experto en mindfulness y comunicación.

Las mesas redondas abordarán cuestiones diversas, ligadas a los ejes temáticos. Así, en el eje de bioética y sociedad, dedicaremos una mesa a los aspectos socio-sanitarios, un elemento esencial para analizar la compasión en la atención a las personas. Trabajaremos, en el eje clínico y en el eje de organización, aspectos en torno a ciertos límites y retos epistemológicos para una clínica que se autoconciba como muy doctrinaria bajo el parapeto de lo científico o la “evidencia”, y también sobre la muerte médicamente asistida, tema que es objeto de un grupo de trabajo en la ABFyC, que presentará sus conclusiones en el congreso. Comentaremos, en el eje educación e investigación, las experiencias que se están desarrollando como redes de trabajo para la educación en bioética.

Con la voluntad de que este congreso se abra a la ciudadanía, las sesiones del jueves 3 de octubre (la mesa redonda sobre cuestiones socio-sanitarias, y la conferencia inaugural) serán abiertas al público.

Sin duda es un apetitoso y variado menú para un congreso de bioética que conmemora la labor realizada durante 25 años, abriéndose a experiencias y perspectivas internacionales, evaluando propuestas diversas desde muy diferentes ámbitos, y reflexionando sobre un tema, la compasión, que es nuclear para hablar del cuidado y la atención socio-sanitaria, y que, a la altura de nuestro tiempo, exige una revisión y actualización para proyectarnos a los próximos años.

*Esperamos contar con tu aportación y participación.*

**Comité Organizador**

## **INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:**

**[http://www.asociacionbioetica.com/congreso\\_2019/](http://www.asociacionbioetica.com/congreso_2019/)**



UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE  
MADRID

# TÍTULO PROPIO DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN BIOÉTICA CLÍNICA

## PROGRAMA

El curso consta de 40 créditos ECTS. Se desarrollará con carácter semipresencial. Fecha de inicio: 24-10-2019. Fecha de fin: 19-06-2020

Este es programa general de contenidos:

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 m entalidad m ágica.
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 clases presenciales tendrán lugar en un aula del área de Historia de la Medicina, en horario de jueves y viernes por la tarde (de 16 á 21h, cada dos o tres semanas) para que puedan ser atendidas por alumnos que trabajan por las mañanas.

## INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

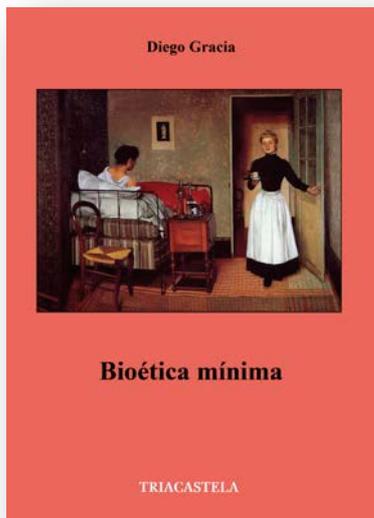
La información sobre preinscripciones y matriculación puede encontrarse en la web de la Universidad Complutense de Madrid, sección Títulos Propios: [https://www.ucm.es/estudios/diplomaespecializacion-bioetica\\_clinica](https://www.ucm.es/estudios/diplomaespecializacion-bioetica_clinica)

La información sobre los contenidos y características del título puede encontrarse aquí:

<https://www.ucm.es/hc/titulo-propio-diploma-especializaci%C3%B3n-en-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)

# Novedad editorial



## Bioética mínima

Diego Gracia

Ed. Triacastela

Formato: 15x21 mm.

Páginas: 188

PVP: 19€

Publicación: 10 julio 2019

Diego Gracia publica *Bioética mínima*, que llegará a las librerías el próximo 10 de julio

La obra de Diego Gracia le ha convertido en un figura internacionalmente reconocida en el campo de la bioética. Pero su magna labor académica no había sido acompañada, hasta ahora, de un libro dirigido al público general. Estas cinco conferencias ofrecen por primera vez una exposición de sus ideas fundamentales, tan breve y accesible como solvente y rigurosa.

