

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

Dejo atrás mi propia sombra

Ética y política

Eutanasia: revisión terminológica

Práctica como suplemento a la crítica

Cuatro recomendaciones para la educación en bioética

Gemelos digitales de IA para realizar ensayos clínicos

El aumento de la presión asistencial en el SNS

Narrar el padecer

La hora de visita



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^a. Lydia Feito Grande

Consejo de redacción

D. Tomás Domingo Moratalla

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](#).

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



Índice Nº44 Diciembre 2022

Editorial p.1

Artículos

- Dejo atrás mi propia sombra – Feito, L. p.2
- Ética y política– Gracia, D. p.4
- Eutanasia: revisión terminológica y elección de perspectiva – Díez de Fortuny, L., Altuna, B. p.8
- Práctica como suplemento a la crítica: la importancia del análisis positivo ante la regente crítica negativa – Roa-Castellanos, R.A. ... p.13
- Cuatro recomendaciones para la educación en bioética – Alonso, M., Feito, L., Goikoetxea, M., Busquets, E. p. 26
- Gemelos digitales de IA para realizar ensayos clínicos por medio de la virtualización: desafíos éticos para la investigación en salud global - Vásquez, L. p.33
- Me da que pensar... el aumento de la presión asistencial en el Sistema Nacional de Salud – Álvarez, G. p.37

Sección de Bioética Narrativa. Artículos

- Narrar el padecer: la experiencia del dolor y el sufrimiento – Hamui, L. p.39
- La hora de visita –Durán, P. p.45

Caso clínico comentado p.51

Reseña de eventos

- *Horizontes de bioética. II Congreso internacional de Bioética. Vic, 17-18 noviembre 2022* –Robles, B. p.55

Cajón de Bioética

- “As Bestas”. Una historia que da que pensar y deliberar – Domingo, T. p.59

Novedades y bibliografía p.62

Normas para los autores

- En el número 43 de Bioética Complutense se publicó el artículo titulado “Valoración de la competencia en pacientes hospitalizados con enfermedad crónica evolutiva avanzada (ECEA) con pronóstico de vida limitado. Aplicación práctica para la toma de decisiones clínicas en sus últimos días de vida.” Por error, el apellido de su autora se escribió incorrectamente. Donde dice Soriano Iturri, G. debe decir Solano Iturri, G.
- En el número 43 de Bioética Complutense se publicó el artículo titulado “Gestión de enfermería hospitalaria durante la pandemia de COVID-19”. El orden de los autores es incorrecto. Debe ser el siguiente: Barbado, J.A., Cabrejas A.M., Guerra, M.I., Rodríguez, Y., Velasco, T.R.



El año toca a su fin. Para muchos, ha sido un año de reencuentros con una vida que añorábamos en la difícil época de la pandemia. Hemos podido volver a nuestras actividades, hemos regresado a la presencialidad y casi hemos tenido que aprender de nuevo a abrazarnos y a estar juntos porque aún nos pesan las secuelas y el miedo. El virus sigue entre nosotros, sigue produciendo enfermedad, sigue matando. Toda precaución es poca, pero nos alegramos de empezar, literalmente, a respirar.

Quizá hayamos aprendido una dura lección, o quizá queramos olvidar demasiado pronto. Es época de balances, de reflexión, de resumen y análisis. Para reconocer lo que no supimos resolver, para desentrañar las razones de lo ocurrido, para determinar cuáles son las claves para entender. Porque volverá a pasar. Son muchos los expertos que alertan ante potenciales epidemias futuras, en buena medida derivadas de las modificaciones que el propio ser humano realiza en el ecosistema. Pero ya sabemos que la alerta no es siempre escuchada. Por ejemplo, el Johns Hopkins Center for Health Security publicó en 2018 un amplio informe titulado *The characteristics of pandemic pathogens*, con la intención de promover la preparación ante una potencial pandemia. No sirvió para nada.

Así que estamos en un tiempo sin duda mejor. Como decía Héctor G. Barnés en *El Confidencial* en 2/01/2022, a lo mejor ya llegaron los felices años 20 y no nos dimos cuenta. La cuestión es que decidimos que una época es feliz porque la narramos como tal, por comparación con otras o porque está marcada por un evento trágico. Pero, aventura este autor, los años felices no lo son porque no pase nada malo, sino que lo son a pesar de las cosas malas que ocurren. El reto es saber hacerlos felices. Y a lo mejor este año es más feliz, no sólo porque el entorno parece menos amenazante, sino porque hemos decidido que, aunque las cosas vayan mal, aunque exista el riesgo, hay que vivir y encontrarle el sentido.

Puede que esto sea una forma de optimismo ingenuo. Quizá es un modo hedonista de vivir ciegos ante la adversidad. Incluso puede considerarse como un prejuicio insensible de quienes tienen la fortuna de estar en un mundo lleno de posibilidades. Pero también puede ser una sencilla pero sabia forma de vivir: asumir que la realidad es tozudamente cruel, que somos frágiles, mortales y que lo raro es que no nos duela algo, pero, a pesar de todo, alegrarse de seguir vivos y, sobre todo, de tener alguien con quien celebrarlo.

Vendrán más luchas, más sufrimiento, más desafíos a nuestra inteligencia y a nuestro saber hacer. Habrá que seguir dejándose la piel para combatir la injusticia, el hambre, las desigualdades, la guerra, las enfermedades o el cambio climático. Pero mejor hacerlo desde la convicción de que merece la pena estar vivo. Sacando fuerzas de esa felicidad simple pero radical. Sabiéndose afortunados por poder tener la oportunidad de estar aquí.

«El tiempo es breve, las ansias crecen, las esperanzas menguan y, con todo esto, llevo la vida sobre el deseo que tengo de vivir» (Cervantes, *Los trabajos de Persiles y Sigismunda*, 1617).

Está a punto de empezar un año nuevo. Ojalá sea un año feliz. Ojalá acaben las guerras. Ojalá se descubran nuevas estrategias para curar las enfermedades. Ojalá los políticos sepan tomar decisiones que de verdad contribuyan al bien común. Ojalá todas las personas tengan al menos los recursos básicos para poder disfrutar de una vida digna. Ojalá escuchemos más y peleemos menos. Ojalá nadie se sienta solo. Ojalá seamos más sabios, más prudentes, más tolerantes. Y ojalá que sigamos empeñándonos en ello y no dejemos de creer que es posible, al menos al comenzar el año.

Feliz año nuevo para todos.

Lydia Feito Directora

Dejo atrás mi propia sombra

“El caso es que llevo años haciendo demasiadas cosas, y en los últimos meses estoy corriendo tanto que creo que he dejado atrás mi propia sombra.” Esto decía Rosa Montero en una de sus magníficas columnas en el periódico *El País* el 22 de noviembre de 2022. Su reflexión resuena cercana para muchos de los que, dominados por la prisa y las exigencias de esta vida que llamamos “civilizada”, corren sin parar intentando llegar a sus compromisos, a las exigencias de rendimiento, a no perderse nada de lo que ocurre y, finalmente, al desgaste y la propia aniquilación.

También recordaba la escritora en el mismo texto que, en el año 1982, un médico estadounidense, Larry Dossey, inventó el concepto de “enfermedad del tiempo” para describir la creencia obsesiva de que el tiempo se escapa, que no hay mucho y que no es suficiente. Esto nos obliga a ir cada vez más rápido y, a nadie se le oculta, los resultados son nefastos: hipertensión, estrés, insomnio, problemas gastrointestinales, etc. Aparte de estos problemas clínicos, es evidente que esta carrera desenfundada contra el tiempo, que, por cierto, es imposible ganar, produce también una profunda insatisfacción, ansiedad y probablemente la pérdida de la capacidad de disfrutar la vida. Concedernos el tiempo para, simplemente, contemplar lo que hay a nuestro alrededor, es un lujo imposible que incluso hemos olvidado cómo realizar.

Ya nos decía Aristóteles que los seres humanos debemos dedicarnos a la más excelsa de las actividades: la contemplativa. Que está vinculada con la mejor parte de nosotros: el intelecto. “En efecto, esta actividad es la más excelente (pues el intelecto es lo mejor de lo que hay en nosotros y está en relación con lo mejor de los objetos cognoscibles); también es la más continua, pues somos más capaces de contemplar continuamente que de realizar cualquier otra actividad. Y pensamos que el placer debe estar mezclado con la felicidad, y todo el mundo está de acuerdo en que la más agradable de nuestras actividades virtuosas es la actividad en concordancia con la sabiduría.” (*Ética a Nicómaco*) Parece, así, que lo más adecuado es dedicarse a la sabiduría (esto es, a la filosofía) y que, además, esa actividad puede conducirnos a la felicidad. Y aunque Aristóteles se apresura a indicarnos que esa vida contemplativa en realidad es superior a la vida humana, en tanto que conecta con la parte divina del alma “debemos, en la medida de lo posible, inmortalizarnos y hacer todo esfuerzo para vivir de acuerdo con lo más excelente que hay en nosotros; pues, aun cuando esta parte sea pequeña en volumen, sobrepasa a todas las otras en poder y dignidad.” Esta vida, la intelectual, es, en definitiva, la más feliz.

También Nietzsche enfatizaba que había que aprender a ver y a pensar (también a hablar y a escribir). “Aprender a ver es acostumbrar los ojos a mirar con calma y con paciencia, a dejar que las cosas se acerquen a nosotros; aprender a no formular juicios precipitadamente, a dar vueltas en torno a cada caso concreto hasta llegar a abarcarlo.” Y su diagnóstico es que ese impulso de reacción inmediata, de no parar, es algo negativo. “Todo lo no espiritual, todo lo vulgar radica en la incapacidad de oponer resistencia a un estímulo, en el tener que reaccionar, en seguir todo impulso. En muchos casos ese tener que, es ya un síntoma de enfermedad, de decadencia, de agotamiento; casi todo lo que la tosquedad no filosófica llama «vicio» no es más que esa incapacidad fisiológica que impide no reaccionar.” (*El ocaso de los ídolos o cómo se filosofa a martillazos*)

Sin duda, a pesar de las enormes diferencias entre estos autores, el planteamiento nietzscheano se asemeja al aristotélico en la búsqueda de un modo de ser aristocrático. Sin embargo, están ambos alejados de los modos más contemporáneos –y más superficiales— con los que se analiza esta necesidad de la contemplación. Así, Byung Chul Han parte también de la propuesta nietzscheana para afirmar que “Por falta de sosiego, nuestra civilización desemboca en una nueva barbarie” (*La sociedad del cansancio*). Ese afán por trabajar incesantemente y por llenar de actividades nuestro tiempo de ocio, de modo que no quede ni un minuto sin programar, esa autoexplotación, lleva a una falta de serenidad para poder vivir un tiempo pleno. “A la actual crisis del tiempo yo la llamo «disincronía». El tiempo carece de un ritmo que ponga orden, carece de una narración que cree sentido. El tiempo se desintegra en una mera sucesión de presentes puntuales. Ya no es narrativo, sino meramente aditivo. El tiempo se atomiza. En un tiempo atomizado tampoco es posible una experiencia de la duración. Hoy cada vez hay menos cosas que duren y que con su duración den estabilidad a la vida. El tiempo ha perdido hoy su fragancia. A la civilización actual le falta sobre todo vida contemplativa. Por eso desarrolla una hiperactividad, que le quita a la vida la capacidad de demorarse y recrearse. Ya no es posible experimentar un tiempo pleno.” (Entrevista en *El Mundo* 12/02/2019)

Por eso nos propone bajar el ritmo de nuestra vida, y descubrir el aroma del tiempo (*El aroma del tiempo: Un ensayo filosófico sobre el arte de demorarse*) y la contemplación (*Vida contemplativa. Elogio de la inactividad*). La vida necesita su tiempo, hay que darle tiempo al tiempo. Producir, estar atareado, correr para llegar en un mundo acelerado supone perderse el tránsito, no atender al camino, dejar de saborear los momentos, dirigirnos ciegamente a la aniquilación. Esto es también lo que subyace al internacionalmente conocido movimiento *slow*, uno de cuyos principales autores, C. Honoré, explica del siguiente modo: “la filosofía de la lentitud podría resumirse en una sola palabra: equilibrio. Actuar con rapidez cuando tiene sentido hacerlo y ser lento cuando la lentitud es lo más conveniente. Tratar de vivir en lo que los músicos llaman el *tempo giusto*, la velocidad apropiada.” (*Elogio de la lentitud*)

Pero el hecho de que se conozca el impacto que tiene el estrés y la vida desaforada y a la carrera sobre la salud, no nos lleva a plantear una modificación de ese modelo que, salta a la vista, es poco deseable. Lo que resulta intrigante, incomprensible y, en cierto sentido, perverso, es que se receten ansiolíticos, o se ofrezcan otros medicamentos para esas enfermedades relacionadas con el estrés y que no hagamos una revisión profunda de ese estilo de vida que no resulta saludable.

Ya en 1999 nos decía Lou Marinoff que debíamos atender más a las enseñanzas de los filósofos y recurrir menos a los psicofármacos (*Más Platón y menos Prozac*). Probablemente hay una carencia de herramientas psicológicas e intelectuales para poder afrontar esa prisa, ese desgaste y esa frustración a los que nos somete este modelo contemporáneo de vida contrarreloj. Y existen muchas propuestas para fortalecernos ante ese entorno hostil presidido por la prisa, para gestionar bien ese tiempo tan precioso y escaso. Pero posiblemente lo que hay que cuestionar es precisamente ese modelo.

Una vida con prisa es el resultado de un sistema económico y productivo en el que los individuos no son más que piezas de una cadena de rendimiento y aceleración que no puede detenerse. Hemos organizado nuestras sociedades bajo el imperio del logro de objetivos, del alcance de metas, de mejorar los resultados, pero no prestamos atención al recorrido, a los aprendizajes que se pueden obtener durante el camino. Y por eso no nos paramos a mirar, porque lo que importa es llegar.

Así, como pollos sin cabeza (y no olvidemos que Mike Milagro logró sobrevivir un tiempo sin cabeza), vamos corriendo sin parar, sin cuestionar la razón o el sentido de ese despótico frenesí al que nos hemos sumado acríticamente, en algunos casos, y por necesidad, en otros (los que no tuvieron la oportunidad de elegir). Pero sobrevivir no es lo mismo que vivir.

De hecho, sólo sobrevivir es la necesaria urgencia de mantenerse vivo, pero no la vida auténticamente humana, la que a todos nos gustaría poder desarrollar, dedicando tiempo a nuestros seres queridos, a nuestras aficiones y pasiones, a nosotros mismos.

Hay incluso un resultado más retorcido y cuestionable de este frenesí: la injusta e insensible discriminación de las personas mayores. Quienes han cumplido más años también se ven impelidos y empujados a mantener la actividad: envejecimiento activo y saludable, programas de ocio para mayores, actividades significativas, viajes y tiempo libre, etc. Son las propuestas que imperan en nuestro entorno, porque, como titulaba una página web de residencias para mayores “Aburrirse está prohibido” (<https://www.larescvalenciana.org/actividades-para-personas-mayores>).

Paradójicamente también se insiste en que el aburrimiento es creativo, en el sentido de que nos deja un tiempo sin actividad, sin programación, sin prisas, que propicia que se activen. Algunos psicólogos, como Sandi Mann (*El arte de saber aburrirse*), han insistido en la necesidad de ese tiempo de no hacer nada para dejar que los pensamientos fluyan y que se generen nuevas ideas. Pero no nos engañemos: el aburrimiento no produce nada. Más bien, lo que tiene sentido es detener ese frenesí de llenar todos los minutos con estímulos diversos. Y efectivamente, darnos tiempo es necesario para esa contemplación que mencionábamos antes, para escuchar el mundo y a nosotros mismos.

No obstante, el aburrimiento y la contemplación sosegada son cosas bien distintas. La serenidad de quien decide ir de un modo más pausado y consciente por la vida, poco tiene que ver con la inactividad. Y hay que tener precaución con el aburrimiento. “El aburrimiento es la grave enfermedad de sentir que no vale la pena hacer nada” decía Fernando Pessoa (*El libro del desasosiego*). Sobre todo, el aburrimiento puede ser profundamente pernicioso cuando es fruto del abandono, de la pérdida de las ganas de vivir, de no encontrar sentido a la vida o de haber tirado la toalla. Como nos dice Josefa Ros, el aburrimiento es un síntoma de que la relación con el entorno está dañada (*La enfermedad del aburrimiento*). Conviene no dejar de lado la alerta ante ese aburrimiento malsano. Y en el caso de los ancianos, por ejemplo en las residencias, ese aburrimiento los destruye y los convierte en meras sombras. Por no tener un entorno suficientemente estimulante y significativo pueden caer en la depresión y producirse un mayor deterioro cognitivo (Lee & Zelman, Boredom proneness as a predictor of depression, anxiety and stress: The moderating effects of dispositional mindfulness).

Así, las personas mayores viven en una doble e inquietante amenaza: dejar de hacer, desprenderse de la vida y aburrirse hasta alcanzar lo patológico, o llenar su vida de actividad hasta la extenuación, casi ocultando su edad. Porque también deben someterse a los dictados estéticos y a la tiranía de una sociedad que desprecia la vejez. Y por eso, como nos comenta en otro texto Rosa Montero, “ahí estamos todos los mayores pedaleando como desesperados, tiñéndonos el pelo, intentando adelgazar, yendo a los gimnasios, siguiendo la estela de los Pitt y las Bullock, a nuestro humilde nivel, con la lengua fuera. Todo con tal de no representar nuestra edad, o la idea que antes se tenía de nuestra edad. No digo que sea mala tanta agitación: el ejercicio y la motivación mejoran la salud. Pero no deja de haber algo patético en esta huida hacia delante, en esta carrera loca condenada al fracaso: la dificultad de reconocerse como viejo, la dignidad social que se les ha arrebatado. Porque, al final, la decadencia llega, y el anciano real se ha quedado sin sitio en este mundo.” (*El País* 11/12/2022)

La propuesta de Montero es excelente: “morir muy vivos”. Por supuesto, de eso se trata, de conseguir que la vida tenga sentido en todos sus instantes. Es lo que también nos proponía Paul Ricoeur: hay que estar vivo hasta la muerte (*Vivo hasta la muerte, seguido de fragmentos*). Esto es, hay que movilizar los recursos más profundos de la vida para seguir afirmándose. Incluso, dice este autor, el que agoniza no está “casi muerto” sino “aún vivo” y eso supone darle sentido a cada momento, hasta el final. Y aquí, de nuevo, es preciso hablar del tiempo, del que se acaba, del que nos sentimos quizá ya desposeídos y que, sin embargo, se torna precioso y único. En el balance que cada uno ha de realizar, probablemente lo mejor es que, en lugar de una carrera desenfrenada por hacer cosas, hayamos podido tener una vida con sentido, una vida degustada, pensada, compartida con otros, saboreada, recorrida con tiempo y atención, y como también diría Ricoeur, narrada. Porque es preciso contar nuestra propia historia y, para ello, es necesario no sólo haber pasado por la vida a toda prisa, sino haberse detenido a contemplar el mundo y quizá haber descubierto en algún minuto el deleite de estar vivo.

Lydia Feito

Directora de *Bioética Complutense*



El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



Ética y política

Con la que está cayendo, no solo en Ucrania sino también aquí, parece oportuno reflexionar sobre el tema, cada día más preocupante, de la ética en la política. Algo que no parece quitar el sueño de nuestros políticos, no se sabe si por ignorancia o porque creen estar al cabo de la calle del asunto. En eso se diferencian de quienes les precedieron hace algo más de medio siglo, cuando en España se planteó el peliagudo problema de cómo llevar a cabo la que desde entonces conocemos con el nombre de “transición política”.

Se desconoce, y cuando no se infravalora, el hecho de que esa transición tuvo un precedente, lo que cabe llamar la “pre-transición”, en la que cundió en las élites españolas la preocupación por cómo debía llevarse a cabo de modo correcto. Dando por sentado que la dictadura de Franco carecía de los requisitos mínimos exigidos por la ética política, se planteó la cuestión de cómo proyectar un Estado que sí los cumpliera. En la transición no se fue de los hechos a la teoría, sino al revés, porque en la pretransición hubo una importante labor de reflexión intelectual sobre los requisitos éticos de la política, que luego quiso llevarse a la práctica, intentando plasmarla en leyes e instituciones durante los años de la llamada transición.

Merece la pena recordar las reflexiones algunos de los “intelectuales”, así se les llamaba entonces, que prepararon el cambio político en España, hoy ignorados por la mayor parte de la población. Uno fue Pedro Laín Entralgo. El año 1961 publicó un grueso libro en dos volúmenes titulado *Teoría y realidad del otro*. Entre las muchas cosas interesantes de su contenido, una era la distinción entre dos modos distintos de relación interhumana. Uno es el propio de las relaciones anónimas e impersonales, como cuando tomamos un taxi o formamos parte de una sociedad anónima. Este es un tipo de relación entre personas, pero en su modo más externo, periférico o superficial. El otro es una persona, pero con ella nos relacionamos en el modo que cabe llamar impersonal. Interactuamos con él como podríamos hacerlo con cualquier otro que desempeñara pareja función. Es lo que Laín llamó relación de “otredad”, a diferencia de la “proximidad”, en la que el vínculo que establecemos con el otro es más profundo, ya que no es con el otro en tanto que otro sino en tanto que persona. Eso sucede en las relaciones de amistad, en el enamoramiento, en la familia, etc. En estos casos, el otro es una persona concreta, a la que valoramos no en tanto que otro sino como persona, de modo que resulta insustituible, irremplazable. La tesis de Laín es que las relaciones sociales y políticas se desarrollan en el plano de la otredad, en tanto que las relaciones personales, íntimas, ya sean con Dios o con otros seres humanos, tienen lugar en el nivel, más profundo, de la proximidad. Esto funda dos tipos distintos de estructuras humanas que es tópico denominar, al menos desde los tiempos de Ferdinand Tönnies, “sociedad” y “comunidad”.