Con un apoyo firme en la filosofía y una mirada puesta en la práctica clínica, esta obra analiza la experiencia moral a partir de los conceptos de hechos, valores y deberes; expone la teoría y práctica de la deliberación y la aplica a los grandes problemas éticos del principio y el fin de la vida.

Diego Gracia (Director de la Fundación Zubiri, sucesor de Laín Entralgo como catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense y miembro de las Reales Academias de Medicina y Ciencias Morales y Políticas) realiza en este libro un prodigioso ejercicio de síntesis, claridad y rigor conceptual.

## ÍNDICE

### PRÓLOGO

1. LA EXPERIENCIA MORAL
2. HECHOS, VALORES, DEBERES
3. LA DELIBERACIÓN Y SUS SESGOS
4. EL ORIGEN DE LA VIDA
5. EL FIN DE LA VIDA
6. CONCLUSIÓN

### BIBLIOGRAFÍA

Publicamos a continuación el prólogo de esta obra de Diego Gracia.

Agradecemos a editorial Triacastela que nos haya permitido difundir estas páginas en primicia.

## Prólogo

En los años cincuenta y sesenta, cuando durante los estudios de bachillerato o universidad discutíamos acaloradamente problemas éticos de cualquier tipo, el asunto acababa siempre, de modo indefectible, en una confrontación Este-Oeste. O se defendía el capitalismo, o el comunismo. Eran los años en los que el marxismo humanista o neomarxismo, con su derivación algo posterior, el eurocomunismo, entró a formar parte fundamental del imaginario colectivo de la juventud europea. Lo decía Sartre en la introducción a su *Crítica de la razón dialéctica*, entonces libro al que se profesaba una cierta veneración. La ética, cualquier ética, por extraño que fuera el asunto de que se ocupara, terminaba siempre en ética socio-política. Eran aún los tiempos de la guerra fría, del muro de Berlín y de la confrontación Este-Oeste. Eran también los “felices 60”, en que un nuevo orden mundial pareció iniciarse con la revolución húngara de 1956, las posteriores de Cuba (1959) y Argelia (1962), y la apoteosis del año 1968, con la “primavera de Praga” y el “mayo” francés. Los felices 60 fueron también los de la *New Frontier* del presidente Kennedy, del movimiento “pro derechos civiles” de Martin Luther King y su “marcha sobre Washington” en 1963, de la que todos fuimos partícipes a través del electrizante y repetitivo *I have a dream*.

Hoy esa confrontación ha pasado a la historia. Lo que no significa que los problemas hayan desaparecido. No han desaparecido, pero sí son otros. Dijo Fichte que cada uno hace filosofía según el tipo de ser humano que es. Y si esto se aplica a los individuos, cuánto más a las épocas históricas. El tiempo, que no pasa en balde, permite descubrir unas cosas y encubre otras. De ahí que cada época tenga que hacer su propia filosofía, y aún más su ética. Siempre recordaré la vez primera que los “verdes” de Petra Kelly consiguieron en unas elecciones entrar en el parlamento alemán. Era el año 1983. Todos los vimos como unos antisistema, algo así como el nuevo rostro del clásico anarquismo. Han pasado de aquello cuarenta años. Y hoy todos somos, en medida mayor o menor, en cualquier caso mucha, ecologistas. ¿Qué nos ha sucedido? Como mínimo, que el presente y el futuro de la vida sobre el planeta se nos ha convertido en problemático. Nunca antes lo había sido. El ser humano nunca había tenido el poder, hasta bien entrado el siglo XX, de alterar sustancialmente los equilibrios de la vida sobre el planeta. Ya comenzó a verse el peligro al final de la Segunda Guerra Mundial, con la aparición de las armas nucleares, y sobre todo con su proliferación posterior. Para designarlas hubo que acuñar un concepto nuevo, el de “armas de destrucción masiva”. Cuando apareció la que entonces se llamaba “bomba H”, mucho más potente que las anteriores, la sociedad empezó a tomar conciencia de lo que se avecinaba. Diecisiete grandes físicos alemanes que directa o indirectamente habían colaborado en el desarrollo de la física nuclear, cinco de ellos galardonados con el premio Nobel, hicieron pública en 1957 una carta en la que advertían a los gobiernos del peligro del rearme atómico. Cuatro años antes, Heidegger pronunciaba sus dos famosas conferencias, *La pregunta por la técnica* y *Ciencia y meditación*. Y Jaspers se unía al grito en 1956 con su opúsculo *La bomba atómica y el futuro del hombre europeo*. Eran los años cincuenta. En los setenta el panorama empezó a verse con ojos distintos. El Club de Roma publicó su informe *Los*