Todo esto puede parecer obvio, pero no lo es tanto. Porque supone, cuando menos, afirmar, en contra de la alianza secular entre religión y política, que ambas se encuentran en planos distintos, de modo que resulta utópico, e incluso contraproducente, confundirlas, como ha

sido frecuente en la historia, y como aún pretendieron, ya en tiempos de la Revolución francesa, los que Marx calificó, y no sin razón, de “socialistas utópicos”. La política tiene su propia lógica, que ha de asumir el “pluralismo” de concepciones personales de la vida, y que por ello necesita moverse en el plano “neutro” de la otredad. Este es su primer principio ético.

Quien entonces detentaba la cátedra de Ética de la Universidad Complutense de Madrid, José Luis Aranguren, publicó muy poco después, en 1963, un libro titulado *Ética y política*. En él se hacía eco de la distinción de Laín, que él rebautizó con los nombres de “aliedad” y “alteridad”. La política debe desarrollarse en el primero de esos planos, y por tanto no puede ser beligerante ni inmiscuirse en los ideales humanos, filosóficos o religiosos propios del segundo. Dicho de otro modo, tiene que ser estrictamente “secular”.

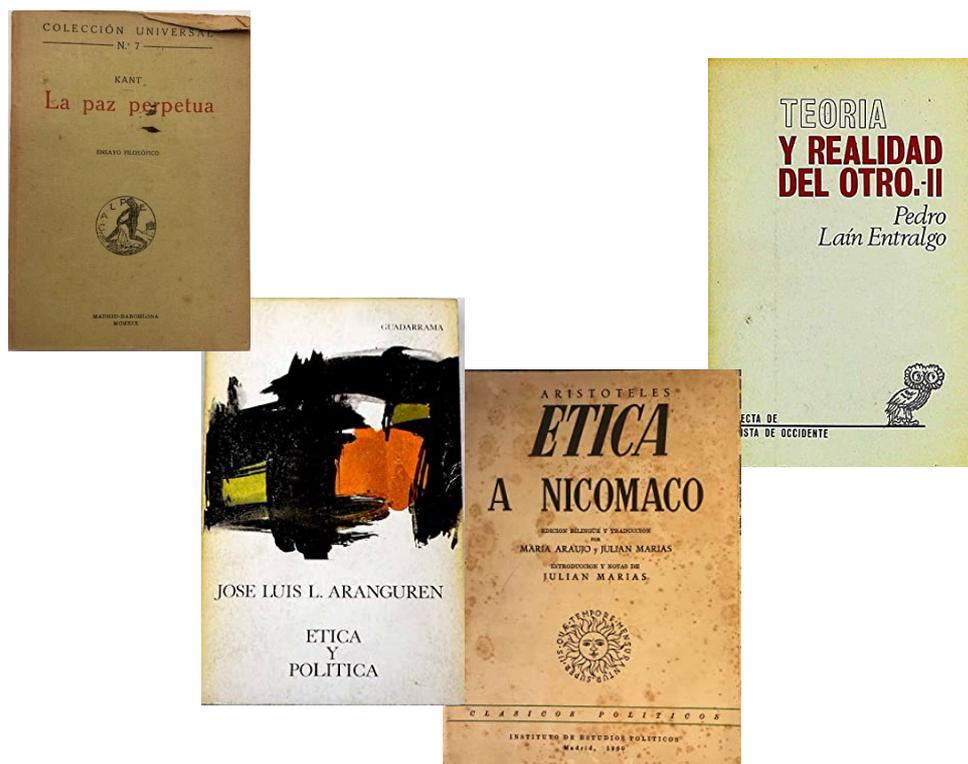
Pero esto plantea el problema de qué debe entenderse por Estado secular. Parece claro que tal Estado no puede optar por una creencia religiosa o filosófica en detrimento de otras. Pero eso no significa, no puede significar, que deba renunciar a toda cuestión de valor. Dicho de otro modo, en el plano de la otredad no tendrá cabida la religión, pero desde luego sí la ética. Es más, ahora, cuando la religión se pone entre paréntesis, es cuando la ética empieza a cobrar su verdadero rostro. Es el rostro que tuvo en sus orígenes, como puede comprobarse nada más abrir la *Ética a Nicómaco*, de Aristóteles. Pero que perdió muy pronto, al confundirse con la teología moral. Algo que ha gravitado especialmente en los países de tradición católica, como es el caso de España, y cuya última expresión fue la época de Franco.

La ética no es la teología moral. Es un saber secular que intenta dar respuesta a la pregunta que se hace todo ser humano desde el momento en que llega al uso de razón: ¿qué debo hacer? Porque no todo está permitido, ni todo es moralmente justificable. En su escrito sobre *La paz perpetua* dice Kant, con toda razón, que no atender a los dictados de la ética hace que la aliedad se convierta en el *bellum omnium contra omnes*, propio de lo que dio en llamarse el “estado de naturaleza”. La aliedad no es eso. No podemos confundir el estado de naturaleza con la “sociedad civil”. En ésta la ética ha de ocupar un puesto de excepción.

¿Por qué conviene meditar de vez en cuando sobre estas cuestiones? Porque siempre existe la tentación de que pretendamos volver al estado de naturaleza, ese en el cual cada uno se ocupa de sí mismo y de los demás solo en tanto en cuanto le resulte útil o provechoso. La ética no es la mera negociación de intereses privados, de modo que con tal de que en el proceso no se utilice la fuerza, la negociación puede darse por buena. Eso es el estado de naturaleza, pero no el estado civil, que es el propio de una política digna de ese nombre. La política no es el mero juego de los intereses particulares. Un parlamento no puede confundirse con un mercado persa, o con el patio de Monipodio, aunque a veces lo parezcan. Sonroja ver, valga como ejemplo, el poco respeto de muchos políticos por la veracidad. Me pregunto qué pensará un joven tras ver tan frecuentes y escandalosos ejemplos de conductas impropias en sus gobernantes. La ética no trata de intereses; trata de deberes. Y Kant nos enseñó que el mejor procedimiento para saber si un interés puede considerarse éticamente correcto, es pensar si resulta universalizable. Eso es política. Lo demás decía Kant que no es propio del estado civil sino del de barbarie.

Pero todo esto son ingenuas reflexiones filosóficas. Nuestros políticos parecen estar al cabo de la calle de todo esto. Da la impresión de que les parece ingenuo. Ellos ya han superado el periodo de la transición, ese que se permiten juzgar con la severidad propia de quienes no lo vivieron. Ahora es cuando están haciendo verdadera política, política realista. Son jueces severísimos del pasado, como si no estuvieran montados sobre él y viviendo a su costa, y haciendo borrón y cuenta nueva, prometen alumbrar una nueva ética. ¿Pero cuál?

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



Eutanasia: revisión terminológica y elección de perspectiva

RESUMEN

Los autores pretendemos: a) prestar atención a la terminología en torno a la palabra *eutanasia*. No es lo mismo calificar el acto eutanásico como homicidio o quitar la vida, que presentarlo como ayuda médica para morir en el contexto de la buena muerte. Y b) profundizar en el debate jurídico y ético de la eutanasia y el suicidio asistido desde todas las perspectivas, buscando un equilibrio de todas ellas y centrándolo en la persona sufriente y vulnerable que la solicita.*

PALABRAS CLAVE

Eutanasia, Bien morir, Autonomía

ABSTRACT

The authors intend: a) to pay attention to the terminology surrounding the word *euthanasia*. It is not the same to qualify the euthanasic act as homicide or taking of life, as it is to present it as medical aid in dying in the context of the good death. And b) to deepen the legal and ethical debate on euthanasia and assisted suicide from all perspectives, seeking a balance of all of them and focusing on the suffering and vulnerable person who requests it.

KEYWORDS

Euthanasia, Good dying, autonomy.

I. TEXTOS DE REFERENCIA: LENGUAJE Y TERMINOLOGÍA

Desde que comenzamos a reflexionar sobre la eutanasia, cuando fuimos analizando la nueva Ley que la regula en España (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, en adelante LORE), así como los numerosos documentos de referencia, nos dimos cuenta de que la terminología que mayormente se utiliza dificulta en gran parte la coherencia argumental y el entendimiento del asunto en profundidad.

Lo primero que llama la atención, como en las habituales discusiones bioéticas, es que los posicionamientos en relación a la eutanasia se justifican con ideas de un alto nivel de abstracción: “fundamentación ética de la vida”, “respeto a la vida humana”, “dignidad”, “autonomía”... Cualquier

* Este texto corresponde a la comunicación presentada en el XV Congreso Nacional de Bioética. “Bioética y cuidados en tiempos de Pandemia”, celebrada en Vitoria-Gasteiz en noviembre de 2021.

posición, a favor o en contra, se puede apoyar en los mismos conceptos, lo que hace que estos, por sí solos, aporten muy poco a un debate honesto que ayude a las personas implicadas, a los profesionales y a la sociedad en general a afrontar, comprender y asumir todo lo que conlleva la eutanasia.

Es llamativo que la misma palabra *eutanasia*, que etimológicamente significa “buena muerte”, continúe suscitando tantas reacciones contrarias a ese significado, máxime cuando, a día de hoy, presuponemos que todas las personas deseamos, para nosotros mismos y para otros, *una buena muerte*. Porque es indudable que, conforme van pasando los años, en sociedades que tienen mayoritariamente un buen nivel de vida, las circunstancias que influyen en la percepción de la vida y la muerte van cambiando. La prolongación de la esperanza de vida, la secularización de la sociedad y, con ella, la manera de entender valores como el de la vida (en el sentido biológico y en el biográfico) o la autonomía de la persona, han ido variando sustancialmente.

Y, sin embargo, a pesar de su más que notable aceptación en la sociedad española y su reciente despenalización y regulación, abundan los textos y documentos que siguen acercando la eutanasia al campo semántico del *homicidio*, que subrayan la parte activa de la prestación médica de ayuda para morir y que afirman que “dar muerte” en ningún caso puede ajustarse a los fines de la medicina.

En este sentido, hemos seleccionado algunas de las definiciones y posturas más relevantes del debate actual, manifestaciones de las entidades más significativas de los ámbitos implicados. Textos que supuestamente están para orientar, aclarar y, algunos, en el ámbito legislativo e institucional, para regular y obligar.

Referencia obligada del concepto “eutanasia”:

- **Artículo 143.4 del Código Penal**, sin referirse expresamente a la eutanasia: “El que causare o cooperare con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e impositivo o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos y psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de ésta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3”.

(Apartado 2: “Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años, al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona”; Apartado 3: Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la ejecución llegara hasta el punto de ejecutar la muerte”.)

En el párrafo 5 se añade a la luz de la Ley Orgánica de 2021 que regula la eutanasia: “No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia.”

- **La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo**, de regulación de la eutanasia (LORE), la define como “la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad incurable que le provoca una gran discapacidad o una situación de pronóstico vital limitado y un sufrimiento intolerable, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico.”

En el artículo 3, se refiere a la eutanasia como “Acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades: a) la administración directa, por parte de un médico o una médica, de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte (eutanasia), o b) la prescripción o suministro, por parte de un médico o una médica, de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte (suicidio medicamente asistido).”

- Desde otra perspectiva hay que considerar el significado de la palabra eutanasia en su significado etimológico. Según el **Diccionario de la R.A.E.**: “Del lat. cient. euthanasia, y este del gr. euthanasía, muerte dulce”. En la primera acepción la define como: “Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”. Y como segunda acepción, en medicina: “Muerte sin sufrimiento físico”.

Opiniones y posturas que se confrontan

- En la corriente que identifica eutanasia con homicidio se sitúa el **Comité de Bioética de España**. En su documento titulado “Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación”, aprobado en su reunión plenaria de 30 de septiembre de 2020 (seis meses antes de la aprobación de la LORE), manifiesta en sus conclusiones: “A lo largo de este informe hemos visto que existen sólidas razones para rechazar la transformación de la eutanasia y/o auxilio al suicidio en un derecho subjetivo y en una prestación pública. Y ello no solo por razones del contexto social y sanitario, sino, más allá, por razones de fundamentación ética de la vida, dignidad y autonomía. El deseo de una persona de que un tercero o el propio Estado acabe con su vida, directa o indirectamente, en aquellos casos de gran sufrimiento físico y/o psíquico, debe ser siempre mirado con compasión... Sin embargo, tal compasión no consideramos que legitime ética y legalmente (esta) solicitud...”.
- **El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España**, en su Asamblea General de 2018, al tratar la eutanasia y el suicidio asistido, adopta asimismo un posicionamiento inequívoco, cuando recuerda que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”.

Dicha posición está sustentada en el **Código de Deontología Médica** (Julio de 2011) que establece en el art. 5.1. que “la profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico”.

Y traza la línea que no se debe cruzar con la sedación en la agonía, al sostener, en el art. 36.1: “El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida”. Y en el art. 36.5: “La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.”

- **La Iglesia Católica**, por su parte, deja claro su posicionamiento tradicional, en el documento de la **Conferencia Episcopal Española** de noviembre de 2019: “La eutanasia voluntaria, cualquiera que sean sus formas y sus motivos, constituye un homicidio. Es gravemente contraria a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador”... “La eutanasia sigue siendo siempre ilícita, ya que propone interrumpir la vida dando la muerte”.

Pero también matiza su rechazo a la eutanasia, centrando la reflexión en el significado de “morir con dignidad”. En 2004, Juan Pablo II afirmaba: “El rechazo del encarnizamiento terapéutico es expresión del respeto que en todo instante se debe al paciente” ... “Pertenece también a este derecho eliminar razonablemente el dolor a los enfermos terminales aún a costa de adelantar su muerte”.

No obstante, hay posturas en ambientes cristianos que aceptan la despenalización en determinados casos y tienden un puente desde otro modo de plantear la ética cristiana. Por ejemplo: “No deja de suscitar perplejidad un texto como el de santo Tomás Moro en la Utopía: ‘Si la enfermedad no es sólo incurable, sino un tormento y un martirio continuo, entonces los sacerdotes y autoridades le dicen a tal hombre que es una carga para los demás e insoportable para sí mismo...y que no debe titubear en ir a la muerte, pues la vida para él es un tormento’” (Razón y Fe, 2002). Una matización que también podemos encontrar en Hans Küng y Walter Jens (2010): “Frente a la aceptación de la autonomía laica, que cohonesto la eutanasia sin restricción alguna, existe una comprensión teónoma de la responsabilidad que se sitúa en una zona intermedia”.

- **La Asociación Médica Mundial (AMM)**, en su 53ª Asamblea (Washington, octubre 2002) se reafirmó en la resolución aprobada por su 37ª Asamblea (octubre 1987), rechazando la participación de los médicos en actos eutanásicos: “La AMM reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con qué se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica...”

- **La Guía de la Sedación Paliativa, del Observatorio de Atención Médica al final de la vida**, suscrita por la OMC y la SECPAL, de julio de 2021 afirma: “Existe una clara y relevante diferencia entre sedación paliativa y eutanasia si se observa desde la Ética y la Deontología Médica. La frontera entre ambas se encuentra en la intención, en el procedimiento empleado, y en el resultado. Con la sedación se pretende disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario. Sin embargo, con la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos o dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.”

II. LA IMPORTANCIA DEL PUNTO DE VISTA

Sopesando las diferentes definiciones-argumentos, nos parece más útil y facilitador del diálogo hacerse preguntas como: ¿qué queremos enfatizar cuando utilizamos la expresión “eutanasia y auxilio médico al suicidio”? ¿Por qué en algunos ámbitos ya no suscita recelos el término “sedación” y sí, sin embargo, la eutanasia? ¿La sedación terminal, no reversible, no es equivalente a la eutanasia respecto al motivo, la intención y objetivo? La diferencia más significativa entre ambas ¿no es que la primera la indica el médico y la segunda es decisión del paciente?

Ya se ha alcanzado un amplio acuerdo en limitar el empleo del término “eutanasia” a aquella que se produce de manera activa y directa. Pero, ¿qué interés puede haber en reservar el concepto para el acto de “provocar la muerte” en lugar de irlo equiparando a la “ayuda a morir”? ¿En qué sentido habríamos de ser precavidos con la “intención” del que solicita ayuda para morir o del que la presta? “Causar la muerte” o “privar de la vida” no son el objetivo directo prácticamente en ningún caso.

Como podrá observarse, los autores estamos a favor de la eutanasia en aquellos casos en los que no se pueda evitar el padecimiento (grave, crónico e imposibilitante) por ningún otro medio y siempre como respuesta de ayuda a una petición clara y reiterada por parte de la persona sufriente. Ahora bien, nuestro interés en el presente artículo no es sino intentar aproximar posturas, fundamentalmente para hacer menos traumática y más eficiente la aplicación de la vigente Ley.

La idea que quisiéramos subrayar es la siguiente: como otros muchos temas que causan controversia ética, la eutanasia puede ser abordada desde el punto de vista de la primera persona, de la segunda y la tercera. Y la visión más rica, compleja y profunda sería la que conjuga esas tres miradas. Sin olvidar, sin embargo, que es la primera -la de la persona doliente- la que ha de primar y al servicio de la cual han de ponerse la segunda y la tercera persona. Entendemos así esas personas del verbo:

1. La persona con sufrimiento insoportable que pide ayuda para morir (perspectiva de primera persona).
2. Las personas que han de *responder*, de alguna manera, a esa petición, ya sean familiares, amigos o, en el caso que nos ocupa, el personal sanitario que atiende a ese paciente (perspectiva de segunda persona).
3. Las instituciones (jurídicas, políticas, sociales) que han de regular las condiciones en las que tal acción es, o no es, permisible, así como la sociedad en su conjunto, que ha de respaldar dichas decisiones (perspectiva de tercera persona).

Según cuál de estas perspectivas se elija como rectora, la visión y las conclusiones a las que se llega pueden ser diferentes.

Si primamos, como sugerimos, la primera persona, no cabe duda de que el acto del que estamos hablando se trata de *bien morir*, de recibir ayuda para alcanzar una muerte digna y tranquila. En gran parte del debate bioético ha primado, en cambio, la segunda de estas perspectivas y, en especial, la de los profesionales que se erigen en la figura protagonista, por encima de la necesidad y el deseo de morir de la persona sufriente y vulnerable. En muchos casos, estos profesionales han percibido que la LORE modifica, o incluso atenta contra los fines de la medicina, al ir contra el principio fundamental de la “no maleficencia”. Sin embargo, la discusión en torno a la nueva normativa también ha ofrecido la ocasión para profundizar en esos fines. Al fin y al cabo, ¿qué mayor compromiso humano y profesional que acompañar al paciente que lo solicita a buscar la mejor muerte posible, cuando ningún otro tipo de ayuda (médica, social, espiritual) que se le ha ofrecido repetidamente ha conseguido suavizar siquiera su padecimiento intolerable? ¿Qué mayor voluntad de servicio que el de no abandonarle en su sufrimiento incurable y, si ninguna otra vía es suficiente,

facilitarle un final sereno, un *bien morir*? Todo ello implica poner el acento en el auxilio y el cuidado como funciones de la medicina en la etapa final de la vida, en toda circunstancia, pero especialmente en aquellos casos en que el sufrimiento de la persona no pueda evitarse por otros medios.

En cuanto al punto de vista de la tercera persona, las instancias normativas de la sociedad han de afrontar la difícilísima tarea -como se ha visto en la larga tramitación de la Ley- de regular esta ayuda médica con los márgenes y los mecanismos adecuados para que ofrezca todas las garantías a las personas que la soliciten. Pero más allá de eso, ha de fomentarse en la opinión pública un debate rico, sereno, bien informado. Nuestra sociedad, que avanza a buen paso hacia formas de convivencia inclusivas, ha de abordar esta cuestión con comprensión y empatía.

Como hemos apuntado, equilibrar estas tres perspectivas es una tarea imprescindible, pero creemos que la clave está en aceptar el protagonismo y la centralidad de la persona que solicita ayuda para morir con dignidad. Ello implica ir abandonando, consciente y explícitamente, la equiparación de eutanasia y homicidio, para ir dando espacio a la idea de eutanasia como ayuda médica para morir, en el contexto amplio y delicado de la visión de una *buena muerte*. Implica, por ello mismo, abandonar expresiones que siguen contaminando los debates, como “privar de la vida”, “causar la muerte directamente”, etc. Creemos que los Comités de Bioética, las universidades, los medios de comunicación, las asociaciones de enfermos y familiares, entre otras instituciones públicas y privadas, son plataformas que han de asumir su papel dinamizador en este debate. No nos cabe duda de que el nivel ético de una sociedad se mide no sólo por cómo vive la gente, sino por cómo muere, por cómo se le ayuda, apoya y sostiene al que ya no puede más, no encuentra alivio y desea morir, por la compasión y la cercanía con la que se le escucha y se le arropa.

Diez de Fortuny, Leopoldo
Altuna Lizaso, Belén

Miembros del Comité de Ética Asistencial del OSI Donostialdea
Donostia-San Sebastián

Referencias bibliográficas

- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia. Publicado en BOE, nº. 72.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Texto publicado el 24/11/1995 y en vigor desde 24/5/1996 hasta la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021 en lo que se refiere al art.143.
- Diccionario de la RAE. Edición 23ª, salida de imprenta en octubre de 2014.
- Informe del Comité de Bioética de España. Discutido y aprobado en su reunión plenaria de 30 de septiembre de 2020, publicado el 6 de octubre del mismo año.
- Código de Deontología Médica de Julio de 2011.
- Posicionamiento de la Asamblea del CGCOM, ente la eutanasia y el suicidio asistido, de 21/5/2018.
- Documento de la Conferencia Episcopal Española de noviembre de 2019.
- Juan Pablo II, “Discurso a los participantes de la Conferencia Internacional organizada por el Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud” (12-XI-2004): Ecclesia nº.3.233.
- Editorial “Eutanasia y derecho a morir con dignidad”, Razón y Fe 245 (2002).
- Hans Küng y Walter Jens, *Un morir con dignidad*, Ed. Trotta, 2010.
- *Informe ético y valorativo de la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi*, de 9 de diciembre de 2020.
- *Guía de la Sedación Paliativa*, del Observatorio de Atención médica al final de la vida, suscrita por la OMC y la SECPAL, de julio de 2021.
- *Posicionamiento de la Asociación Médica Mundial (AMM)*, en su 53ª Asamblea (Washington, octubre 2002)
- *Comité Consultiu de Bioètica de Catalunya: Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio* (2006).

Práctica como suplemento a la crítica: la importancia del análisis positivo ante la regente crítica negativa

RESUMEN

Este escrito rastrea a los pioneros de la crítica en la filosofía moderna y contemporánea para hallar, en consecuencia, que la extrapolación matemática fue insuficiente en sus comienzos. El equilibrio intelectual ha acentuado el sesgo analítico centrado en la “*magnitud negativa*” que no honra la comparación matemática. Brevemente, se exponen algunas consecuencias prácticas relacionables con la negatividad. Una suplementación procedimental que amplía la angularidad de miras es explicada y ejercida para los planos intelectuales y de los sistemas de pensamiento con referencia a grandes pensadores en función de las premisas bioéticas originales.

PALABRAS CLAVE

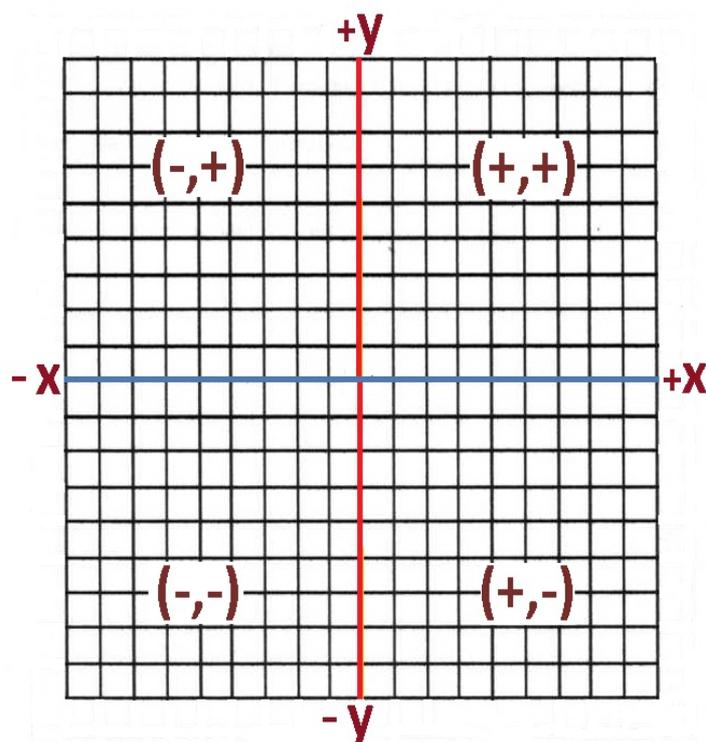
Crítica, Práctica, Teoría Crítica, Complemento, Suplementario

ABSTRACT

This paper tracks the trailblazer of criticism for modern and contemporary philosophy obtaining, as a result, that mathematical extrapolation was insufficient right from its beginning. Intellectual balance has accentuated the “negative magnitude” in a way it no longer fit into a math comparison. Briefly, some pragmatic consequences are related to the predominant systems of thought that have acted as a milieu for actual citizens. A supplementary proceeding that widens the angularity of viewpoints is explained and demonstratively exerted for academic situations among the systems of thought involved taking into account the original premises of Bioethics stood on the shoulders of giants.

KEYWORDS

Critics, Critical Theory, Protics, Complement, Supplement.



Gráfica 1. Magnitudes positivas y negativas en el plano cartesiano

INTRODUCCIÓN

Las expresiones coloquiales “*punto de vista*”, “*ángulo de donde se vea*”, “*depende de la óptica*”, o las palabras: enfoque, posición o postura, suponen la relación subjetiva o interpretativa de un observador situado espacio temporal sobre una realidad objetiva o imaginativa presenciada. El análisis cualitativo, con especial énfasis desde un platónico Kant, entronizó a la acción crítica (*Crítica de la razón pura*, *Crítica de la razón práctica*, *Crítica del juicio* [1781-1790]) como un *deber ser* del pensar bajo una pretensión objetiva, importante o trascendental, y evidenció una tendencia impositiva-normativista (Vg. razón pura / analítica trascendental / imperativos) que pueden caracterizar a ciertas escuelas filosóficas, inclusive en la ética, que el mismo Kant definiera, sin embargo, como la ciencia de las leyes de la libertad¹.

El hecho comparativo, analógico o verificativo de soporte matemático ha sido una constante en pensadores de notable calado como Pitágoras, Descartes, Spinoza, Newton, Leibniz, Pascal, Russell o Wittgenstein. Las matemáticas son el lenguaje objetivo de la realidad, podría decirse. En el método científico su acción se traduce en un instrumento para la comprobación o refutación de una hipótesis. Kant no era formalmente matemático, aunque hubiese sido expuesto en sus estudios a la física de Newton. Pero su punto de inflexión filosófico, pese a que probablemente pretendió un equilibrio cognitivo, tendría un sustento matemático e ideas sobre *la negatividad* incluidas en el plano cartesiano cuyas insuficiencias parecen haber sido pasadas por alto en su aplicación interdisciplinar hoy.

¿UNA BÚSQUEDA DE EQUILIBRIO QUE VA EN DESEQUILIBRIO?

La filosofía alemana acentuaría, e incluso en algunos casos, buscaría sistematizar la *actitud filosófica* de encuentro de la negatividad (aparato crítico) en casos como el de Hegel (*tesis-antítesis*), Friedrich Nietzsche (*nihilismo*), Karl Marx (*materialismo histórico y científico*) y Max Horkheimer (*teoría crítica*). Dicha actitud “*negativa*”, que impregnó a buena parte de la filosofía alemana, puede explicarse, hasta cierto punto, en el periodo pre-kantiano del autor que formulase el imperativo

¹ Cfr. Kant, I. (1994). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa-Calpe.

categorico, entonces, pionero moderno de ese enfoque. Kant mostraría con ese matiz lo que ahora podemos entender, tal vez, como una husserliana “*intencionalidad*”, cuando ya en 1763, el filósofo de Königsberg, previamente, escribía su relativamente desapercibida obra:

Ensayo para introducir el concepto de magnitudes negativas en la filosofía [Versuch, den Begriff der negativen Größen in der Weltweisheit einzuführen].

En ese escrito, de fondo crítico contra el *racionalismo* de Leibniz al acudir a la descripción, en realidad, heracliteana de los opuestos (Cfr. Gadamer y Fink, 2017) –pero que se repelen (si nos fijamos en el uso de la palabra “*repugnancia*” para denotar la *tensión / contradicción*), hizo que Kant desde su interpretación sostuviese que «la “*oposición real*” (*Realrepugnanz*), era un aspecto esencial de la realidad fenoménica. Así, (para Kant) la incapacidad del racionalismo de Leibniz-Wolff para captar adecuadamente la idea de oposición *no-lógica* era una *deficiencia fatal*. En comparación, su *idealismo trascendental*, no sufría dicha deficiencia, porque permitía abordar, tanto la *oposición lógica*, como la *oposición real*. No obstante, esta versatilidad tenía un costo. La lógica (en el sentido tradicional), carece del poder conceptual necesario para controlar la realidad en la cual la oposición real, juega un papel esencial» (Mormann, 2012).

Más allá de que este nimio enfrentamiento quisiera emplear argumentativamente características de la matemática contra una estirpe de pensadores matemáticos como G. Leibniz y C. Wolff, este legado construía la *metodología de contradicción* desde lo que faltaba (*completación*) valiéndose de la ejemplificación comparativa entre los números *naturales* \mathbb{N} [0, 1, 2, 3...] y enteros \mathbb{Z} [-3, -2, -1, 0, 1, 2, 3] a fin de manifestar que la *magnitud negativa* importaba, pero que según eso pasaba desapercibida por la lógica y el naturalismo, según su observación (Ídem).

Es curioso que la negatividad pre-crítica anteceda el elemento nuclear de la crítica y sea un ejercicio de detección de lo que *no funciona o falla* (en pretensión objetiva), aunque también de lo que *no gusta* (subjetivamente hablando), para un aparato crítico. La crítica, como método teórico de “*inducción de la crisis*” o momento decisivo al provocar un estado crítico, en consonancia, traduce desde sus polisemias etimológicas lo que corta, decisión, separación, juzgamiento o, exactamente, momento decisivo².

Ahora bien, notemos -en defensa de Kant³- que, si bien quizás el deontólogo prusiano buscaba un equilibrio para el entendimiento, con el transcurrir del tiempo, y el denodado hincapié ejercido por los posteriores pensadores afines a la crítica aquí citados, y sus respectivas genealogías descendentes o conexas, el descubrimiento de lo negativo como crítica, tal vez se ha hecho excesivo, hasta el punto de casi olvidar el exaltamiento de los elementos positivos en la sistematicidad metodológica.

Como consecuencia de lo que podría ser dicho exceso en la carga negativa, hemos sabido llegar a un nihilismo predeterminado sobre los conocimientos previos, y con ello, mutar a expresiones sociales un tanto radicales como la llamada *cultura de la cancelación* (*cancel culture*).

En Holanda y Bélgica esa “*cancelación*” que no acepta la historia de Occidente (con sus pilares greco-latinos y judeo-cristianos, en conjugaciones locales para sus diversos pueblos del pasado), atacándola física y simbólicamente (tumbando estatuas, persiguiendo el pasado por medio de leyes, mermando la escucha a la alteridad, etc.), está siendo leída por algunos académicos como un “*reflejo negativo inesperado del movimiento Woke*”⁴.

Pero también puede verse el inesperado fenómeno como un resultado del postmodernismo contextual iniciado en la segunda mitad del siglo XX, que efectivamente, devino de la *Escuela de Frankfurt* de Horkheimer, con el propósito intencional de una dominación discursiva sobre Occidente al llevar el marxismo, entrado en crisis ahí, a modos previamente inimaginables en distintos psicoescenarios dialecticos (Agger, 1998) como las que trabajó ese autor alemán con Adorno [Dialéctica de

² Del griego antiguo κριτικός (*kritikós*) (“capaz de discernir”), derivado de κριτής (*kritēs*, “juez”), del verbo κρίνω, κρίνειν (*krinō, krinein*, “juzgar”) y κρίνειν de *krinein* tomado como separar, decidir.

³ Al observar la cronología de la vida de Kant es curioso notar que para el profesor de metafísica la escritura de este ensayo y su lectura de David Hume en 1770, parecen componer un prolegómeno de cambio actitudinal y detonan un periodo de silencio en su escritura que dura 11 años y se rompe el 1781 con el inicio de las 3 Críticas empezando con la *Crítica de la Razón Pura*.

⁴ URL (14-12-2022): <https://www.delta.tudelft.nl/article/cancel-culture-negative-reflection-woke>

Iluminación (1944 / 1972) y Dialécticas negativas (1973)], o aquellas trabajadas por ramificaciones cercanas al enfoque como Erich Fromm, Marcuse con *El Hombre Unidimensional* o *Eros y la Civilización*, Habermas [en *The Structural Transformation of the Public Sphere* (1962) o La Teoría de la Acción Comunicativa (1981)], *El existencialismo es un humanismo* de Sartre (1945 / 2006) en conjunto con el cariz feminista fundacional de Simone de Beauvoir en *El Segundo Sexo* (1949), Paulo Freire para la pedagogía (1968), o Peter Singer y su Liberación Animal (1975), entre varios autores clave de convicciones marxistas quienes hicieron de la dialéctica y la figura de retomar la figura de la opresión y los oprimidos: un acatamiento de Horkheimer y Adorno para diversos campos sociales (Agger, 1992; Anderson, 2000; Docker, 1994; Kincheloe y MacLaren, 2011).

La teoría crítica incluyó además a intelectuales tan renombrados como Walter Benjamin, Alex Honneth, Georg Lukács, Michel Foucault, Roland Barthes, Jacques Derrida (padre del vocablo “*deconstrucción*”), Jacques Lacan, Jean-François Lyotard, Gilles Deleuze y Félix Guattari (Garlitz y Zompettui, 2021), tanto como a Karl Popper y su teoría de la falsación la cual entraña un aparato crítico en sí mismo, no obstante Popper hubiese protagonizado una controversia con Adorno, como sendos representantes del positivismo y la teoría crítica (Barreto, 2001).

La trascendencia social fue tan sentida que en el caso de Derrida y Vattimo (1989 y 2006), acérrimos defensores y autores de la deconstrucción y el llamado *Pensamiento Débil*, dieron pie a que el multiculturalismo y la secularización se convirtieran en subyacentes éticas de imposición heterónoma (Minaya, 2021; Sucasas, 2021), no susceptibles a oposición, so pena de, literalmente, en adición a recibir el reproche social, el incumplimiento de dicho modelo expone ya a la sanción jurídica en varios países de Occidente. *¿Dónde no hay lugar a elección, hay acto ético?*

¿CIRCUNSTANCIAS O RESULTADOS NEGATIVOS?

Sobre el particular conviene citar un par de observaciones de Ortega y Gasset de las que cualquiera puede ser sujeto de cumplimiento. La primera versa sobre las influencias cercanas, rotas, históricas, físicas, espirituales y sociales expuestas en su famoso dictamen aparecido en las *Meditaciones del Quijote*: «*Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo*».

La segunda idea, aunque al elogiar la crisis, refiere los riesgos intrínsecos de la negatividad que podría estar saturando otra vez el medio del ser humano actual: «*La convicción negativa, el no sentirse en lo cierto sobre nada importante, impide al hombre decidir lo que va a hacer con precisión, energía, confianza y entusiasmo sincero: no puede encajar su vida en nada, hincarla en un claro destino. Todo lo que haga, sienta, piense y diga será decidido y ejecutado **sin convicción positiva**, es decir, será la vida **mínima**, una vida **vacía de sí misma**, inconsistente, inestable. Como en el fondo no está convencido de nada positivo, por tanto, no está verdaderamente decidido a nada, con suma facilidad pasará el hombre y pasarán las masas de hombres de lo blanco a lo negro*» (Ortega y Gasset, 1964).

En concordancia, no debe así asombrar que la cultura global de la actualidad incurra fácil en polarizaciones, abogue por éticas mínimas, o por masificación de costumbres a nivel supranacional, a la vez que la figura de la *decisión* personal autónoma se haya visto, *paradójicamente*, conculcada en tiempos hipercríticos como los pandémicos a pesar de la bioética, a pesar de una cultura en pro de los derechos.

Tampoco ha de sorprendernos que un testigo intelectual de esta metamorfosis cultural del siglo XX, Walter Lippman (2003), concluyera que el eco creado circunstancialmente por la Opinión pública y el encasillamiento en estereotipos construye, en realidad, un *pseudo-entorno* (*falso entorno*), es decir, o una sociedad homogenizada, contradictoria, y con poco aprecio o respeto por la diferencia en perjuicio del enriquecimiento intelectual, resumida en su frase célebre: “*Donde todos piensan igual nadie piensa mucho*”.

EL PROBLEMA RADICULAR DE LA IDEALIZACIÓN MATEMÁTICA INCOMPLETA

Los heurísticos términos usados fundacionalmente por Kant de *completación*, *complemento* o *complementario*, provienen etimológicamente de las raíces de origen indoeuropeo que significan: *con*

(unir), *pletus/plere* (llenar), *mento* (medio o modo) y el sufijo *-ario* (relativo a). La última palabra (complementario) significa aquello que hace íntegro (completo).

No obstante, en matemáticas, los ángulos **complementarios** dentro del *plano cartesiano* (que sitúa las magnitudes positivas y negativas) no suponen la integridad total sino una integridad de un componente parcial, porque alude a los ángulos medibles por radianes sólo observados dentro de un cuadrante de 90 grados.

La participación de la “**magnitud negativa**” como se ve en los planos cartesianos clásicos graficados en este escrito, contienen apenas una mitad para un análisis de 180 grados (al contemplar las direcciones opuestas de analogía con el planteamiento disyuntivo de Heráclito), o $\frac{3}{4}$ partes de considerar los 360 grados. Con objetivos prácticos, la anhelada integridad, o análisis integrativo al que apela Kant debió haber tenido en cuenta no sólo la negatividad (inductora del estado crítico) sino también aquello positivo.

Stricto sensu, para abarcar la totalidad de radianes posicionales en las dos dimensiones (2D) del plano cartesiano los 4 cuadrantes tendrían que ser tenidos en cuenta para alcanzar la integridad “*Totiplamentaria*”, que de ampliarse a las 3 dimensiones (3D, considerando un eje Z), implicaría una obligación *Omniplamentaria*.

Desde que la preocupación filosófica nuclear, como conocimiento que ama la sabiduría es el buscar y diferenciar lo verdadero de lo falso, o cuanto representa un conocimiento confiable sobre la realidad, conceptualización que une armónicamente a Heráclito con Parménides en el propósito de una sana actividad intelectual, es posible considerar que el análisis de lo positivo no ha sido estandarizado hasta ahora y hoy más que nunca es necesario en términos metodológicos, individuales, sociales, de convivencia pacífica, justa, etc.

Para honrar al menos el aludido planteamiento dicotómico de Heráclito y de los filósofos alemanes, o mundiales indicados, caracterizados por su naturaleza crítica, las dos direcciones opuestas (positivo – negativo, afirmación – refutación, verdad – falsedad, vida - muerte) son innegables en el análisis filosófico, así exista una gama de radianes intermedias que abre el arco de los 180 grados que obliga a abrirnos al análisis suplementario con equilibrio de observación metodológica entre los campos negativos y positivos. Pero la valoración positiva requiere un nombre para el cual aquí proponemos la palabra *Prótica*.

Dicho de otra forma, al tomar en cuenta la unidad del antinómico motor inmóvil del mundo enunciada por Parménides integrada a la polaridad de sentidos en ella notada por Heráclito, podríamos recobrar el equilibrio tras habernos centrado en exceso en la negatividad, y así hemos despreciado el campo de la positividad, aquí descrita en su análisis con el neologismo *Prótica*.

La extrapolada angularidad para fines cognitivos más que complementaria (suman de 90 grados), aún si nos basamos en el ejemplo de los números enteros, por tanto, debe ser *suplementaria* (sumar 180 grados) para incluir, en equilibrio, la magnitud positiva y la negativa. La enseñanza pedagógica ha insistido en la necesidad de instruir que no por casualidad la suma de los ángulos del triángulo es 180 grados (Díaz Godino, 2010).

Coherentemente, el triángulo equilátero expuesto por Platón en el *Timeo*, o *diálogo sobre la Naturaleza* (53b7-56e7), como forma geométrica simboliza la armonía, la vida en el origen de sus componentes y la proporción que incluye lo divino y lo humano. El equilibrio como justa proporción de pesos y contrapesos es representación de la justicia (balanza que implica triángulo). El hombre equilibrado es un triángulo equilátero

Es curioso ver que recientes esfuerzos de aprendizaje por medio del juego (*Gamificación o Ludificación pedagógica*), y de inclusión social, han mostrado desarrollos para la planificación de la enseñanza basados en las nociones de *complemento* y el menos popular *suplemento angular* (Díndyal, 2007; Santos y Santos, 2022).

RASGOS DE UNA ACTUALIDAD HIPERCRÍTICA

Se han abordado en este recuento realidades contemporáneas generadoras de lo que bien podría denominarse “*Infotoxicación*” (estados de información que dificultan o desorientan las correctas funciones individuales o de grupo a partir de recepciones comunicativas excesivas). La iniciación de un estado intoxicante para la toxicología moderna depende de la dosis, no de la sustancia. Alimentos inofensivos pueden convertirse en letales o mortales de superar un umbral de equilibrio, que, al pasar al desequilibrio en el medio circundante de poblaciones celulares y tejidos, detonan fallas en la función orgánica (Kroes et al., 2000). Algo proporcional sucedería para los medios culturales que pueden acrecentar el malestar de la cultura presente o los grados de inviabilidad social en términos de supervivencia. No hay justo medio, equilibrio, recta razón en los excesos o defectos carentes de ponderación.