*límites del crecimiento* en 1972, advirtiendo que los crecimientos no pueden ser indefinidos, y que nos estábamos acercando peligrosamente al momento en el que su aumento no iría seguido de una mejora de la calidad de vida y el bienestar, sino de lo contrario. Años después, en 1987, la Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo, nombrada por la ONU algunos años antes, hizo público su informe *Our common future*, en el que se apuntaban tímidamente algunas propuestas de reforma. En ese informe apareció por vez primera la expresión “desarrollo sostenible”, frente al desarrollo insostenible del primer mundo y al subdesarrollo, también insostenible, del tercero. En una de sus conclusiones, el informe decía que hasta bien entrado el siglo XX, la humanidad no había tenido nunca la posibilidad de alterar sustancialmente los equilibrios de la vida sobre el planeta, y que a la altura del Informe, en 1987, tenía ya varios modos de hacerlo. El primero habían sido, obviamente, las armas de destrucción masiva. Pero en la fecha del informe ya había comenzado la manipulación del genoma y la creación de seres transgénicos, lo que abrió un nuevo campo, tan prometedor como preocupante.

Y nació la bioética. No es un azar que el término, en su sentido actual, se acuñara en 1970. Su creador, Van Rensselaer Potter la definió como *the bridge to the future*. La bioética quería ser un puente entre dos orillas, de tal modo que no se relajara la conexión entre la ciencia y la ética. Caso de que una avanzara aceleradamente y perdiera de vista a la otra, el resultado podría acabar siendo catastrófico. Porque no todo lo técnicamente posible es éticamente correcto.

Nada más nacer, la bioética fue inmediatamente monopolizada por la medicina. Los avances en su campo estaban siendo tan portentosos y salvaban tantas vidas, que la atención se concentró en ellos, y en resolver los conflictos que planteaban, que no eran pocos, ni leves. De nuevo hay que recordar los comienzos de la biología molecular y la llamada entonces manipulación genética en los años setenta, así como todo lo que ha venido después, la clonación de células, las técnicas de reproducción asistida, la desdiferenciación y reprogramación de células previamente diferenciadas, etc., etc. Pero no era sólo eso. Piénsese, por ejemplo, en la introducción de la famosa “píldora”, que llevó, por vez primera en la historia, a diferenciar tajantemente dos categorías hasta entonces inseparables, sexualidad y reproducción. Y si esto se dice del origen de la vida, no es menor lo que debería contarse sobre su final. Basta pensar en la suplencia mediante aparatos de casi todas las funciones vitales del organismo, lo que hizo surgir una categoría nueva, hoy de dominio común, las llamadas “técnicas de soporte vital”, que fue preciso reunir en servicios hospitalarios de nueva creación, las unidades de cuidados intensivos, a las que algo después se unieron, con fines muy distintos, pero en cualquier caso complementarios, las unidades de cuidados paliativos. Y junto a unos avances y otros, los del principio y los del final de la vida, los no menos sorprendentes ni revolucionarios que han afectado al diagnóstico médico en el medio de la vida, como son las llamadas, nueva categoría, “técnicas diagnósticas no invasivas”, a la cabeza de todas el humilde ecógrafo.

Se comprende, a la vista de lo anterior, que durante décadas haya cundido la sospecha de que la bioética era el nuevo rostro de la clásica ética médica. Se trataba, por tanto, de una más entre las éticas aplicadas. De igual modo que existe una ética del periodismo o de la abogacía, hay otra, curiosamente más antigua que todas las demás, la ética médica, o la ética de las profesiones sanitarias, que últimamente habría cobrado importancia nueva y a la que por tanto se designaba mediante un nombre también nuevo, el de bioética.

Desde hace muchos años vengo protestando contra este modo de entender la bioética. De hecho, no fue esa la idea de su fundador, Potter. No se trataba de una ética aplicada más, la ética de las profesiones sanitarias, sino de la ética de la vida. Aquella confrontación Este-Oeste, propia de los años cincuenta y sesenta, ha ido poco a poco disolviéndose, a la par que surgía otra igual o más grave, la confrontación Norte-Sur, que es precisamente la confrontación de la vida, del presente y futuro de la vida sobre el planeta, y de la calidad de vida. Hace algunas décadas esto no era fácil de argumentar, y menos cuando se hablaba a público sanitario. Pero hoy todos nos hemos convertido, *velis nolis*, en ecologistas. Ya no hace falta dar grandes explicaciones. De lo cual se deduce algo de la máxima importancia, que la bioética, lejos de ser una ética aplicada, es la ética sin más, la ética propia de la sociedad humana en estos albores del siglo XXI. Hace ahora treinta años, en 1989, escribía yo el prólogo a mi libro *Fundamentos de bioética*. De él son estas líneas: “Si en otros tiempos la medicina monopolizó las ciencias de la vida, hoy eso no es así, y por tanto sería un error reducir el ámbito de la bioética al de la ética médica, o convertirla en mera deontología profesional. Se trata, a mi parecer, de mucho más, de la ética civil de las sociedades occidentales en estas tortuosas postrimerías del segundo milenio”. Hoy resulta necesario introducir en ese párrafo dos breves rectificaciones. La primera, que no se trata sólo de las sociedades occidentales sino de las sociedades humanas en su conjunto, porque ha emergido con rapidez y fuerza inusitadas el fenómeno de la “globalización”. Y la segunda, que ya no se trata de las postrimerías del segundo milenio, sino de los albores del tercero.

Justificado el término “bioética”, permítaseme un breve comentario sobre el adjetivo que le sigue, “mínima”. Desde que Theodor W. Adorno publicara en 1951 su libro *Minima moralia*, la expresión ha cobrado una cierta vigencia. La tesis minimalista de Adorno iba directamente dirigida contra el maximalismo hegeliano, imposible de asumir desde la experiencia de la “vida dañada” característica de la sociedad que nos ha tocado en suerte. El ideal que Aristóteles expresaba en el título de uno de los libros de ética que se le atribuyen, *Magna moralia*, es imposible, y hemos de conformarnos, más modestamente, con la instauración en nuestra sociedad de una “ética mínima”. Entre nosotros, Adela Cortina publicó, hace ya tiempo, un excelente libro con el título de *Ética mínima*. Y yo denominé “Bioética mínima” al último capítulo de mi libro antes citado, *Fundamentos de bioética*. En todos estos textos, el minimalismo se entiende en un sentido muy preciso. Las éticas procedimentales modernas, típicas de la época ya aludida en que todo debate moral acababa convirtiéndose en cuestión política, y a la vez muy influidas por Kant, han buscado procedimientos de legitimación de normas que superaran el solipsismo de la razón kantiana sin perder por ello su carácter canónico. Tanto individual como colectivamente podemos proyectar una situación ideal, trasunto del reino de los fines kantiano, en la que los seres humanos puedan llevar a término sus ideales de felicidad y perfección. Las situaciones reales nunca se adecuarán completamente a esos cánones ideales, por lo cual la norma jurídica habrá de expresar unos “mínimos” de justicia, que no cubran, pero tampoco impidan el que las personas concretas puedan hacer su vida yendo más allá de esos mínimos a través de sus sistemas privados de valores y creencias, lo que daría lugar al logro de las distintas “éticas de máximos”. La ética mínima sería, por tanto, algo así como los mínimos exigibles a todos a través de normas en una sociedad de seres humanos bien ordenada, aunque desde luego no perfecta.