La innovación y la tecnología para la Bioética, desde sus inicios (Potter, 1962), coherentemente, exigen que estas sean pensadas, valoradas y sopesadas en su conveniencia ética para la vida, la salud, el conocimiento, y la praxis médica, científica y pedagógica.

La Bioética confirmada como la *Ciencia de la Supervivencia*, al considerar su sintética definición por parte de uno de sus padres, Van Rensselaer Potter (1970), puede conducir el análisis de los discursos, contradiscursos, y piezas de información popular o académica con injerencia sobre las ciencias de la vida y la salud.

AMBIENTE CULTURAL NEGATIVO Y NEGATIVA SALUD MENTAL

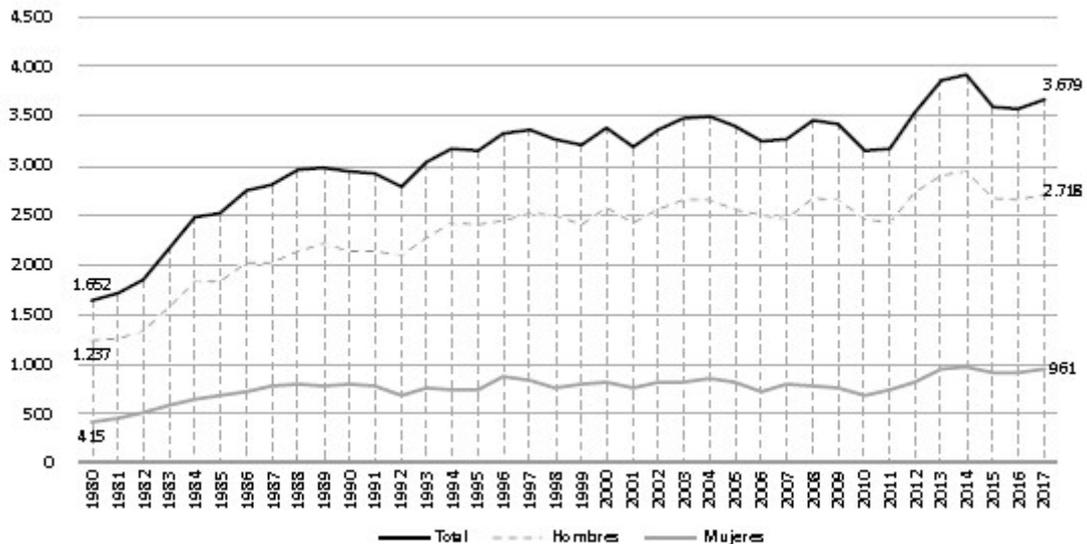
Polarizaciones, ideologías, opiniones prontas a la animosidad, activismos, rumores, sesgos, y otra clase de subjetivismos intelectuales, que repugnan los objetivismos (y viceversa) han sumido a la comunidad mundial en contagiosos y conflictivos estados negativos que se replican y amplifican por medios tecnológicos (RR. SS). No todo contenido tecnológico atrae consecuencias convenientes por innovador que sea. En paralelo, la salud mental se ha visto deteriorada globalmente según estudios epidemiológicos durante las últimas décadas lo cual puede no ser casual.

Podría no ser una casualidad por multifactorial que sea el fenómeno, que, después de una baja inicial de la tasa de suicidios al comienzo de la pandemia (Pirkis et al., 2021), las cifras de este indicador objetivo de la salud pública mental hayan escalado hasta en 49% en niños y jóvenes para una nación desarrollada como Japón (Tanaka y Okamoto, 2021).

Lo anterior fue antecedido de una pandemia previa de base que precedió al Covid y fue asociada con la depresión psiquiátrica: la obesidad y la ansiedad (Ceballos-Macias, 2018). La depresión que ha tenido estadísticas nacionales incrementadas, se ha notado -globalmente- que desata impactos negativos en pacientes de otras enfermedades crónicas como la tuberculosis (Sweetland et al. 2014) o el cáncer, al punto tal que es un *determinante de muerte prematura* para la Salud Pública con un costo fiscal contabilizado en miles de millones de euros (Vieta et al., 2021). El estimado de personas con depresión en el mundo oscila en torno a *350 millones de personas* con tendencia creciente (Tucci y Moukaddam, 2017). Para comparar, después de 2 años de una pandemia infecciosa altamente transmisible como el SARS-CoV-2, el número de casos ascendía a *652.749.502* para diciembre de 2022⁵.

Respectivamente, acorde con la OMS, para el 2017, los suicidios se incrementaron un 11,30 % respecto del 2016, tasa que aumentó progresivamente para el 2018 (Rojas y Vargas, 2021).

⁵ URL (17-12-2022): <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>



Gráfica 2. Incremento de suicidios en España [Fuente: Blanco (2020)]

La tendencia en Occidente es similar. La tendencia del suicidio en España desde 1980 ha mostrado un elevado aumento (Gráfica 2) y las tasas de depresión han sufrido un aumento paralelo (Blanco, 2020; Vieta et al, 2021). Entretanto, la autoridad estadística (DANE) de un país en vía de desarrollo como Colombia indicó en 2022 que en los últimos 10 años se ha presentado un aumento de 44% en el número de suicidios y solo entre 2020 y 2021 se reportó un incremento de 7,8%⁶. Para la Asociación Colombiana de Psiquiatría el 50% de los casos se relacionaba con un cuadro basal de depresión, así como un 50% de los suicidas concurren con ingestión de alcohol y/o sustancias psicoactivas.

Por su parte, en la noosfera (esfera de raciocinio para Vladimir Verdnaski o Theillard de Chardin), la idea de la “*posverdad*” concurre con el abuso persuasivo o impositivo de las posiciones personalistas o las exaltadas visiones de determinados “*grupos de interés*” del postmodernismo que buscan imponer a la sociedad su visión de mundo ante los otros, descalificando inclusive el criterio de Verdad fáctica comprobable como constructora del conocimiento (ciencia o episteme).

El apogeo del caos (entropía) en diversos niveles de la realidad, no parece ser, por tanto, un evento aleatorio sino fruto de una mezcla de descuido, moda (costumbres masificadas), ingenuidad y en algunos casos anti-valores pre-meditados organizadores de sistemas. La entropía en estado creciente para el lenguaje matemático está dada por la *Ecuación de Desigualdad de Cassius*, que nos informa el signo del sistema, donde *si la integral es negativa el proceso tiende a la irreversibilidad*⁷. Sería la entropía social un fenómeno propulsado en ciertas épocas históricas, incluso, por ideas negativas (sombras junguianas), desesperanzadas y apocalípticas para el *Inconsciente Colectivo*, o *imaginario popular local*, que en una estructura de arquetipos compra todo aquello que es oscuro, desprovisto de sentidos positivos, sin percatarse que aúpa lo que detesta y le es inconveniente.

La gente, por ejemplo, no quiere desempleo, pero lo genera actualmente de forma pre-determinada: no sólo boicotea actividades, sectores o industrias con propaganda negra o los consabidos discursos “*anti*”. En adición, hace e implanta desarrollos tecnológicos que se sabe, suprimen plazas laborales de forma masiva, sin *querer notar* que las estadísticas de desempleo, inestabilidad y precariedad laboral ascienden y juegan en su contra poblacional-biológica al final. La tecnología debiera ser más pensada urgentemente por el animal racional, aunque no sea esta la usanza.

Cuando la empatía falla, la auto-protección comunitaria disminuye. Y así también, la reciprocidad. Por eso, es importante observar que los sucesos, eventos, fenómenos, acciones y sustratos de interpretación intelectual pueden ser *amables, gratos*, decididamente *positivos*. Criticar a partir de la

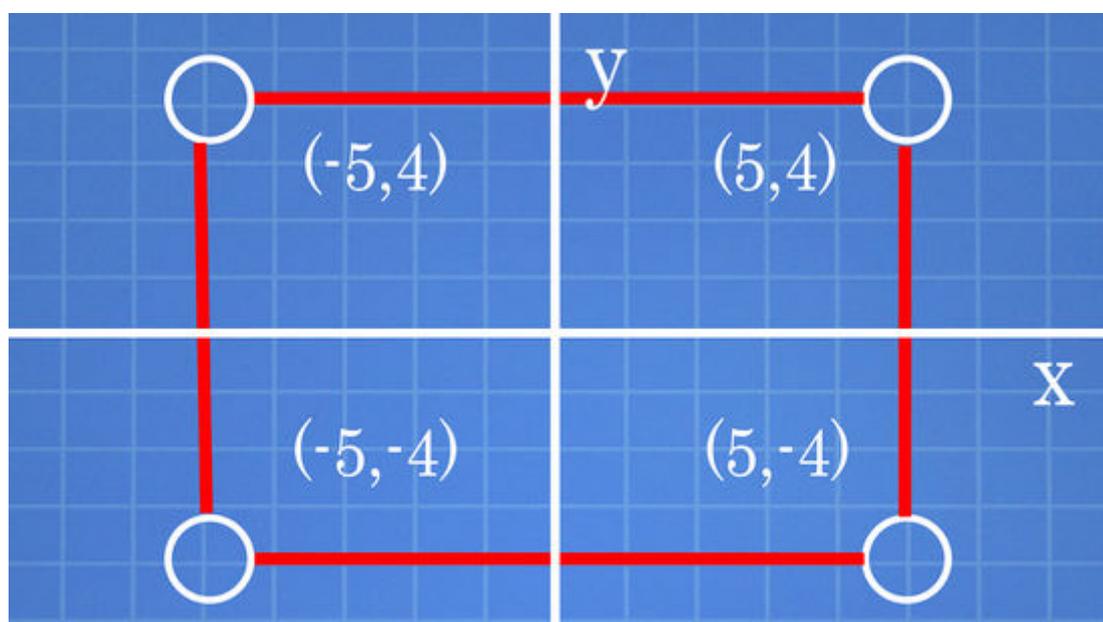
⁶ URL (17-12-2022): <https://www.larepublica.co/economia/en-los-ultimos-10-anos-el-numero-de-casos-de-suicidios-ha-aumentado-44-en-el-pais-3448483>

⁷ URL (17-12-2022): [http://laplace.us.es/wiki/index.php/Entrop%C3%ADa_\(GIE\)](http://laplace.us.es/wiki/index.php/Entrop%C3%ADa_(GIE))

positividad (crítica constructiva) parece ser bien diferente desde intencionalidades y resultados que criticar a partir de la negatividad (crítica destructiva).

A esto apunta la Prótica, un neologismo que comprende *el análisis de lo positivo al momento de hacer valoraciones intelectuales y a la vez propugna por modificaciones que tiendan a la estabilidad*. Reconocer los méritos y las bondades pasadas por alto, o dadas por sentado, con prioridad sobre las falencias, falsedades, omisiones, o problemas coyunturales que pueden ser enmendados.

En el éxtasis actual de las medidas entrópicas (o acaso de inducción desorganizativa), se llega al extremo de implantar campañas para no planchar la ropa⁸, impedir el control al crimen y a los criminales^{9, 10}, y hacer apología cultural al delito (cultura mafiosa, narconovelas, protagonismos criminales en cines y literatura, etc.). Todo lo que puede ser tomado como una incitación al desorden es el resultado de un proceso que pudo haber empezado con una precisa, pero no exacta noción en el “*sapere aude*” kantiano, el cual privilegió hasta un exceso la crítica hacia los esfuerzos y logros positivos de los otros, del pasado -omitiendo lo bueno recibido-, y que quedó relegado al comunicar la visión especialmente negativa de la realidad. *¿Cómo superar este estado? ¿Es posible?*



Gráfica 3. Ejemplo de coordenadas según los signos en los cuadrantes

¿SÍNTOMAS SUBCLÍNICOS DE LA CRÍTICA?

De la mano de las veloces y expansivas comunicaciones virtuales en la actual sociedad de cabizbajos o “cabecigachos” (postura que no sólo caracteriza a los usuarios de “Smartphones” o “tablets” sino también a las personas tristes, deprimidas o meditabundas), el ver principalmente los rasgos negativos del medio externo e interno puede *demolernos y colapsarnos*. Bulling (matoneo), auto-imágenes o auto-percepciones negativas, escraches, burlas e irrespetos son conductas normalizadas en la actualidad. Sus efectos no han favorables.

El ambiente misántropo actual (*definir al hombre como plaga, contrariar las leyes naturales, fomentar su muerte con argumentaciones éticas, etc.*) puede devenir de tan negativas maneras de percibir la vida, epistemológicamente hablando.

⁸ URL: <https://www.rcnradio.com/recomendado-del-editor/usar-la-ropa-sin-planchar-nueva-tendencia-contrata-el-calentamiento-global>

⁹ URL: <https://elderecho.com/la-an-consolida-doctrina-atenuar-penas-enaltecer-organizaciones-terroristas-inactivas> ;

¹⁰ URL: <http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/10589-la-atenuacion-por-del-que-arrepentimiento-activo-del-miembro-o-colaborador-de-la-organizacion-criminal/>

Acercándose a la resolución del dialogo de la naturaleza, Platón, en boca de su maestro pitagórico Timeo, explícitamente asevera: “*Porque todo lo que es contra natura es doloroso, y lo natural es agradable*”.

La negatividad puede ser total en los juicios (tercer cuadrante) coincidiendo así con la llamada ***Crítica Destructiva***, o semi-presente como se ve en los cuadrantes dos y cuatro cuyas coordenadas comparten valoraciones positivas y negativas en analogía a la categoría de ***Crítica Constructiva***.

Lo anterior se cumple tanto a nivel individual como plural. En gran medida implica un clima de descontento atribulado, poco fácil de superar. Para solucionarlo, el método debe ser proporcional y en sentido opuesto, como bien reza la 3ª Ley de Newton o de Acción-Reacción:

Si un cuerpo actúa sobre otro con una fuerza (acción) -en este caso, negativa por parte del espíritu crítico-, éste reacciona contra aquél con otra fuerza de igual valor y dirección, pero de sentido contrario (reacción) -aquella de la prótica, en dirección positiva-.

En adición, la palabra ***crítica*** viene, en resumen, del mismo hilo etimológico de ***crisis, crimen, criterio, criba (filtrar), acribillar, excremento¹¹, discernir*** (derivan del proto-indoeuropeo **kn* - que quiere decir “separar, dividir o cortar”)¹². Es decir, acciones que des-integran el objeto o sujeto sobre el cual recae la acción.

La ***enfermedad*** en la medicina griega clásica correspondía a la ***Krisis orgánica*** o ***estado decisivo*** donde la salud y la vida se recupera o se pierde, como se encuentra reseñado en el ***Corpus Hipocrático (Aforismos)***. Con el sufijo ***-Isis***, en crisis, manifiesta la palabra un estado de acción continuada (P.ej., ***Parálisis, éxtasis, dosis***).

El griego base ***Krinein*** significaba “***juzgar***”, es decir, la emisión de una sentencia. Al seguir la lexicografía griega, traducía lo que los griegos querían decir al referirse a las acciones de separar, discernir, criticar (en sentido amplio) o someter al pleonismo, entonces, del “***juicio crítico***”, ya sea una doctrina, ya sea un obrar, una actuación o un artefacto analizado.

De aquí que el sentido de “***juicio***” en filosofía se restringía a lo que viene a ser como la materia de la facultad crítica. Pero es necesario caer en cuenta que, popularmente, puede haber “***buen juicio***” o que se puede “***perder el juicio***”, expresiones de que el juicio puede no estar en armonía con la correcta interpretación de la realidad.

En complemento, el término ***crítica*** que significa ***análisis o estudio de algo para emitir un Juicio***, y de allí también ***criterio***, que es el razonamiento adecuado, no nos revela la capacidad crítica como buena por sí misma, aunque haya habido múltiples destinaciones críticas para un erudito como Kant o para un ideólogo como Marx que se basaba en Heráclito, conocido como El Oscuro.

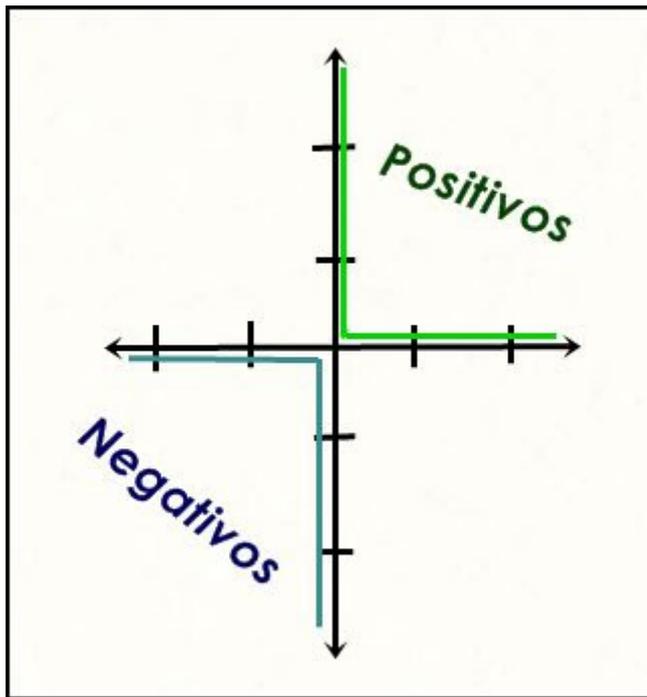
Así las cosas, la meta bajo la racionalidad heredada desde Aristóteles era llegar al ***Juicio recto***, es decir, justo, o sin sesgos o inclinaciones, que permitieran una adecuada relación entre la realidad y el intelecto. Ese juicio adecuado debe basarse en la realidad fáctica (objetiva), para que la opinión no incurra en el error de la doxa (subjetiva).

De aquí los sustantivos originales derivados en “***Criterio***”, de “***Crítica***”, de “***Criteriología***”, etc. Lo recalable hoy día dentro del sistema de inspiración tomista, es que puede acudir a la doctrina del juicio claro para establecer una “***Crítica general del conocimiento***” (Burgoa, 2010):

Una crítica que se convierta en ***juicio recto*** no sólo al denostar de lo que se analiza, sino que más bien integre los elementos positivos para una nueva doctrina sobre el juicio relativa a la percepción del mundo, más contextual, general e indeterminada, que en el pensamiento tienda al equilibrio y no apele exclusivamente al nihilismo destructivo imperante.

¹¹ URL: <http://etimologias.dechile.net/?excremento>

¹² URL: <https://etimologia.wordpress.com/2007/09/04/critica/>



Gráfica 4. Cuadrantes de doble coordenada en positivos y negativos.

PRÓTICA

En este sentido, el neologismo **Prótica** significa una solución como método de abordaje analítico. Para la teoría de juegos es alcanzar el estado equitativo de **todos ganan** de acuerdo con sus intereses y acciones. En el plano cartesiano, es centrarse en el cuadrante primero, como contrapeso a lo que se ha tornado el exceso negativo, donde las valoraciones buscan los componentes fácticos positivos de la realidad estudiada.

El prefijo “**Pro-**” (‘por o en vez de’, ‘a favor de’, ‘hacia delante’) es también la antítesis del prefijo “**Anti-**”¹³, cuestión muy importante de cara al Tsunami de movimientos que con ese prefijo e intención nos está convirtiendo en instrumentos ciegos de nuestra propia destrucción.

La contención propia desde los ricos significados del prefijo **Pro-**, incluyen las funciones de:

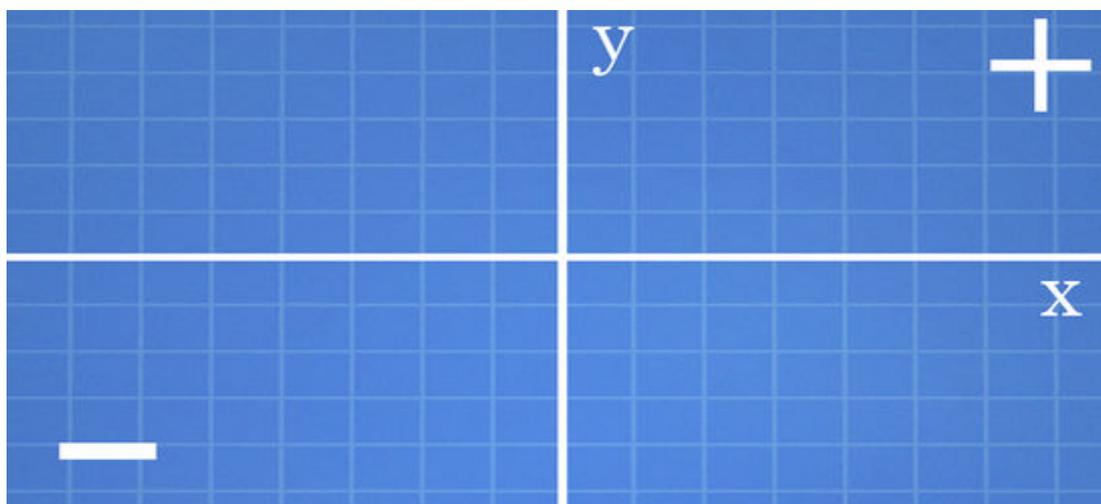
1. **Sustitución:** en lugar de algo. Por ejemplo: *pronombre, prótesis*.
2. **Posición:** delante de algo. Por ejemplo: *programa, prólogo, pronóstico, provenir, progenitor*.
3. **Movimiento:** impulso hacia adelante. Por ejemplo: *producir, progenie, progresar, promover, propulsar, proseguir*.
4. **Publicación:** hacer público algo. Por ejemplo: *proclamar, proferir, prodigar, proliferar, promulgar*.
5. **Oposición:** impedimento de algo. Por ejemplo: *prohibir, proscribir*.
6. **Aprobación:** a favor de algo. Por ejemplo: *procomunal, prohumanidad, pronaturaleza, proindependentista*¹⁴.