Hace tiempo que vengo criticando esta distinción entre ética de mínimos y de máximos. La ética no puede ser más que de máximos. Su objetivo es tomar decisiones concretas de modo correcto, responsable o prudente. Y eso exige siempre y necesariamente tomar la mejor decisión posible. Buen cirujano es el que hace la mejor operación posible, y buen juez el que dicta la mejor sentencia posible. La ética no va de lo bueno a secas sino de lo óptimo. Lo que no sea óptimo es por definición malo. Así son las cosas. Hay que acabar con la vieja cantinela de los preceptos y los consejos, como si los primeros marcaran el nivel exigible a todos y el segundo el campo que se deja a la libertad de cada uno. Con el primero uno sacaría aprobado, o evitaría el suspenso, y el segundo sería el nivel de los que aspiran a nota. Por más que haya estado vigente durante siglos y siglos, esta doctrina es impresentable, y debe su error a algo que también ha dominado la historia de la ética más de lo que debía, a saber, que los preceptos consisten en el cumplimiento de la ley, a la postre penal, cuyos límites no pueden, o al menos no deben ser traspasados, en tanto que los consejos marcan una dirección, pero no establecen un límite. Todo viene de la confusión entre ley y obligación moral, entre el derecho, incluido el derecho natural, y la ética.

La ética, que es una disciplina práctica, no trata de lo que se debe hacer en abstracto, o de la norma que hay que cumplir, sino de la decisión que debe tomarse en un momento concreto, con unas determinadas circunstancias y previendo ciertas consecuencias. Aquí no es de aplicación la lógica especulativa o teórica, sino la lógica práctica, la lógica del razonamiento práctico, que tan distinta es de la otra, y que tan extraña nos resulta.

¿Cómo se articulan, entonces, ética y derecho? Es una distinción similar a la que debe establecerse, aunque tampoco sea frecuente hacerlo, entre Sociedad y Estado. Los seres humanos vivimos unos con otros y formamos grupos sociales, sociedades. Esa es nuestra vida práctica, en la que tenemos que tomar decisiones, y donde se plantea el problema moral por antonomasia, la cuestión del deber. El deber es problema primario, que aparece en cuanto el ser humano alcanza un mínimo grado de inteligencia y comienza a vivir y convivir. El Estado no se encuentra a ese nivel. Surge por un acuerdo explícito de voluntades entre los miembros de un grupo social. El Estado lo genera la sociedad, como creación propia y específica de los seres humanos. Hay que verlo, pues, como una decisión concreta de los individuos; o dicho de otro modo, como un acto moral. Y así como la sociedad tiene su lenguaje propio, que es la Ética, el Estado tiene el suyo, que es el Derecho. El Estado se rige por normas. ¿Por qué normas? Las que formulen y establezcan sus miembros, los ciudadanos. De donde resulta que el Estado, como ya dijera algunos herederos de Hegel, entre ellos Marx, es una superestructura, un epifenómeno de la sociedad. Dime qué sociedad tienes y te diré que Estado creas. O dicho de otro modo: Dime cuál es la ética de una sociedad, y te diré qué leyes tendrá el Estado que surja de ella. En tanto que las leyes han de ser comunes y afectar a todos, tiene algún sentido calificar la ética del Estado como “mínima”. Pero no conviene confundir ética con derecho, como se ha hecho secularmente, y como se sigue haciendo por parte de los partidarios de las éticas procedimentales modernas. Entre otras cosas, porque si por ética mínima se entiende aquella que consigue plasmar en una sociedad la justicia, hay que decir, mal que nos pese, que el Estado nunca llegará al nivel de la ética mínima, porque nunca conseguirá ser estrictamente justo. También en esto, las éticas del discurso pecan de idealistas.

Aquí por “bioética mínima” no entendemos la ética del Estado, o la que debería, en una situación ideal, caracterizar al Estado. Se trata de “lo mínimo” o “lo imprescindible”, aquello

que nunca debe faltar en un programa de ética. Lo cual significa, cuando menos, dos cosas. Primera, que dejará fuera muchos temas y problemas que tanto el autor como probablemente también el lector considerarán muy interesantes, y de los que este minimalismo obliga a prescindir. Y segunda, que todos esos capítulos, con ser muy importantes, no es imprescindible tratarlos aquí. La razón está en que pueden ser analizados autónomamente por el propio lector, siguiendo las pautas aquí ofrecidas. Más que tratar todos los temas, algo por principio imposible, lo importante es proveer al lector con los instrumentos necesarios para que él mismo pueda llevar a cabo esa labor. Como la bioética va de tomar decisiones correctas, es conveniente, más aún, imprescindible seguir un método de análisis, y ese es el que se intenta exponer a lo largo de los tres primeros capítulos del libro. En los otros dos, el método descrito se aplica a dos grandes áreas de problemas, los relativos al comienzo y al final de la vida. El lector puede tomar estos últimos capítulos como ejercicios de aplicación del método, que luego él podrá y deberá ir aplicando a todos los demás. Y como conviene que el método tenga un nombre, démoselo ya desde el principio. Se llama “deliberación”.

Todo tiene su génesis, y este pequeño libro, también. Surgió de una demanda que me hizo el Patronato de la Fundación Politeia: dar un breve curso de cinco lecciones al numeroso y selecto público que año tras año sigue sus cursos. El de 2017-18 estuvo dedicado a la historia y cultura en las décadas finales del siglo XX y los comienzos del XXI. Como novedad importante surgida en esos años, di una conferencia sobre el nacimiento y desarrollo de la bioética. Para mi sorpresa, fueron muchos los oyentes que se vieron sorprendidos. Así que me pidieron un seminario más amplio, de cinco lecciones, para el curso siguiente, 2018-2019. Esas lecciones tuvieron lugar del 14 de noviembre al 19 de diciembre de 2018. El presente libro reproduce exactamente su contenido. Vaya desde aquí mi agradecimiento al Patronato de la Fundación, y en especial a su Presidente, Miguel Satrústegui, fiel heredero y continuador de la tradición que inició su fundadora, Jorgina Satrústegui.

Y como el libro es breve, va de suyo que también debe serlo su prólogo.

Madrid, 23 de febrero de 2019

# Cajón de bioética y más

## La compasión... desde el arte

La compasión es una palabra que acompaña nuestros discursos, incluso nuestros congresos. Y nos paramos a pensarla. En este pequeño rincón presentamos unos cuantos elementos para pensarla, y vivirla, desde el arte... La reflexión ética, bioética, filosófica... está por hacer.

### Una definición (¿Es suficiente?)

RAE: Del lat. tardío *compassio*, -ōnis. 1. f. Sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien.



### Un poema (¿todo preguntas?)

M. Benedetti

¿Te importa mucho que Dios exista?  
¿te importa que una nebulosa te dibuje el destino?  
¿que tus oraciones carezcan de interlocutor?  
¿que el gran hacedor pueda ser el gran injusto?  
¿que los torturadores puedan ser hijos de Dios?  
¿que haya que amar a Dios sobre todas las cosas  
y no sobre todos los prójimos y prójimas?  
¿Has pensado que amar al Dios intangible  
suele producir un tangible sufrimiento  
y que amar a un palpable cuerpo de muchaha  
produce en cambio un placer casi infinito?  
¿acaso creer en Dios te borra del humano placer?  
¿habrá Dios sentido placer al crear a Eva?  
¿habrá Adán sentido placer cuando inventó a Dios?  
¿acaso Dios te ayuda cuando tu cuerpo sufre,  
o no es ni siquiera una confiable anestesia?  
¿te importa mucho que Dios exista? ¿o no?  
¿su no existencia sería para tí una catástrofe  
más terrible que la muerte pura y dura?  
¿te importará si te enteras que Dios existe  
pero está inmerso en el centro de la nada?  
¿te importará que desde el centro de la nada  
se ignore todo y en consecuencia nada cuente?  
¿te importaría la presunción  
de que si bien tú existes  
Dios quién sabe?