Como se ve, la combinación con la base en *sufijo* de origen griego **-tico** que denota la adjetivación de un sustantivo (P. ej. *Analítico, problemático, climático, cismático, etc.*) permite la construcción de un vocablo que impliquen las acciones positivas descritas. Forma adjetivos que indican "relación con" la raíz o base, casi siempre un sustantivo de origen griego terminado en -s, o terminado en -a.

¹³ URL: <http://udep.edu.pe/castellanoactual/el-prefijo-pro/>

¹⁴ URL: <https://www.ejemplos.co/palabras-con-el-prefijo-pro/#ixzz5x4XSN8GZ>

Sobre su uso, dicho *sufijo* siempre hace que la sílaba que lo precede sea tónica, creando palabras esdrújulas, y por eso su grafía toma la forma de *-tico*. Otro ejemplo adicional sería *analítico*, derivado de *análisis*.



Gráfica 5. Predominancia antitética de los signos negativo y positivo.

SENTIDO PRÓTICO

La prótica trasciende la evaluación negativa de la realidad si bien no la omite, ni ignora.

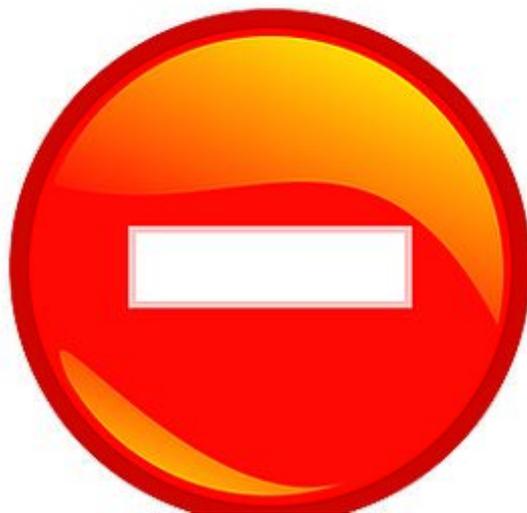
Valora positivamente las ventajas junto con sus acciones positivas de los enfoques trabajados. Su foco es lo bueno que logran las cosas y enaltece sus logros. Significa un reconocimiento analítico de bondades, y de la razón etimológica de la *virtud*, es decir, la *fuerza natural positiva* intrínseca a cada cosa en oposición a las conductas originadas en la visión *viciosa* que entraña la *fuerza natural negativa* de cada potencialidad, cosa o evento.

Para un aspecto racional, la empatía, la interdependencia, el gregarismo y la reciprocidad dirigida a acciones favorables para todos, confluyen en la acción analítica de la denominada *Prótica*.

La población humana, por ejemplo, ya no podría ser interpretada como plaga por sus acciones negativas. Por ejemplo, su favorable potencial biorregenerador es ese campo desapercibido del Cuadrante 1, empieza a ser reivindicado y a partir de este trabajado y planificado intelectualmente a manera de solución a los problemas presentes.

Que no cultivemos nuestros alimentos, que no zurzamos nuestra ropa, que en cambio nos podamos ayudar sobre bases diarias gracias a las acciones de los otros, que las acciones constructivas de conjunto (gregarias) sean la herramienta más positiva de la especie, abre otro campo de interpretación gregario, inspirador, innovador, favorable al encarar la avalancha de problemas anti-civilizatorios contra Occidente de la actualidad.

El giro hacia lo bueno, hacia las posibilidades de lo bueno que está en nuestro ser y hacer, es un sistema por racionalizar a partir de la valoración positiva de lo *externo e interno*. He ahí el significado de la Prótica, percatarse del lado brillante de las cosas, descubrir que aún en lo aparentemente malo pueden rescatarse aspectos favorables. Una revolución para mejores frutos, sentires, afectos y efectos.



Ricardo Andrés Roa-Castellanos

Profesor-Investigador

Máster en Bioética de la Universidad de Comillas

Ph.D en Ciencias Biomédicas de la Universidad Complutense

REFERENCIAS

1. Agger, B. (1992). *The discourse of domination: From the Frankfurt School to postmodernism*. Northwestern University Press.
2. Anderson, J. H. (2000). The "Third Generation" of the Frankfurt School. *Intellectual History Newsletter*, 22, 49-61.

3. Barreto, T. (2001). 106-Positivism versus teoría crítica em torno do debate entre Karl Popper e Theodor Adorno acerca do método das ciências sociais. *Textos para Discussão-TPD*.
4. Burgoa, Lorenzo Vicente. (2010). La Filosofía del juicio según Tomás de Aquino. Cuadernos de Anuario Filosófico. Pamplona: España.
5. Díaz Godino, J., Gonzato, M., & Fernández Blanco, M. T. (2010). ¿Cuánto suman los ángulos interiores de un triángulo?: conocimientos puestos en juego en la realización de una tarea matemática. In *Investigación en educación matemática: actas del XIV Simposio de la Sociedad Española de Investigación en Educación Matemática*. Lleida, 2010; p. 341-352.
6. Dindyal, J. (2007). The need for an inclusive framework for students' thinking in school geometry. *The Mathematics Enthusiast*, 4(1), 73-83.
7. Docker, J. (1994). *Postmodernism and popular culture: A cultural history*. Cambridge University Press.
8. Heidegger, M & Fink, E. (2017). Heráclito. Traducción de Raúl Torres Martínez. Ciudad de México: FCE.
9. Garlitz, D., & Zompetti, J. (2021). Critical theory as Post-Marxism: The Frankfurt School and beyond. *Educational Philosophy and Theory*, 1-9.
10. Gil-Blanco, E., & Baquero, J. (2015). Metodología de la Investigación Jurídica. Universidad de Los Hemisferios. Quito: Ecuador
11. Kincheloe, J. L., & McLaren, P. (2011). Rethinking critical theory and qualitative research. In *Key works in critical pedagogy* (pp. 285-326). Brill.
12. Kroes, R., Galli, C., Munro, I., Schilter, B., Tran, L. A., Walker, R., & Würtzen, G. (2000). Threshold of toxicological concern for chemical substances present in the diet: a practical tool for assessing the need for toxicity testing. *Food and chemical toxicology*, 38(2-3), 255-312.
13. Lippmann, W. (2003. Versión Original, 1922): *La opinión pública*. Madrid: Langre.
14. Minaya, E. (2021). Las consecuencias éticas del pensamiento débil. *Agora: papeles de Filosofía*, 40(2), 207-230.
15. Ortega y Gasset, J. (1964). "En torno a Galileo" (1933). En: Obras completas. Madrid: *Revista de Occidente*. Vol. V: 11 y 69.
16. Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., & Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588.
17. Potter, V. R. (1962). Bridge to the future: the concept of human progress. *Land Economics*, 38(1), 1-8.
18. Potter, V. R. (1970). Bioethics, the science of survival. *Perspectives in biology and medicine*, 14(1), 127-153.
19. Rojas, F. A. Z., & Vargas, C. G. J. (2021). Pandemia y salud mental en la nueva realidad. *Hojas de El Bosque*, 8(13).
20. Santos, E. L., & Santos, L. (2022). How Gaming and Formative Assessment Contribute to Learning Supplementary and Complementary Angles. In *Handbook of Research on Acquiring 21st Century Literacy Skills Through Game-Based Learning* (pp. 772-787). IGI Global.
21. Sartre, J. P. (1945 / 2006). *El existencialismo es un humanismo* (Vol. 37). UNAM.
22. Sucasas Peón, J. A. (2021). Pensamiento débil y religión: la secularización según Gianni Vattimo. *Pensamiento débil y religión: la secularización según Gianni Vattimo*, 55-70.
23. Sweetland, A., Oquendo, M., Wickramaratne, P., Weissman, M., & Wainberg, M. (2014). Depression: a silent driver of the global tuberculosis epidemic. *World psychiatry*, 13(3), 325.
24. Tanaka, T., & Okamoto, S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature human behaviour*, 5(2), 229-238.
25. Tucci, V., & Moukaddam, N. (2017). We are the hollow men: The worldwide epidemic of mental illness, psychiatric and behavioral emergencies, and its impact on patients and providers. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, 10(1), 4.
26. Vattimo, G y Rovatti, P. (2006). Pensamiento débil. Madrid: Catedra.
27. Vieta, E., Alonso, J., Pérez-Sola, V., Roca, M., Hernando, T., Sicras-Mainar, A., & Gabilondo, A. (2021). Epidemiology and costs of depressive disorder in Spain: the EPICO study. *European Neuropsychopharmacology*, 50, 93-103.

Cuatro recomendaciones para la educación en bioética

RESUMEN¹

El presente artículo se propone reflexionar sobre la importancia de la educación en bioética, destacando algunos problemas y proponiendo algunas vías de mejora. De manera general, entendemos que frente a la heterogeneidad de la enseñanza en bioética, el método deliberativo desarrollado por Diego Gracia aparece como una referencia fundamental. En el artículo nos centraremos en cuatro recomendaciones que consideramos importante tener en cuenta a la hora de avanzar con el desarrollo y la implantación de la bioética en los diversos planes de estudios y niveles educativos. Estas recomendaciones son la de priorizar la perspectiva práctica, evitar la disolución de la bioética en su dimensión jurídico-legal, enfatizar la necesidad de formación específica en bioética y vehicular de manera institucionalmente efectiva la implantación de la educación en bioética. Tras exponer estas recomendaciones, abordamos algunas de sus dificultades y propuestas de solución.

PALABRAS CLAVE

Educación en bioética; método deliberativo; enfoque práctico; formación

ABSTRACT

This article aims to reflect on the importance of bioethics education, highlighting some problems and proposing some ways of improvement. In general terms, we understand that in the face of the heterogeneity of bioethics education, the deliberative method developed by Diego Gracia appears as a fundamental reference. In this article we will focus on four recommendations that we consider important to take into account when moving forward with the development and implementation of bioethics in the various curricula and educational levels. These recommendations are to prioritize the practical perspective, avoid the dissolution of bioethics into its legal dimension, emphasize the need for specific training in bioethics and provide an institutionally effective vehicle for the implementation of bioethics education. After outlining these recommendations, we address some of the difficulties and proposed solutions.

KEYWORDS

Bioethics education; deliberative method; practical approach; education.

¹ El presente artículo recoge el trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación “Educación en Bioética y Deliberación Democrática” financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PID2020-115522 RB-I00) cuya investigadora principal es Lydia Feito Grande.

1. Introducción

La relativamente reciente aparición de la bioética como disciplina no ha impedido que su desarrollo haya sido fulgurante. Desde sus inicios en la década de los setenta del pasado siglo, la bioética ha crecido y ha llegado a ocupar un puesto preeminente en la esfera sanitaria, en los debates filosóficos, y, más generalmente, entre las preocupaciones sociales. Esta relevancia de la bioética refleja el sentir generalizado sobre la importancia crucial de sus problemas, que van desde el decisivo problema medio ambiental hasta consideraciones sobre la manera éticamente correcta de comportarse en el ámbito sanitario, entre muchos otros temas. El desarrollo y crecimiento de la bioética ha sido exuberante, dando lugar a concepciones diversas y en ocasiones divergentes de lo que es y de cómo funciona esta disciplina. Si bien esta diversidad supone una riqueza y un valor, comporta también un buen número de dificultades. Especialmente en lo concerniente a la formación bioética de los profesionales sanitarios, esta heterogeneidad de enfoques ha llegado a ser un problema que complica llevar a cabo su ya de por sí complicada labor.

La bioética, en tanto que área del saber no matemática ni matematizable, siempre estará abierta a discusión, y no aspiramos aquí a cerrar el debate en torno al método y enfoque adecuado, una cuestión que debe ser continuamente revisada. Sin embargo, sí creemos que, especialmente a nivel docente, se impone alcanzar algún tipo de consenso que permita una cierta homogeneidad fundamental a la hora de desarrollar la educación en bioética. De lo contrario, la ausencia de un canon mínimo crea una sensación de arbitrariedad y falta de criterio entre los profesionales sanitarios. Unos profesionales que, si bien no deben aspirar a encontrar un *manual ético* que solucione sus conflictos de manera automática, sí anhelan, justificadamente, algo de claridad y orientación a la hora de enfrentar los problemas éticos que continuamente aparecen en su labor.

Estimamos que esta base bioética fundamental puede encontrarse en la propuesta de bioética deliberativa desarrollada por Diego Gracia (Gracia, 2008; Gracia, 2010; Gracia, 2019). La propuesta graciana, desarrollada desde los mismos inicios de la disciplina bioética, ha sabido recoger los elementos clave de las principales propuestas y reflexiones bioéticas, evolucionando desde el modelo principialista hasta llegar a una propuesta deliberativa de base fenomenológica y zubiriana, articulando estas perspectivas y enfoques en un sistema conceptualmente sólido y un método práctico testado a lo largo de décadas. No vamos a detenernos en la justificación de esta preferencia, pues excedería los límites de este artículo y es un trabajo que ya se ha realizado en otras publicaciones (Feito et al., 2011; Gracia, 2019). Existen otras propuestas, como la *Moral Case Deliberation*, desarrollada principalmente por Molewijk y sus colaboradores ((Molewijk et al., 2008; Stolper et al., 2014; Tan et al., 2018), que pone todo el énfasis en el aspecto práctico. No entraremos tampoco en una comparativa aquí. Lo importante de cara a este artículo es reconocer la necesidad de establecer algún tipo de unidad y claridad metodológica en bioética, al menos de cara a la docencia en bioética para profesionales sanitarios.

Insistimos en que esto no niega, entre otras, la inevitable diferenciación entre distintos ámbitos y profesionales sanitarios. Por ejemplo, no será idéntica la formación bioética centrada en el entorno asistencial, donde la perspectiva tiende a una formación en capacidades y competencias técnicas para el desarrollo de la labor de los profesionales en la atención a la salud; que la formación bioética universitaria donde la pretensión es capacitar a futuros profesionales en la resolución de problemas éticos que se les puedan presentar en su trabajo. Qué decir de la enseñanza de la bioética en contextos de ciudadanía, donde el objetivo fundamental es el desarrollo de un pensamiento crítico. Todo ello no impide, como decimos, que una metodología como la propuesta de bioética deliberativa de D. Gracia pueda servir precisamente para establecer un núcleo común que permita entender comprensiva y coordinadamente los diferentes problemas que presentan estos ámbitos diferentes pero conectados (Gracia, 2019). Pero como decimos, no profundizaremos sobre este punto en el presente artículo, dejándolo simplemente apuntado como cuestión de fondo.

2. Cuatro recomendaciones para la educación en bioética

El objetivo de este artículo se centra en exponer y comentar sucintamente cuatro recomendaciones que nos parecen fundamentales para avanzar con el desarrollo y la implantación de la educación en bioética. Si bien la reflexión anterior no está completamente desvinculada de estas

recomendaciones, estimamos que el seguimiento de estas sugerencias sería de enorme utilidad independientemente de la metodología bioética adoptada. A nuestro modo de ver, son recomendaciones ineludibles, lo que prácticamente las convierte en exigencias para un adecuado y provechoso establecimiento de la enseñanza en bioética. La forma en que estas propuestas habrían de concretarse es algo abierto a discusión, e inevitablemente habrá que tomar en cuenta la realidad de la circunstancia y las posibilidades que ésta ofrezca. Pero consideramos que cualquier plan educativo en bioética se beneficiaría enormemente de tomar muy en cuenta las siguientes recomendaciones.

2.1. Priorizar la perspectiva práctica

La primera recomendación es que la enseñanza en bioética debe enfocarse desde una priorización de la orientación práctica. Sin desmerecer la importancia de una base teórica sólida, la prioridad del enfoque práctico es un punto ampliamente compartido no sólo por expertos en bioética sino principalmente por los propios profesionales sanitarios (Molewijk et al., 2008; Stolper et al., 2014).

Le medicina, la enfermería y las distintas profesiones asistenciales tienen un enorme componente práctico. Pero es que la ética, pese a consistir en un saber de segundo orden, una reflexión sobre la moral, es, no obstante, una disciplina eminentemente práctica. La bioética, por tanto, necesariamente debe comenzar y nunca perder de vista este aspecto práctico. La educación en bioética debe desarrollarse de manera ineludible en torno a análisis de casos, utilizando ejemplos -preferiblemente reales-, testimonios de profesionales con experiencia, e incluso empleando metodologías como el *role playing* (Tang et al., 2002; Pavarini et al., 2020) que permita a los profesionales o futuros trabajadores sanitarios establecer un contacto todavía más directo y vital con los problemas bioéticos abordados.

En un sentido más general, esta preferencia de la dimensión de la práctica y la relativa subordinación de la teoría debe entenderse bien y no llevarse a la exageración. A nuestro entender, una subordinación excesiva de la teoría es lo que acontece en la propuesta de la *Moral Case Deliberation*, en la que la teoría queda totalmente desdibujada al insistir en que la metodología sólo busca “aclarar los conceptos, normas y valores de los implicados” (Molewijk et al., 2008, 124), sin cuestionarlos o guiarlos desde algún criterio o metodología; llegando incluso a afirmar que “los métodos se eligen dependiendo del propósito de la deliberación” (Molewijk et al., 2008, 120). Entendemos que la dimensión práctica debe priorizarse, pero sin eclipsar el aspecto teórico.

Desde nuestro planteamiento consideramos que el análisis de casos y ejemplos pierde cierto valor si no se hace desde una perspectiva deliberativa que permita ordenar las ideas, valores y problemas en juego. La deliberación, además de sistematizar el abordaje bioético, nos ayuda a ponernos en el lugar del otro y a discutir ordenadamente (Feito et al., 2011). Sin embargo, y sin negar lo anterior, hay que tomar precauciones frente a los simulacros de deliberación donde no hay verdadero diálogo ni esfuerzo deliberativo (Brennan, 2017). Este peligro, que en esencia tiene que ver con el formalismo y aplicación ciega de principios, se relaciona con el siguiente punto que queremos destacar.

2.2. Evitar la disolución de la bioética en su dimensión jurídico-legal

Como hemos empezado exponiendo, existen diferentes maneras de entender la bioética. Desde un inicio la bioética se entiende de dos maneras no completamente divergentes, pero sí diferenciadas. Por un lado, Potter (Casillas, 2017) postuló la bioética como una reflexión amplia sobre problemas que tenían que ver con la supervivencia de la especie humana, problemas como el medio ambiente o el impacto de las nuevas tecnologías en la sociedad. Para Potter la bioética también debe dedicarse a los conflictos éticos sanitarios, pero no única ni principalmente. Por otro lado, a diferencia de Potter, Hellegers, obstetra de profesión, se centró “en los problemas y las instancias puestas por los dilemas de la medicina (...) y concibió la bioética como una disciplina que integra y sintetiza los conocimientos médicos y éticos” (Casillas, 2017). Desde esta perspectiva, sí se entiende la bioética principalmente como la reflexión ética sobre los problemas morales presentes en el ámbito sanitario. En un caso y en otro, no obstante, la bioética se entiende como una determinada forma de ética, esto es, de reflexión sobre la moral, sobre las costumbres, sobre las prácticas humanas. Lo que esto supone es que la ética es un saber de segundo grado que cuestiona y problematiza, y que precisamente por ello no puede dar respuestas claras y taxativas, sino orientaciones y guías para que las personas -en el caso que nos ocupa, los profesionales sanitarios- tomen sus propias decisiones.

Si bien la ética y el derecho no son completamente ajenos, la distinción aquí es patente. Mientras que el derecho da directrices claras y preceptivas, la ética no tiene la misma fuerza impositiva y no admite semejante rigidez en su formulación y aplicación. Ambas dimensiones, la ética y la legal, tienen su importancia y pertinencia. Ambas pueden y deben coexistir y articularse de la manera más armónica posible. Y precisamente por eso una esfera no puede ni debe eclipsar a la otra.

Sin embargo, en bioética es recurrente la reducción de la disciplina a lo que en ocasiones se denomina como medicina legal o simplemente deontología médica. Especialmente en la formación de sanitarios, la bioética muchas veces se presenta en forma de rígidos códigos deontológicos, formularios y documentos, que denotan un enfoque demasiado rígido o legalista. Esta simplificación comporta una pérdida que se debe evitar por todos los medios. El atractivo de presentar la bioética en forma de códigos, reglas o manuales es comprensible: aplicar reglas es mucho más sencillo, menos costoso, que afrontar la complejidad de problemas sin solución evidente. Pero debemos resistir la tentación de reducir la bioética a la mera aplicación de normativas o leyes. Pensamos que esta manera de entender la bioética en términos puramente legales minimiza y hasta ignora el componente humano que siempre presenta -o debe presentar- el ámbito biosanitario. El enfoque en bioética ha de ser necesariamente multidisciplinar, y un énfasis desmedido en lo legal puede suponer una merma en este sentido.

Un apunte complementario a esta recomendación es advertir de la perniciosa deriva a la que ha llevado la reducción de la bioética a lo estrictamente legal. Pues lo que hoy encontramos por doquier en la relación clínica es una sustitución de la relación humana y personal que la relación clínica siempre debe ser, por un contractualismo médico que impide por principio desempeñar adecuadamente la labor sanitaria. En lugar de una relación de confianza entre paciente y profesional, nos encontramos con lo que algunos denominan como *medicina defensiva* (Lykkegaard, et al., 2018). En lugar de afrontar la responsabilidad compartida, compleja e inestable, que comporta la relación clínica, esta se sustituye por la firma de formularios y documentos que principalmente buscan “cubrir las espaldas” de los sanitarios en términos legales. Si la formación en bioética tiene algún significado más allá de enseñar a los profesionales a evitar ser denunciados, esto tiene que ver con que los sanitarios entren en contacto con el complejo mundo de los valores y de las decisiones inciertas, el mundo propio de la bioética.

2.3. Reivindicar la formación específica en bioética

Un punto que conviene resaltar es que la bioética no es un ámbito informal, sino que se requiere de una formación específica que oriente a los profesionales biosanitarios. Este punto, que pudiera parecer obvio, no lo es para muchos profesionales de la salud. Muchos estudiantes de carreras biomédicas intuitivamente contraponen el ámbito científico, donde se pueden aprender conocimientos comprobados y verdaderos, al ámbito humanístico, donde aparentemente sólo habría opiniones, todas igual de valiosas y respetables. Si bien esta descripción probablemente sea una exageración, no es una caricatura tan distorsionada como debería ser. Por eso resulta necesario insistir en este punto y explicarlo suficientemente.

La bioética, y más generalmente la ética, no es una ciencia. Pero eso no quiere decir que no constituya un saber de cierto tipo, que funcione bajo criterios de racionalidad, razonabilidad y de argumentación que, a pesar de no constituir elementos matemáticos, no son tampoco arbitrarios. La bioética como disciplina ha ido cristalizando a lo largo de su ya medio siglo de existencia, creando una tradición que constituye un corpus de conocimiento del cual los profesionales de la salud pueden y deben aprovecharse (Hastings Center Report, 2018). La bioética no ha dado una respuesta definitiva -ni la dará- a la cuestión del aborto, de la eutanasia o de la experimentación con animales. Pero eso no quiere decir que las discusiones y debates que se han generado durante las últimas décadas carezcan de valor. Hacer oídos sordos a lo que la bioética ha contribuido a conceptualizar y esclarecer sería una pérdida enorme. Y eso es algo que la formación en bioética debe tener muy presente para inculcarlo a todos aquellos que lleguen a ser educandos de bioética.

De nuevo, aunque en este artículo no vamos a detenernos sobre los métodos y maneras concretas de entender la bioética, debemos reiterar la adecuación del método deliberativo para este propósito. Creemos que la aproximación deliberativa puede servir excelentemente de base a la educación en bioética por aportar un equilibrio idóneo entre una metodología clara y eficaz, con una reflexión profunda sobre la complejidad e intrínseca dificultad propia del mundo de los valores. La propuesta

deliberativa no deja lugar a dudas sobre su rigor y seriedad, sin caer por ello en el problema anteriormente expuesto de la disolución de la bioética en lo legal, su codificación y consiguiente simplificación.

2.4. Institucionalizar la educación en bioética

La última recomendación para la educación en bioética es la necesidad de promover su institucionalización. Con esto queremos decir que la educación en bioética debe empezar a tomarse en consideración en las políticas públicas y en los planes de estudio de todos los niveles educativos. Sólo si se da este paso podremos educar en bioética de manera integral, y sólo mediante la institucionalización podrá ser la educación en bioética verdaderamente efectiva (Lee et al., 2014; Guttman, and Wagner, 2016).

Resulta extremadamente problemático que los profesionales de la salud tengan que buscar por sus propios medios cursos de formación en bioética, cuando estos cursos deberían estar subvencionados y los profesores preparados de manera específica en esta materia. En muchas ocasiones, la relativa minusvaloración de la bioética tiene que ver con esta percepción de que la bioética no es algo central a la labor biosanitaria, sino un añadido o complemento. Esta noción es algo que se debe combatir de todos los modos posibles, pero consideramos que el plano institucional es clave en este sentido.

Un paso decisivo sería que la bioética se implantara a diferentes niveles educativos, para que la formación fuera continua y para que su relevancia calara en las mentalidades de los futuros sanitarios - así como de la sociedad en general. Si los estudiantes de bachillerato tuvieran un primer contacto con la bioética, y luego en su carrera cursaran al menos dos asignaturas obligatorias (una en primer año y otra en el último), la bioética dejaría de contemplarse como algo accidental y empezaría a comprenderse como algo más integral y fundamental. Como decimos, resulta capital evitar que los estudiantes perciban la bioética como algo secundario, y esto sólo puede conseguirse con una asignación de cursos, horas y valoración general acorde por parte de los responsables educativos.

Esta última recomendación puede parecer menos «interna» a la propia bioética y más «externa», más relacionada con la política y los planes pedagógicos. Aun así, no está desconectada de las otras recomendaciones, especialmente con la segunda y la tercera. Pues sólo con un apoyo institucional fuerte y comprometido será posible que la bioética tome una forma definida y sólida. Pero, al mismo tiempo, sólo si entendemos bien la especificidad de la bioética, evitando su reducción a lo legal y presentando una propuesta clara y bien armada, podrá la bioética ser institucionalizada con garantías. Pese a que influir sobre los responsables políticos y educativos es una labor difícil, debemos insistir y perseverar, pues es la única manera de que las recomendaciones expuestas en el artículo tengan verdadero éxito.

3. Conclusiones

A lo largo del artículo hemos reflexionado sobre la educación en bioética. Tras constatar el problema fundamental de la heterogeneidad de la enseñanza en bioética, hemos expuesto cuatro recomendaciones fundamentales que estimamos deben ser tenidas en cuenta a la hora de instaurar o desarrollar un programa de formación en bioética. Estas recomendaciones que hemos comentado han sido: 1) priorizar la perspectiva práctica; 2) evitar la disolución de la bioética en su dimensión jurídico-legal; 3) enfatizar la necesidad de formación específica en bioética; y 4) vehicular de manera institucionalmente efectiva la implantación de la educación en bioética.

La forma concreta en que deben materializarse estas recomendaciones es algo abierto a discusión y que inevitablemente dependerá de las circunstancias concretas. Pero estimamos que las ideas de fondo contenidas en estas recomendaciones pueden y deben ser atendidas. El nervio central de nuestra reivindicación es que resulta imprescindible, al menos de cara a la formación en bioética, establecer unas coordenadas mínimas de lo que debe ser la bioética. Esto, no para eliminar la riqueza de los distintos enfoques bioéticos, pero sí para superar una cierta fragmentación y sensación de arbitrariedad perniciosa para la educación bioética. Las líneas maestras de esta propuesta bioética básica son la priorización de la dimensión práctica y la reivindicación de su especificidad ética frente a reduccionismos de todo tipo,

especialmente el reduccionismo legal. En este sentido, se menciona la propuesta deliberativa de Diego Gracia como un referente apropiado.

Como conclusión debemos enfatizar la necesidad que percibimos de profesionalización en la enseñanza de la bioética. Esta profesionalización debe llevarse a cabo, a nuestro entender, desde un respeto por las experiencias y vivencias de la realidad abordada. No podemos caer en la teorización excesiva que nos aleje de la realidad. Por eso el enfoque deliberativo y la mirada narrativa, cuyo enfoque es eminentemente práctico, podrían resultar muy adecuados. También porque la formación en bioética debe enfocarse en el cambio y modelado de actitudes, base de la cual dependen comportamientos y prácticas. Un punto que se encuentra en consonancia con el énfasis dado a lo largo de todo el artículo a la orientación práctica y al respeto a la especificidad de la bioética. Con estas recomendaciones o ideas rectoras en mente, consideramos que cualquier plan de implantación o fomento de la educación en bioética tendría gran parte del camino recorrido, razón por la cual instamos a que se tengan en cuenta en todo proyecto educativo en marcha o por iniciarse.

Marcos Alonso

Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Lydia Feito

Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Marije Goikoetxea

Universidad de Deusto

Ester Busquets

Centro de Estudios Sanitarios y Sociales
Cátedra de Bioética
Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Referencias

1. Casillas González, Eduardo. (2017). Por una historia de la Bioética. *Revista Médica Electrónica*, 39(5), 1171-1179. Recuperado en 09 de diciembre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500018&lng=es&tlng=es.
2. Feito Grande, L., Gracia Guillén, D., Sánchez, M., Gracia Guillén, D., & Sánchez, M. (2011). *Bioética: el estado de la cuestión*. Triacastela.
3. Gracia Guillén Diego. (2008). *Fundamentos de bioética* (3a. ed., Ser. Humanidades médicas, 21). Triacastela.
4. Gracia, D. (2010). Deliberation and Consensus. In Ten Have, H., Meslin, E., & Chadwick, R. (2010). *The SAGE handbook of health care ethics: Core and emerging issues*. London: SAGE.
5. Gracia, D. (2019). *Bioética mínima* (1ª, Ser. Humanidades médicas, 37). Triacastela.
6. Gutmann, A. and Wagner, J. W. (2016). *Bioethics for every generation. Deliberation and Education in Health, Science, and Technology*. Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. Whashington, D.C.
7. Lee, Lisa M., Solomon, Mildred Z., & Gutmann, Amy. (2014). Teaching Bioethics. *The Hastings Center Report*, 44(5), 10-11.
8. Lykkegaard, Jesper, Andersen, Merethe Kirstine Kousgaard, Nexøe, Jørgen, & Hvidt, Elisabeth Assing. (2018). Defensive medicine in primary health care. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 36(3), Pp225-226.

9. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. (2008). Teaching ethics in the clinic: The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics*. 34(2):120-4.
10. Pavarini, Gabriela, Ali, Sonia, George, Leya, Kariyawasam, Lasara, Lorimer, Jessica, Tomat, Nastja, . . . Singh, Iilina. (2020). Gamifying bioethics. *Proceedings of the 2020 ACM Interaction Design and Children Conference*, 320-325.
11. Stolper M, Molewijk B, Widdershoven G, Stolper M, Molewijk AB, Widdershoven AG, et al. Learning by Doing. Training Health Care Professionals to Become Facilitator of Moral Case Deliberation. *HEC Forum* 2014 27:1 [Internet]. septiembre de 2014;27(1):47-59.
12. Tan DYB, Ter Meulen BC, Molewijk A, Widdershoven G. Moral case deliberation. Vol. 18, *Practical Neurology*. BMJ Publishing Group; 2018. p. 181-6.
13. Tang, Tricia S, Adams, Barbara S, & Skye, Eric P. (2002). Playing the role of a bioethics committee: Creative approaches to teaching culture and bioethics. *Academic Medicine*, 77(5), 469-470.
14. The Hastings Center Report (2018). *Bioethics and Science*. 48(2), 2.

Gemelos digitales de IA para realizar ensayos clínicos por medio de la virtualización: desafíos éticos para la investigación en salud global

RESUMEN

Los gemelos digitales (Digital Twins o DT) son una tecnología emergente que tiene la capacidad de empoderar a las personas alrededor del mundo, esto como herramienta para la investigación biomédica. Pero además de los beneficios que se vislumbran, el uso de esta tecnología también genera una serie de desafíos éticos que se deben considerar a efectos de ser aplicada como herramienta en el ámbito de la medicina de precisión y como medio de investigación en salud, esto particularmente respecto a la salud global. El presente artículo busca proveer un panorama breve de las principales cuestiones éticas y regulatorias que surgen ante el uso de la tecnología de gemelos digitales como medio para realizar ensayos clínicos por medio de la virtualización.

PALABRAS CLAVE

Gemelos digitales, inteligencia artificial, investigación, salud global

ABSTRACT

Digital Twins are emerging as a new tool with the capacity to empower people around the world in the domain of biomedical research. But also this kind of emerging technology raises a lot of ethical issues that should be considered in order to apply digital twins as a tool for precision and medical research particularly with regard to global health. This article seeks to provide a brief overview of the main ethical and regulatory issues that arise from the use of digital twin technology as a means to conduct clinical trials through virtualization.

KEYWORDS

Digital twins, artificial intelligence, research, global health.

Contexto

En la era del Big data, la Inteligencia Artificial y los algoritmos, los métodos de *machine learning* tienen el potencial de acelerar la investigación en el ámbito de la salud global en general y particularmente respecto al sur global. En este sentido, la tecnología de los gemelos digitales tiene la capacidad de impactar el actual sistema de salud global haciendo la investigación biomédica más

accesible y precisa. Se trata de una tecnología que combina el poder de la inteligencia artificial y los modelos computacionales del *machine learning* para replicar y simular el comportamiento de entes físicos incluyendo sistemas y entes biológicos para mejorar la funcionalidad de ese sistema o entidad. Con el desarrollo de la tecnología de los gemelos digitales se vislumbran múltiples aplicaciones beneficiosas en el sector médico y de investigación en ciencias de la salud. Un ejemplo de la aplicación de esta tecnología es su uso para realizar ensayos clínicos por medio de la virtualización utilizando ambientes virtuales que hacen posible la simulación y el testeo de la efectividad de medicamentos y fármacos, así como, la tolerancia de tratamientos experimentales en relación a una persona en particular. Esto es, permite la realización de ensayos clínicos virtuales a la medida de una persona determinada contribuyendo a una mayor precisión de los ensayos. Con el uso de algoritmos de *deep learning* y la retroalimentación de la data en tiempo real, la tecnología de gemelos digitales tiene el potencial de detectar anomalías y evaluar los riesgos para la salud antes que una patología se desarrolle o se convierta en sintomática. Es así como esta tecnología permite la reducción de la cantidad de pacientes y pruebas que ameritan el testeo en el mundo real, lo que minimiza el impacto que causa la experimentación de fármacos en etapa temprana y la realización de tratamientos experimentales. De hecho, existen actualmente varios proyectos e iniciativas internacionales que están estudiando la aplicación de la tecnología de gemelos digitales en el ámbito de la investigación biomédica. Por ejemplo, el Instituto Max Planck de Genética Molecular en Berlín, está desarrollando el proyecto financiado por la Comisión Europea denominado "DigiTwins" el que busca optimizar el tratamiento y el desarrollo de estrategias de prevención utilizando la tecnología de los digital twins. Bajo esta aproximación, un "gemelo digital" implica una réplica virtual de la persona para realizar el ensayo clínico en lugar de personas reales por lo que es esa representación virtual la que es "sometida" al testeo o experimentación del ensayo clínico. Aunque con la tecnología actual, solo se pueden replicar algunos procesos biológicos, se espera que en un futuro la capacidad de virtualización aumente progresivamente. Esta virtualización del sujeto (o de determinados procesos biológicos de una persona determinada) permite realizar los ensayos clínicos por medio de simulaciones a un costo bajo aunado a la gran ventaja que significa para las personas que participan en el ensayo clínico el no tener que sufrir los efectos negativos de fármacos y/o tratamientos experimentales.

Comentario

El desarrollo de ensayos clínicos por medio del uso de los gemelos digitales implica varios desafíos éticos. Los gemelos digitales se crean utilizando la data y la información biomédica y genética de un sujeto en concreto y cuentan con el historial clínico de esta persona lo que facilita la personalización de los ensayos clínicos. En principio los investigadores pueden simular por medio de la virtualización los efectos que los ensayos de experimentación generarán en los gemelos digitales de los sujetos (que son una réplica digital) y por ende predecir los efectos que tendrán en los sujetos reales. Esto permite determinar cuál opción es la más idónea y más efectiva para una persona en particular. En este sentido, la virtualización del sujeto implica el uso de modelos matemáticos de *deep learning* para procesar la data lo que hace más efectiva la simulación del ensayo clínico. Así, los gemelos digitales son réplicas y modelos computacionales que cuentan con la información molecular y fisiológica de una persona o de un determinado proceso fisiológico de esta. También permite comparar la información molecular, genética, fisiológica y vital de una misma persona con su propia evolución y cambios en el transcurso del tiempo incluso durante largos periodos. Esto también permite comparar y hacer cruces de data entre una mayor cantidad de individuos y conformar clusters con data más precisa al comparar la información fisiológica de individuos con similitudes y en base a criterios específicos. A diferencia de los ensayos clínicos tradicionales, la virtualización y la tecnología de los gemelos digitales también provee la permanente capacidad de retroalimentación del sujeto permitiendo sacar un mayor provecho al potencial que brinda la investigación en salud de precisión. Esto permitirá una era de una auténtica medicina de precisión centrada en las características del paciente de una manera no antes vista. Aunque existe una gran inversión en ciencia y tecnología de gemelos digitales en el ámbito industrial y comercial, en el ámbito de las ciencias de la salud, hay una carencia de conocimiento sobre sus aplicaciones y riesgos éticos particularmente para la realización de ensayos clínicos. Más allá de los beneficios, también existen preocupaciones éticas que deben considerarse para la salud global.

Preocupaciones éticas ante el uso de Digital Twins para realizar ensayos clínicos por medio de la virtualización

Gestión de la data: La integridad de la data es crucial. La data utilizada desde la creación de los gemelos digitales hasta su implementación en los ensayos clínicos debe ser tratada de una manera íntegra en todos los estados del proceso. Para un tratamiento efectivo de los datos, tanto desarrolladores de la tecnología como los investigadores encargados de implementar los ensayos clínicos deben realizar un adecuado tratamiento de los datos en términos de vigilancia y accesibilidad de la data. Esto particularmente ante el surgimiento del corretaje de datos (*Data brokerage*) que está emergiendo exponencialmente como modelo de negocio, por lo que tanto gobiernos, reguladores y centros de investigación deben garantizar la no comercialización de los datos y proveer una protección especial a los datos sensibles. Esto particularmente en los países del sur global.

Consentimiento Informado: La tecnología de gemelos digitales implica también el uso de wearables y biosensores para obtener y recolectar los datos. Esto le brinda la oportunidad a los investigadores de construir sistemas capaces de actualizar la información del sujeto de manera prácticamente instantánea en las bases de datos y por ende actualizar la data que alimenta a la réplica virtual del sujeto en tiempo real. Por lo tanto al tratarse de data altamente sensible, los investigadores y aquel que ejecute el ensayo clínico debe proveer de razones justificadas para utilizar dicha información, así como, solicitar conforme a los debidos protocolos el consentimiento informado tanto durante la construcción de la réplica digital del sujeto como durante su implementación y uso durante el ensayo clínico.

Garantía de acceso e infraestructura: Tanto la virtualización de los ensayos clínicos como el uso en sí de los gemelos digitales debe ser accesible para todas las personas, particularmente en los países del sur global. Los gobiernos deben establecer garantías y mecanismos de gobernanza efectiva que permitan el acceso al uso de la tecnología en todos los sectores sociales, así como brindar mecanismos que garanticen una infraestructura adecuada y a su vez eviten una segmentación y la discriminación algorítmica en el uso de estas tecnologías emergentes.

Calidad de la data, prevención y protección contra sesgos algorítmicos: Cualquier tipo de data incluida en la virtualización durante los ensayos clínicos debe ser tratada a fines de evitar la generación de sesgos algorítmicos. Algoritmos diseñados de una manera inadecuada pueden causar graves daños a la integridad de los sujetos, así como, también pueden afectar la validez y veracidad de los resultados de los ensayos clínicos al ofrecer una imagen distorsionada de la condición de salud de los sujetos participantes en el ensayo. De igual manera, puede discriminar contra las minorías y grupos vulnerables al asignarles valores distorsionados de la realidad. Tanto desarrolladores como investigadores deben asegurarse que la data obtenida en los ensayos refleje un balance entre los objetivos del estudio y los derechos e intereses de la población que ha autorizado la digitalización o virtualización de parte de sus órganos o procesos biológicos. En caso contrario, el análisis desarrollado por los sistemas de *deep learning* que ofrece el gemelo digital puede estar sesgado y ser discriminatorio, generando más daños que beneficios al ensayo clínico.

Seguridad: La digitalización de datos sensibles puede atraer la atención de hackers y sujetos con intenciones maliciosas por lo que se debe invertir en protocolos de ciberseguridad dirigidos a garantizar la integridad de los datos y garantizar su protección durante todo el desarrollo del ensayo clínico.

Justicia y equidad: Se deben mantener estándares de equidad y justicia. Personas de escasos recursos socioeconómicos también deben tener la posibilidad de participar en los ensayos clínicos y beneficiarse de la tecnología de los gemelos digitales. Además de esto, el uso de estas tecnologías no solo debe tomar en cuenta los datos biopsicosociales de los sujetos, sino también los datos referentes a diferencias sociales y otras inequidades. Esto particularmente en la conformación de los clusters. Cuestiones como diferencias socioambientales, falta de educación, contaminación ambiental y otros factores deben tomarse en cuenta respecto a la virtualización y durante toda la ejecución del ensayo

clínico, especialmente respecto a personas del sur global. Estas diferencias deben ser tomadas en cuenta a efectos de no afectar la veracidad del ensayo clínico.