### Unas fotografías (¿a quién se dirige la compasión?)



Una viñeta (¿en qué nos convierte su ausencia?)



### La compasión del pintor

La fuerza y cercanía (o distancia) de la mirada del pintor.  
Picasso (1897)



### Un cineasta (acercarnos a la compasión)

El cine ha hecho suyo también el tema de la compasión. Quizás el cineasta que más y mejor lo ha tratado, y ofrece todo un laboratorio de reflexión y aprendizaje, es Yasujiro Ozu, probablemente uno de los grandes directores de la historia del cine. Sus películas reflejan el cuidado y la preocupación por las gentes, por el mundo y sus cosas, y lo hace en los pequeños detalles, en los gestos y en las acciones más cotidianas. Su cine es un ejercicio de compasión, pero no una compasión “blanda”, sino enérgica, nacida, y no podía ser de otra manera, de la indignación. De su amplia filmografía podemos destacar “Cuentos de Tokio” (1953).



Tomás Domingo Moratalla

Profesor de Antropología Filosófica. UNED

- [Jornada Aspectos éticos de las nuevas tecnologías en reproducción asistida](#). 11 julio 2019. Aula Gregorio Marañón. Colegio de Médicos de Madrid.
- [International Conference on Ethics Education: "Rediscovering the world: exploring ethics education towards a global bioethics"](#). Asociación internacional de educación en ética (IAEE). Escuela de Enfermería de Porto (Portugal). 22-24 julio 2019.
- [33rd European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care: "Philosophy and ethics at the edge of medicine"](#). European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare (ESPMH) and the Centre for Medical Ethics, the Faculty of Medicine, University of Oslo (Noruega). 7-10 agosto 2019.
- [EACME Annual Conference: Rethinking Ethics in 21st Century Europe](#). Oxford. 12-14 septiembre 2019.
- [XIV Congreso Internacional de Bioética](#). Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC). Madrid. 3-5 octubre 2019.
- [3rd International Conference on Bioethics in the New Age of Science 2019 \(BNAS 2019\)](#). 10-11 octubre 2019. Belgrado (Serbia).
- [XII Congreso Internacional de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica \(AEBI\)](#). Valencia. 25-26 octubre 2019.
- [V Congreso de bioética: "Nuevas garantías éticas y legales en la investigación con seres humanos"](#). Comité de ética de la investigación. Salón de actos Ernest Lluch. Instituto de Salud Carlos III de Madrid. 26-27 noviembre 2019.

## Bibliografía y fuentes de Bioética



- Gracia Triñaque, M.A. Y lo sapiens... ¿dónde quedó?: Cuestiones antropológicas y bioéticas actuales. Fundación Incluyendo México. 2019.
- Aguilera, B., Lecaros, J.A., Valdés, E. (eds.) Ética animal: fundamentos empíricos, teóricos y dimensión práctica. Universidad P. Comillas. 2019.
- Leyton, F. Los animales en la bioética. Tensión en las fronteras del antropocentrismo. Herder ed. 2019.
- Andrade Narváez, F.J. Bioética de las enfermedades tropicales desatendidas. Gobaethics.net Focus Series. 2019.
- Camps, V. La búsqueda de la felicidad. Arpa. 2019.
- Quesada Rodríguez, F. La bioética de la responsabilidad según Hans Jonas. Universidad P. Comillas. 2019.
- Vaughn, L. Bioethics: principles, issues and cases. Oxford University Press. 2019.
- Rubio Hancock, J., Lalalimola, García, K. ¿Está bien pegar a un nazi?: Dilemas éticos en tiempos de redes sociales y populismos. Libros del K.O. 2019.
- Singer, P. Ethics into action: Learning from a tube of toothpaste. Rowman & Littlefield Publishers. 2019.
- McMillan, J. The methods of bioethics: An essay in meta-bioethics. OUP Oxford. 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



Nº37  
Junio 2019  
*Segunda época*