Luis Ernesto Vásquez Leal

Abogado

Docente e Investigador

Participante del Curso de Bioética en un
contexto de Globalización de la Escuela Complutense Latinoamericana (2019)
abg.luisvasquez@gmail.com

Referencias

1. Alami, H., Rivard, L., Lehoux, P. et al. (2020) Artificial intelligence in health care: laying the foundation for responsible, sustainable, and inclusive innovation in low- and middle-income countries. *Global Health* 16
2. Carrillo-Larco, R.M., Tudor Car, L., Pearson-Stuttard, J., et al. (2020) Machine learning healthrelated applications in low-income and middle-income countries: a scoping review protocol. *BMJ open* 10(5) •
3. Fletcher, R.R., Nakeshimana, A. & Olubeko, O. (2021) Addressing fairness, bias, and appropriate use of artificial intelligence and machine learning in global health. *Front. Artif. Intell.* 3
4. González-Esteban, E. & Calvo, P. (2022) Ethically governing artificial intelligence in the field of scientific research and innovation. *Heliyon* 8(2)
5. Hassani H, Huang X, MacFeely S. Impactful Digital Twin in the Healthcare Revolution. *Big Data and Cognitive Computing.* 2022; 6(3):83. <https://doi.org/10.3390/bdcc6030083>
6. Kostkova P (2015) Grand challenges in digital health. *Front Public Health* 3:134. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00134>.
7. Luis F. Rivera, Miguel Jiménez, Prashanti Angara, Norha M. Villegas, Gabriel Tamura, and Hausi A. Müller. 2019. Towards continuous monitoring in personalized healthcare through digital twins. In *Proceedings of the 29th Annual International Conference on Computer Science and Software Engineering (CASCON '19)*. IBM Corp., USA, 329–335
8. M. Alazab et al., "Digital Twins for Healthcare 4.0 - Recent Advances, Architecture, and Open Challenges," in *IEEE Consumer Electronics Magazine*, 2022, doi: 10.1109/MCE.2022.3208986.
9. McCradden, M.D., Anderson J.A., Stephenson E.A. et al. (2022) A research ethics framework for the clinical translation of healthcare machine learning. *The American Journal of Bioethics* 22(5):8-22
10. Peumans, P., Verachtert, W. & Wuyts, R. (2021) How AI advances can enable medical research without sharing personal data. *World Economic Forum website*
11. T. Erol, A. F. Mendi and D. Doğan, "The Digital Twin Revolution in Healthcare," 2020 4th International Symposium on Multidisciplinary Studies and Innovative Technologies (ISMSIT), 2020, pp. 1-7, doi: 10.1109/ISMSIT50672.2020.9255249.
12. U. D. o. H. a. S. Care (2018) Policy Paper: the future of healthcare: our vision for digital, data and technology in health and care. D. o. H. a. S. Care (ed) UK Government
13. Vayena E., Blasimme A. & Cohen I.G. (2018) Machine learning in medicine: Addressing ethical challenges. *PLoS Med* 15(11)
14. Verma, A., Rao, K., Eluri, V., et al. (2020) Building a collaborative ecosystem for AI in healthcare in low and middle income economies. *Atlantic Council website*
15. Williams, D., Hornung, H., Nadimpalli, A. et al. (2021) Deep learning and its application for healthcare delivery in low and middle income countries. *Front. Artif. Intell.* 4 – includes definitions of key terms
16. Y. Liu et al., "A Novel Cloud-Based Framework for the Elderly Healthcare Services Using Digital Twin," in *IEEE Access*, vol. 7, pp. 49088-49101, 2019, doi: 10.1109/ACCESS.2019.2909828.
17. Yeung, K., Howes, A. & Pogrebna, G. (2019) AI governance by human rights-centred design, deliberation and oversight: An end to ethics washing. Forthcoming in M Dubber and F Pasquale (eds.) *The Oxford Handbook of AI Ethics*, Oxford University Press (2019)

Me da que pensar...

el aumento de la presión asistencial en el Sistema Nacional de Salud

En el ámbito de la sanidad pública la buena gestión de los recursos es una obligación, tanto porque son públicos, como porque son limitados. Siendo tan importante la rentabilidad de los mismos, su distribución adecuada es incuestionable. Desde la perspectiva de un sistema público de salud, la mejor distribución de los recursos será la que logre la **mayor cantidad de salud para el mayor número de personas.**

Una forma de hacer que las empresas sean más rentables, que generen mayores beneficios, consiste en disminuir el gasto. En cuanto a la prestación de atención sanitaria desde un sistema público de salud, la forma más eficiente de prestar el servicio será aquella que preste servicio al mayor número posible de usuarios del sistema con el mínimo coste.

No está de más recordar que, durante la **pandemia, la presión asistencial alcanzó cotas muy elevadas** debido al aumento en las necesidades de prestación de servicios sanitarios de la población, y que los efectos sobre la salud de la población aún se están evaluando. Durante la pandemia se disminuyó el seguimiento a las personas con patologías crónicas, lo que supuso un aumento en descompensaciones, con el consiguiente incremento del gasto que llevan consigo las reagudizaciones de dichas patologías, incluyendo tanto ingresos como consultas a urgencias hospitalarias. Además, se produjo una disminución de las intervenciones quirúrgicas que provocó un incremento de las listas de espera y un aumento del tiempo de espera, con los problemas que supone el retraso en intervenciones quirúrgicas, como, por ejemplo, las relacionadas con patologías cardíacas o con neoplasias.

Actualmente, en aras de esa mayor rentabilidad en el ámbito sanitario, se está **produciendo un aumento de la presión asistencial por la disminución del gasto.** Cada vez la

población precisa más atención y los profesionales son menos, lo que provoca ese aumento de presión asistencial.

A la hora de planificar la distribución de los recursos, para obtener la mayor salud para el mayor número de personas, se deben valorar cuáles son las necesidades de la población. Y, según los recursos disponibles, ver cuáles son las necesidades prioritarias, y en que medida se debe procurar satisfacer estas necesidades con los recursos de los que se dispone.

El desarrollo de la ciencia y las mejores condiciones de vida han logrado una mayor esperanza de vida, un gran logro, vivimos más y mejor. Patologías que producían el fallecimiento de las personas, hoy se han convertido en crónicas, no se curan pero precisan atención sanitaria. Resumiendo, la población necesita más cantidad de atención sanitaria. La mayor esperanza de vida y la disminución de la natalidad han invertido la pirámide poblacional, de manera que el sistema público de salud tiene que prestar atención a una cantidad mayor de población envejecida, y una de las características del envejecimiento es precisamente la lentitud, tanto en el ámbito físico como en el mental. Precisamente **esta lentitud** hace que sea mayor el tiempo que precisan estas personas a la hora de prestar servicios sanitarios. Este es otro de los factores que **incrementa la presión asistencial, “la velocidad en la prestación de la asistencia la marca el paciente”**, no tanto lo rápidos que sean los profesionales a la hora de prestar la atención.

Los responsables de la gestión de los recursos, en el momento de valorar **la presión asistencial**, deben tener en cuenta que su aumento **eleva el riesgo de cometer errores, lo que acaba provocando un aumento de gasto del sistema sanitario, además del daño al paciente.** Y no solo eso sino que, intentando disminuir el riesgo de errores, **incrementa la práctica de la medicina defensiva**, se solicitan más pruebas, y se realizan más derivaciones desde Atención Primaria a Atención Especializada, **generando ambas cosas un aumento de gasto para el sistema sanitario.**

Todo ello genera un malestar en los profesionales que acaba repercutiendo en la calidad de la relación clínica.

Si un profesional presta atención a sesenta usuarios al día, la prestación sanitaria es más barata que si solo presta atención a treinta. La pregunta es **si un modelo económico que aumenta la presión asistencial genera más salud a más población.**

El aumento de la presión asistencial está poniendo de relieve que se está **dando más importancia a la cantidad de pacientes atendidos, que a la calidad de las prestaciones**, sin reparar en que es posible que se estén aumentando los costes de las prestaciones sanitarias queriendo ser más eficientes.

Nuestra sociedad le da mucho valor a la eficiencia, y realmente lo tiene, especialmente a la hora de gestionar dinero público. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define, en su segunda acepción, la eficiencia como “la capacidad de lograr los resultados deseados con el mínimo posible de recursos”. Por tanto, en el ámbito de la salud, una gestión eficiente de los recursos consiste en lograr la mayor la cantidad de salud para el mayor número de personas. Pero **si para disminuir el gasto aumentamos la presión asistencial hasta unas cotas que deterioran la calidad asistencial, dejamos de ser eficientes y lo que provocamos es un empeoramiento de la salud de la población.** Los servicios de salud, en ese caso, se separan de su objetivo.

En mi opinión, **sustituir el valor de la calidad en la prestación sanitaria por el de la cantidad no parece adecuado. Valorar más el número de consultas que hace un profesional que la calidad de las mismas, tampoco parece correcto, dada la repercusión en la salud de las personas.**

Cada época tiene unos valores que le son propios, y que prioriza frente a otros. Elegir esos valores es tarea de todos. Entiendo que **la salud es uno de los valores que debemos mantener**, la salud tiene para mí un cierto parecido con el oxígeno, solo nos damos cuenta de su valor cuando nos falta.

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

Correo electrónico: graciaal@gmail.com

Narrar el padecer: la experiencia del dolor y el sufrimiento

RESUMEN

Las narrativas del padecer nos ubican en el ámbito de la salud y la bioética, lo que implica situarnos en contextos donde emerge el dolor ligado a la vulnerabilidad del cuerpo. Dichas experiencias se significan en sistemas sociales, morales y culturales diversos que afectan la manera en que se comprende el fenómeno del sufrimiento. En este escrito se recuperan las ideas de autores que reflexionan sobre el sufrimiento derivado de la enfermedad, así como sus sentidos culturales y morales.

PALABRAS CLAVE

Narrativas, experiencias, padecer, mediaciones culturales, significado del dolor, sufrimiento

ABSTRACT

The narratives of suffering situate us in the field of health and bioethics, which implies immersing ourselves in contexts where pain is linked to the vulnerability of the body. These experiences are signified in diverse social, moral and cultural systems that affect the way in which the phenomenon of suffering is understood. In this writing, I recover the ideas of authors who reflect on the concept of suffering derived from illness, as well as their cultural and moral meanings.

KEYWORDS

Narratives, experiences, suffering, cultural mediations, meaning of pain, suffering.

Introducción

La relación entre las experiencias y las narrativas es estrecha, las experiencias son subjetivas y para ser objetivadas y comunicadas, requieren de mediaciones culturales. A través del lenguaje verbal o performativo, las narrativas constituyen relatos transmisibles e interpretables que pueden ser leídos y significados por las audiencias. De ahí la importancia del acto de narrar, que implica la organización de la experiencia en tramas secuenciales, que consideran coordinadas espacio-temporales y sociales complejas, y modalidades de expresión cultural donde confluyen los significados personales con los colectivos por medio de discursos e interacciones (Hamui, 2019).

En este escrito se recuperan las ideas de autores que reflexionan sobre el sufrimiento derivado de la enfermedad y sus sentidos culturales y morales. En un primer momento se presentan los argumentos de Carel (2013) acerca del sufrimiento como experiencia transformativa. Dicho concepto se liga con el análisis de las “pequeñas narrativas” que dan cuenta de las vivencias personales en las trayectorias del padecer, en el tiempo de la conciencia. A continuación se abordan las propuestas teórico-metodológicas de Davies (2011) que resaltan los marcos historiográficos y las cosmovisiones donde se inscribe la conceptualización del sufrimiento. Este acercamiento a diferentes paradigmas históricos, se asocia a la idea de las “grandes narrativas” (Gready, 2013) o macro-cronos. Según el horizonte cultural, el sufrimiento adquiere orientaciones y significados distintos que influyen en el sentido que adquieren los hechos y la vida, es decir, alude al paradigma ético y epistémico desde el cual se fundamentan los afectos, el pensamiento y la práctica. En esta misma línea se revisan los textos de Sullivan (2019) que alude a la mediación entre los esquemas interpretativos de los agentes y los códigos culturales compartidos con respecto al sufrimiento. El relato juega un papel importante en esta dinámica, pues la mediación de las narrativas, que contienen lenguajes, imágenes y representaciones sociales (1990), posibilitan la acción lógica, hermenéutica, ética y procedimental para afrontar el dolor y el sufrimiento. Específicamente



situados en la relación médico paciente, Toombs (1992) y Cassell (1982) detallan el vínculo entre la experiencia de padecer del paciente con el diagnóstico médico cuya mirada está basada en el razonamiento clínico y la ciencia médica. La construcción de las narrativas de la enfermedad es distinta y la brecha entre ellas influye en la construcción identitaria del paciente que experimenta dolor y sufre, y en la identidad profesional del médico. En este encuentro, convergen y divergen las conciencias en el tiempo, la memoria y el presente, se generan articulaciones y tensiones que se entretajan en torno al sufrimiento e irrumpe la intuición que abre las posibilidades para reformular el futuro. Al final del escrito, en las conclusiones, se resalta la importancia de las narrativas del padecer y los procesos comunicativos en las interacciones que suceden en la duración del dolor y el sufrimiento.

Carel: la enfermedad y las experiencias transformativas

Como explica Carel, la persona enferma transforma la enfermedad en un relato cuando integra el sufrimiento con el cuerpo para explicar su vulnerabilidad. El sufrimiento transforma la vida, es un punto de inflexión que obliga a la reflexión existencial. Se trata de una experiencia subjetiva y situada que, ante la adversidad del padecer, busca sustanciar el bien moral para intentar anular el sentido de pérdida o reclamo que emerge del sufrimiento. Cuando las fuentes conceptuales de las cuales asirse son fuertes, esta experiencia transformativa es más fácil de transitar, pues hay esquemas mentales y culturales que modelan las tramas narrativas personales en discursos culturales. Dichas experiencias tienen capacidad transformativa a nivel epistemológico pues aportan conocimientos de nuevas vivencias que hasta entonces habían sido inaccesibles. Las nuevas experiencias cambian, en el agente que sufre, la estructura de valores, intereses, preocupaciones, motivaciones, preferencias, deseos que impactan la identidad y el carácter, y a nivel práctico se expresan en los alcances de las acciones del sujeto. La pérdida de la autonomía y la desestabilización situacional influyen en el sentir, el pensar, el decidir y el actuar.

La experiencia del padecer no es sólo racional, sino situacional, depende del momento: la agencia de la persona no es la misma durante la crisis de la enfermedad (en la cual transita por transformaciones radicales que se expresan en la agudización del dolor y el sufrimiento, y que a su vez afectan la configuración de su identidad) a cuando pasa la crisis y el agente asimila, reconfigura y resignifica su experiencia (antes, durante, después en el devenir del padecer). Las transformaciones de la experiencia ante la enfermedad serían, por ejemplo, el sentido del propio cuerpo, las capacidades prácticas, la autonomía, la inestabilidad de las relaciones sociales o el miedo a la reaparición de las crisis.

Como refiere Carel, la enfermedad constituye una experiencia transformativa involuntaria. Uno no elige padecer, es inevitable y forma parte intrínseca del ser humano, como la muerte; la diferencia es que el padecer puede ser tratado y la pérdida de la vida es inexorable. La experiencia transformativa del sufrimiento, puede llevar a la superación y al crecimiento personal. No obstante, el padecer no debe ser visto como un camino a seguir, el sufrimiento puede ser mitigado o reducido y eventualmente encuentra acomodo en la identidad narrativa del sujeto (Ricoeur, 1996). Las experiencias transformativas como la enfermedad, pueden ofrecer oportunidades edificantes para cultivar y practicar preceptos morales, sabiduría y darle sentido existencial a la vida, aunque no siempre sea así. Habrá que decir que en ocasiones los efectos nocivos de la experiencia no se superan, las pérdidas son pérdidas, y el sufrimiento es un componente inherente en ellas. No obstante, es posible elaborar las experiencias transformativas por medio de las narrativas de restauración que menciona Frank (1991), en las cuales se espera un final feliz que entiende la enfermedad como algo que se puede curar y revertir. Aunque también se refiere a las anti-narrativas o narrativas del caos cuando no existe vuelta a la normalidad.

En las investigaciones sobre narrativas también ha surgido la distinción/articulación de los pequeños y grandes relatos (Bamberg, 2006; Freeman, 2006, Georgalopoulou, 2007). Aquellos que postulan las micro-narrativas argumentan que habría que atender las estructuras sociales de la vida cotidiana, es decir, los fenómenos comunicativos que ocurren naturalmente entre las personas. Estas mini historias tienen que ver con el tiempo de la consciencia, con estados y eventos indefinidos que están en continuo desenvolvimiento en el plano de lo habitual, lo imaginario y lo anticipado, pero también con el pasado de eventos singulares. Involucran contenidos repetidos o temas diseminados en otros datos relacionados, ocurren en el lenguaje hablado pero también en el escrito, en las expresiones paralingüísticas y en la acción. Las experiencias transformativas vinculadas a la enfermedad donde emerge el dolor y el sufrimiento se ubican en formas discursivas y performativas como las conversaciones, las interacciones y los diálogos que dan sentido a la vida cotidiana.

La complejidad de las experiencias de padecer y sus sentidos socioculturales son “hechos de la vida” con los que hay que lidiar e interpretar. La posibilidad de revisar las metas de la vida frente a las calamidades



involuntarias y la coexistencia con las limitaciones, enfermedades, discapacidades, y pérdidas, por medio de las narrativas, visibiliza y atempera la sensación encarnada de vulnerabilidad, en los ejes temporales, territoriales y socioculturales. Las narrativas ofrecen diversas formas de ordenar los relatos dentro y fuera del tiempo: en secuencias narrativas no verbales, o en instancias geofísicas o socio-históricas que permitan entender la sucesión, o la reconstrucción del pasado por medio de la identificación de nuevos presentes, o en la proyección del presente en la imaginación futura (Clark, 2003). La noción de subjuntivización que propone Good (2002) puede ser útil para explicar el rol que juega el futuro y la esperanza en la experiencia de padecer. El tropo del tiempo se tensa en las interpretaciones que realizan los estudiosos de las narrativas con el fin de explorar temporalidades diferentes, por ejemplo, las del inconsciente, o las de las realidades vividas, o los efectos complejos de las brechas temporales en la reinterpretación de los datos narrativos.

El sufrimiento, entonces, podría entenderse como una forma de transformación impuesta sobre los cuerpos frágiles, en sociedades injustas, sujeto a las contingencias del mundo y las herencias. Encontrar el modo de contender con esos hechos es una tarea existencial primordial para los seres humanos. En este punto se puede proponer que la diferencia entre sufrir y padecer es que el sufrimiento da significado cultural al dolor, a las sensaciones, a las emociones, mientras que el padecer implica una trayectoria, una elaboración temporal, una trama secuencial que posibilita la narración. Así, las narrativas aparecen como recursos para resignificar las experiencias transformativas en la reconstrucción de la identidad biográfica cuando irrumpe la enfermedad.

Davies y Sullivan: los sentidos culturales del sufrimiento

A diferencia de Carel, que parte de las experiencias transformativas personales, Davies (2011) se refiere a la comprensión y el manejo del sufrimiento emocional enmarcado en distintos horizontes culturales. Distingue entre el modelo positivo según el cual el sufrimiento tiene un propósito, característico de los siglos XVIII y XIX, y el modelo negativo de los últimos treinta años según el cual el sufrimiento no tiene propósito. Antes el sufrimiento se leía en clave religiosa, filosófica y moral. En cambio, en la actualidad, con el proceso de racionalización, el sufrimiento se entiende en términos biológicos y psiquiátricos. Esta mutación se enmarca en los grandes procesos de secularización y medicalización, cuyo ejemplo de expresión moderna se ubica en la psiquiatría, en las psicoterapias conductuales, la industria de la felicidad, así como en los mercados que promueven el consumo, el individualismo, y los movimientos médicos de corte positivista. Estos comportamientos afectan a las formas de vida y tienen implicaciones en la manera de concebir el sufrimiento. Davies se pregunta si el sufrimiento debe ser anestesiado y erradicado a cualquier costo por medio de anti-depresivos, actividad excesiva, medios de comunicación distractores o patrones de consumo rápido. Al desplazar el sufrimiento surgen preguntas como: qué efectos emocionales se producen en las personas, en las relaciones sociales mediadas por la información y el consumo, o en las tradiciones culturales de diversas comunidades. Patologizar, medicalizar, consumir, anestesiar las experiencias incómodas, entre ellas el dolor y el sufrimiento, pueden profundizar el malestar y hacer a las personas dependientes de estos remedios inmediatos. Habría que analizar sociológicamente tanto los recursos que remueven el descontento como las respuestas sociales a los mismos.

Esta idea que vincula la cultura y el sentido del sufrimiento, aparece también en Sullivan (2019). Existe la noción común de que cuando se comprenden las causas del sufrimiento se pueden evitar catástrofes futuras, lo que refleja una motivación epistémica práctica. Sin embargo, al mismo tiempo, es claro que las necesidades prácticas de las personas de explicar el sufrimiento, no siempre los llevan a alcanzar objetivos científicamente racionales sino creencias sobre la realidad. Más que entender exactamente, de manera mecánica, el porqué del sufrimiento, las personas buscan el significado de la vida, la comprensión de la propia identidad, explicar el trauma o la amenaza a su integridad, así como la sensación de lo insólito, de la ruptura de su seguridad que conlleva el dolor. La cultura resuelve el problema de los sentidos del sufrimiento y su polisemia al interpretarlo desde ciertas cosmovisiones o sistemas de creencias. La cultura filtra y registra las amenazas y modela el sufrimiento para proveer de interpretaciones normativas e intentar dar respuestas.

La relación entre las experiencias individuales del sufrimiento y la cultura circundante se constituyen mutuamente. Los patrones culturales orientan a los individuos ante el sufrimiento y refuerzan dichos patrones de manera cíclica. De esta manera, en sintonía con Davies, Sullivan sostiene que es posible predecir variaciones en los constructos del sufrimiento a la luz de las estructuras culturales y sociales en cuestión. Este último autor se centra en dos constructos del sufrimiento: el “represivo” que señala la desviación individual y la necesidad de reforzar el orden social, y el constructo “redentor” en el que el sufrimiento es visto como necesario para el crecimiento personal y la individuación. La fluctuación entre individualismo y colectivismo, y las cosmovisiones entre humanismo y normativismo, se vinculan con la tendencia de los constructos sobre el sufrimiento. Las



estructuras narrativas que subyacen al discurso y a la acción performativa, se basan en los supuestos epistemológicos con los que se aprehende la realidad y se expresan en las representaciones sociales que circulan en las sociedades a través de las narrativas.

Las narrativas, desde las versiones micro-situacionales hasta los meta-relatos, se estructuran en tramas que organizan los sucesos y experiencias en un dinamismo integrador con distintas lógicas y cronologías. En las historias se pueden identificar tensiones, coaliciones, situaciones conflictivas, acciones transformadoras, desenlaces y situaciones reconfiguradas que constituyen el drama narrativo. En el caso de los cambios corporales y mentales asociados a la enfermedad, las tramas son diversas, pero el eje de la estructura narrativa por lo general gira en torno a este esquema: una situación inicial donde irrumpe la enfermedad, un nudo conflictivo que provoca acciones para resolver la problemática, y la búsqueda de la restitución del estado preliminar, o en su defecto el control del padecer. Este esquema se repite en episodios complejos, cuyos motivos son el dolor y sufrimiento, con peculiaridades diversas y con agentes que ocupan posiciones distintas en contextos sociales específicos.

Toombs y Cassell: la comprensión del sufrimiento en la relación paciente-médico

Para entender la manera en que la enfermedad es aprendida de manera diferente por los pacientes y los médicos Toombs parte del análisis de Sartré (1956) sobre el dolor y la enfermedad donde identifica cuatro niveles en la constitución del significado: experiencia sensorial pre-reflexiva, enfermedad sufrida, enfermedad padecida (*disease*) y estado de la enfermedad clasificada nosológicamente por el médico (*disease state*). En la primera parte, el dolor es el cuerpo (pre-reflexivo), el órgano que duele en un momento determinado, cuando el dolor se hace consciente se convierte en objeto-dolor (enfermedad sufrida), al ser reflexionado el dolor se convierte en objeto psíquico (enfermedad) fuera de la subjetividad y del cuerpo y tiene su propia forma. En otro nivel, el de la enfermedad (*disease*) se trata de la representación de la enfermedad a partir del conocimiento de otros, por ejemplo, la ciencia médica. Se pasa de la experiencia vivida al ser-en-otros, la objetivación del cuerpo que escapa a la experiencia. En la fase del estado de la enfermedad, el dolor ya es territorio del médico y su lenguaje, ahí la persona se convierte en paciente y experimenta un estado de alienación del propio cuerpo. Esta trama narrativa de la relación médico-paciente implica una gran complejidad hermenéutica sobre los signos, síntomas y significados involucrados en el dolor y el sufrimiento asociados a la enfermedad. La lectura médica no traduce del todo la experiencia del paciente, esta última no puede ser reducida a un estado patológico, así que una cosa es curar (atender al paciente) y otra aliviar el sufrimiento.

Al respecto, Cassell (1982) refiere que los síntomas del padecer son los reportes que el paciente hace de su experiencia y de sensaciones corporales que le son ajenas o inusuales. A nivel reflexivo se entienden como disfuncionales e incómodas porque causan dolor. Al buscar explicarlas hay que darles significados, lo que va de la experiencia a las representaciones abstractas de la biomedicina. La enfermedad objetivada vista por el médico provoca en el paciente la dislocación entre su ser y su cuerpo, proceso que se intensifica en la trayectoria de atención donde los constructos anatómico-fisiológicos del médico transforman el dolor en objeto científico.

Para Cassell, la cuestión del sufrimiento y su relación con la enfermedad orgánica rara vez se aborda en la literatura médica. En su artículo, el autor ofrece una descripción de la naturaleza y las causas del sufrimiento de pacientes en tratamiento médico. Presenta una distinción basada en observaciones clínicas entre el sufrimiento y la angustia física. El sufrimiento es experimentado por personas, no simplemente por cuerpos, y tiene su origen en desafíos que amenazan la integridad de la persona como una entidad social y psicológica compleja. El sufrimiento puede incluir dolor físico, pero de ninguna manera se limita a él. Cassell explica que el alivio del sufrimiento y la cura de la enfermedad deben verse como obligaciones gemelas de una profesión médica verdaderamente dedicada al cuidado de los enfermos. El hecho de que los médicos no comprendan la naturaleza del sufrimiento puede dar lugar a una intervención médica que, aunque técnicamente adecuada, no solo no logre aliviar el sufrimiento sino que se convierta en una fuente de sufrimiento en sí misma.

Las narrativas del padecer de los enfermos, incluyen no sólo las conversaciones en la relación médico-paciente, sino los intercambios comunicativos en contextos con diversos agentes involucrados como cuidadores, familiares, otros médicos, equipo de salud institucional, autoridades diversas, comunidades, etc. Todos ellos tienen perspectivas distintas sobre las enfermedades, el sufrimiento y su atención. El campo de la salud se vuelve entonces un espacio de intensas interacciones donde se posicionan los discursos, expresados en narrativas polifónicas que existen en el imaginario social con mayor o menor legitimidad.

Reflexiones finales

En las narrativas del padecer se entrecruza lo personal, lo social y lo relativo a la salud, todo ello mediado por el cuerpo que siente y sufre. Las afectaciones corporales, las emociones, los sentimientos, las actitudes, los saberes que acompañan a la experiencia del padecer se expresan en las narrativas. Por medio del lenguaje verbal y no verbal, el sujeto enfermo se sitúa en contextos específicos y expresa su condición a través de esquemas socio-culturales incorporados que le permiten darle sentido a su experiencia y transmitirla para que sea comprensible al otro. En la acción de relatar se ponen en juego la propia identidad, las relaciones con otros, las ideas preconcebidas y las proyecciones a futuro. En las narrativas del padecer, la comprensión de la experiencia corporal transformativa, cuando irrumpe la enfermedad o se vive con ella, pasa por los significados sociales atribuidos por la biomedicina, la familia, la tradición, la comunidad o los referentes de salud pública, y tienen efectos en la identidad y la historicidad del sujeto. En los relatos, se manifiesta la relación entre el cuerpo y la cultura, lo que permite visibilizar problemas intrínsecos de ser y estar en el mundo a nivel ontológico, epistemológico, metodológico, ético y estético, entre otros.

La investigación sobre narrativas busca visibilizar las voces personales y colectivas de los agentes que se mueven en estructuras sociales plasmadas en normas, reglas, sentidos morales y formaciones culturales sedimentadas. En ocasiones se trata de voces silenciadas y de sufrimiento velado, o de argumentos con posturas que debaten, o de discursos aceptados incorporados en las identidades personales. En estos enunciados aparecen múltiples elementos que incluyen cosas dichas, recordadas, imaginadas, compartidas, escuchadas. Las implicaciones socio-culturales son importantes en la manera en que se delinea el sufrimiento. Las grandes narrativas culturales o meta-relatos influyen en la constitución subjetiva e intersubjetiva y sitúan al dolor y el sufrimiento en entramados de significado desde los cuales se construye la identidad narrativa de las personas y las colectividades. La investigación narrativa es un campo transdisciplinario con múltiples posibilidades de análisis y cualquier intento por simplificar su complejidad afecta la riqueza de sus aproximaciones, la comprensión teórica, los hallazgos no esperados, así como los caminos insospechados que puede tomar. Las narrativas del padecer tienen el potencial de desvelar e interpretar los sentidos y significados vinculados con el dolor y el sufrimiento.

Dra. Liz Hamui Sutton

Académica de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México
lizhamui@gmail.com

Agradecimientos

*Este escrito se elaboró en el marco del Grupo de Lectura sobre el Sufrimiento coordinado por la Dra. Asunción del Río y el Dr. David Fajardo Chica, del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM; ellos nos acercaron a textos interesantes y su discusión en un grupo multidisciplinar que enriqueció las temáticas abordadas.

Declaraciones

El presente manuscrito no ha sido publicado anteriormente y la autora no tiene conflictos de interés.

Bibliografía

- Bamberg, M. (2006). Stories: Big or Small. Why do we care? *Narrative Inquiry* 16(1), 139-47.
- Carel, H. (2013). The body in illness. *Illness. The cry of the flesh*. New York: Routledge.
- Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 306, 639-45.
- Clark, J. (2003). Urban culture: Representation and experience in/of urban space and culture. *Agenda* 57, 3-10.
- Davies, J. (2011). Positive and negative models of suffering: an anthropology of our shifting cultural consciousness of emotional discontent. *Anthropology of Consciousness* 22(2), 188-208.
- Frank, A. (1991). *At the will of the body*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Freeman, M. (2006). Life on 'holiday'? In defense of big stories. *Narrative Inquiry* 16(1), 131-8.
- Georgalopoulou, A. (2007). *Small Stories, interaction and identities*. Amsterdam: John Benjamins.
- Good, B. (2003). *Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una Perspectiva Antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Gready, P. (2013). The public life of narratives: Ethics, politics, methods. En M. Andrews, C. Squire y M. Tamboukou (eds), *Doing Narrative Research* (pp. 240-254). UK: Sage.
- Hamui, L. (2019). Entramado teórico metodológico en la investigación de las narrativas del padecer. En L. Hamui et.al. (eds) *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas* (pp. 1-38). México: Facultad de Medicina, el Manual Moderno.
- Jodelet, D. (1990). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales* 3(5), 32-63.
- Ricoeur, P. (1996). Sexto estudio: El sí y la identidad narrativa. En P. Ricoeur. *Si mismo como otro* (pp. 138-172). Madrid: Siglo XXI.
- Sartre J. P. (1956) *Being and Nothingness: a Phenomenological essay on ontology*. New York: Pocket Books.
- Sullivan, D., Palitsky, R., Young, I. F. (2019). The role of cultural beliefs and existential motivation in suffering perceptions. En B.T. Rutjens & M.J. Brandt (eds) *Belief system and perception of reality* (pp. 97-114). New York: Routledge.
- Toombs, S. K. (1992). *The Meaning of Illness. A phenomenologic account of different perspectives of physician and patient*. USA: Springer.

La hora de visita

Son las diez de la noche. Hora de visita. El médico me acaba de informar de que hoy no podrá ingresar. No hay camas libres. Quizá si quedara alguna después, pero parece que hay más pacientes delante esperando. Cama libre. A estas horas de la noche, eso significa si muere alguien. Nunca lo dirían así, claro, cómo decirlo. Muere un paciente, se limpia la habitación y se ocupa por otro, la cama en la que poco antes agonizaba una persona. Mejor no pensarlo. Quizá, ha dicho, pueda pasar a la Observación. Conozco la Observación, de anteriores ingresos. Sí, más amplia, sí, en una cama y no esta incómoda camilla, sí, más distancia entre ellas. Pero otro amontonamiento. Y en todo caso, sola toda la noche.

Eso me ha dicho. Pendiente de ingreso. Otra vez. Una infección pulmonar, una nueva neumonía, de nuevo la comida, otro atragantamiento. Como hace dos meses, como hace seis meses. Cada vez más frecuentes. No está grave, no lo parece. Pero a su edad, todo ingreso supone un peligro. Cómo no va a suponerlo. Está ya tan frágil. Cada vez un peldaño más que se baja. Le dan antibióticos por la vena, le ponen sueros y una mascarilla de oxígeno, responde, supera la infección, y de nuevo a casa.

Era un médico joven, como siempre. Con prisas, como siempre en la Urgencia. Miro alrededor. Aquí, apiñadas, hay seis camillas, ocupadas por otros tantos pacientes, al lado, otras tantas, y las mismas un poco más allá. Apenas medio metro entre ellas, sin ninguna intimidad. Muchos ancianos, como ella, como ella muchos con la mirada perdida, desconectados del mundo, sin apenas capacidad para hablar. Qué lugar más amargo. Sin ninguna ventana, sólo la luz mortecina que baña todo de un azul neutro y frío. Silencio, interrumpido por algún lamento de un paciente, supongo que con la misma demencia que mi madre, o por la queja o la pregunta de alguno más consciente.

Fíjate en ella. Tan pequeña, oculta entre las sábanas. La miro, no me devuelve la mirada. La llamo y no me responde. Ahora está más tranquila, con el oxígeno la respiración se ha calmado, pero sigue ese ruido horrible, como de olla hirviendo, que se apodera de su pecho. No come nada desde ayer. Ya a media tarde se encontraba peor, una ha aprendido a reconocer los síntomas, más apagada, somnolienta toda la tarde. Le intenté dar de comer, apenas abría la boca, le metía una cucharada del puré, la retenía un rato y la escupía. Tosió, quizá algo se le fue al pulmón, no lo sé, pero qué voy a hacer, ¿no darla de comer? Tampoco bebía. Después empezó la angustia, la respiración agitada, ese borboteo, la fiebre por fin. Duele tanto verla sufrir así. Aunque ya no sienta la angustia de la primera vez. Entonces no sabía qué hacer, pensé que se nos moría allí, entre espasmos, ahogada. Fue hace sólo seis meses, pero parece tanto tiempo. Aún caminaba, con el bastón, apoyada en mí o en alguno de sus nietos. Sabía nuestros nombres, se reía. Esa risa que ya no volverá. La risa de mi madre. Su voz diciendo mi nombre. Su mirada acariciándome, también regañándome, claro. Ahora sus ojos lanzan una mirada perdida, que apenas se detiene en una. Aquella vez, hace seis meses. En aquel tiempo, es cierto, ya había comenzado su declinar, lentamente, sus respuestas incoherentes primero, sus despistes, sus lagunas de memoria después. Nos desesperábamos, ¿cómo es posible?, cuando perdía las gafas o no recordaba lo que acabábamos de decirle, y qué lástima su gesto de impotencia, de confusión, de vergüenza. Ahora ya no volverán. Aquella noche, aquella primera complicación. Antonio, mi marido, llamó al 112, la ambulancia tardó unos veinte minutos en llegar, eso lo supe luego, porque se me hicieron interminables, cada vez más ahogada, sin nada que nosotros pudiéramos hacer. Subieron ya con la camilla. En cuanto la vieron, supieron cómo actuar. Qué alivio, dentro de la angustia, saber que otros saben hacer lo que una ignora, traspasar la responsabilidad. Ver cómo le ponían oxígeno, cómo le cogían una vena y le pasaban alguna medicación, cómo la subían a la ambulancia. Es cierto, actuaron con una frialdad, con cierto desinterés sin duda nacido de la costumbre. Qué trabajo el suyo, que convierte en rutina lo que para nosotros era una tragedia. Igual la segunda y la tercera vez. Aunque nuestra ansiedad, la de entonces, ya no sea la misma. A todo se acostumbra una. Por más que cada vez parezca que vaya a ser la última.

Luego viene el traslado y la entrada en la Urgencia. Ella atraviesa las puertas batientes, la pierdo de vista, yo tengo que ir a dar los datos. Esperar una incoherente fila, ¿cómo puedo hacer fila cuando mi madre quizá se esté muriendo? ¿Por qué no puedo estar con ella? Me dejan en la sala de espera. Qué mal lo pasé. No es que hoy lo haya pasado mejor, pero una ya conoce el sistema, el siempre colapsado sistema de las Urgencias, y se resigna.



Por fin, ya la voz metálica por un altavoz, ya el grito de alguien, me llama. Vuelvo a recordar la primera vez. No puedo olvidarla. Nunca había ido a una Urgencia de un gran hospital, afortunada que es una. Qué impresión, ese pasillo con camas apiladas a los lados, hasta entrar en el cuarto donde me reencontré con mi madre. A su lado, la médico, aquella vez una chica que parecía recién salida de la facultad, algo tímida, interpreté que insegura. Mi madre apenas había mejorado, respiraba más despacio, es cierto, y esa mirada de espanto que me desolaba en casa se había apaciguado. Casi no entendí lo que me decía la médico, que parecía una infección del pulmón, que había que esperar resultados pero ya habían iniciado un tratamiento. Que estaba grave, y a su edad el pronóstico era incierto. ¿Cómo era posible, si esa misma mañana habíamos estado paseando? Recuerdo ese gesto de escepticismo en su cara, como si no se lo creyera, o si pensara que qué podíamos esperar a su edad, ese gesto tan incongruente con el rostro juvenil y temeroso anterior, ese gesto que probablemente fuera inconsciente y olvidado en cuanto salió de la habitación, pero que a mí se me quedó clavado, porque, por primera vez, la idea abstracta de que mi madre era mayor y cualquier día podía darnos un susto se convirtió en la realidad de que podía morir, de que mi madre podía abandonarme, como ya hiciera hace años mi padre, también bruscamente, pero entonces yo no lo vi, recibí sólo la llamada de mi hermana, que le había dado un infarto, que había sido muy rápido. ¿Cómo puede una lidiar con esos choques a los que te somete la vida?

Ya pronto me dirá que tengo que salir. La dejaré sola, no sabré nada de ella hasta mañana. Quizá debiera irme a casa y descansar, no hago ya nada aquí y hasta mañana no podré entrar de nuevo, si pasara algo tienen mi teléfono. Estoy agotada. Pero ¿cómo puedo decir eso?, ¿cómo puedo siquiera pensar en irme y dejarla sola en el hospital?, ¿cuándo habría hecho ella algo parecido? Es cierto, la rutina nos hace insensibles. Vuelvo a aquel primer ingreso. Tras informarme, tuve que salir y volver a dejarla de nuevo, sabiendo que estaba grave, que estaba confusa y que verse rodeada de extraños, pinchada, la asustaría aún más. Tampoco podía entenderlo. Esperé fuera, con Antonio y Carlos, mi hijo mayor, su nieto preferido, llamando y recibiendo llamadas, mi otra hija, Laura, que estaba en Londres con una beca y preguntaba si tenía que venir, mi hermana Sara, siempre tan fría y racional. Volví a entrar a la hora de visita, como ahora, a las diez, para decirme lo mismo, como siempre sin camas en el hospital. Ella parecía más calmada, dormía rendida al agotamiento. La médico que me atendió era otra, algo mayor, más cariñosa, me intentó tranquilizar, sin quitar gravedad a la situación. Pedí que me dejara quedarme. Me señaló el resto de la Urgencia. Camillas por doquier, médicos y enfermeros deambulando sin parar. Entendía que mi madre estaba grave, pero no era la única, si me dejara quedarme a mí tendrían que dejar a todos los familiares y eso sería un caos. Tuve que aceptar que tenía razón. Como la segunda vez, como ahora. Y tiene razón Antonio, nada gano quedándome en la sala de espera toda la larga noche. No podré pasar ni verla, no descansaré y mañana me espera otro largo día. Es lo razonable y mi experiencia de las dos veces anteriores debería convencerme. Pero, ¿y si le pasara algo?, ¿y si empeorara?, ¿y si, digámoslo ya, muriera y yo no llegara a despedirme? Sé que es algo que no me perdonaría. Aunque, y esto es lo más cruel, sé que ella no se daría cuenta, que no me reconoce, que no sabe que soy su hija. Pero sigue siendo mi madre. La misma que me cuidaba de pequeña, que me animaba de joven, que siempre estuvo allí cuando la necesité. Algunas veces envidio a mi hermana Sara. No vino entonces, hasta la mañana siguiente. ¿Para qué, argumentó, si no podía entrar y ya estaba yo? Así ha sido siempre, tan despegada, tan distante. Y después, la semana que estuvo ingresada, sólo tres visitas, rápidas, de compromiso, por las tardes. Nada de quedarse con ella por las noches, por Dios, no, ella tiene que trabajar, tiene una profesión que cumplir. Siempre ese velado reproche, ese orgullo de que ella terminó una carrera y tiene su puesto en una empresa no tan grande como se cree, mientras que yo no terminé la carrera porque, qué cosas, me enamoré, me casé y preferí dedicarme a mis hijos antes que terminar Farmacia. Eran otros tiempos, bien es cierto. Pero no me arrepiento y me da igual que me lo saque a relucir. Bien orgullosa estoy de mis cuatro hijos. Y sé que aunque a mis padres les entristeció que renunciara a la carrera, siempre prefirieron mi carácter casero y familiar al suyo, tan frívolo y, sí, egoísta. Eso es lo que nunca ha podido perdonarme Sara, que nuestros padres y, sobre todo, nuestra madre, se sintiera más inclinada hacia mí. Pero bien que se lo ha ganado, y también tiene mucho que ver mi Antonio, siempre tan solícito, frente a su Manolo tan pagado de sí mismo. Porque mucho le dolerá esa preferencia, pero, ¿se ofreció a quedarse con Mamá cuando, ya muerto Papá, empezó su decaída y no pudo valerse sola? No, qué va. Primero dio largas. Luego propuso una residencia, que ella pagaría si era necesario. Siempre sacando a relucir sus dineros. No tengo nada en contra de las residencias, pero no mientras nosotros podamos atenderla. Ya me sabía yo el plan, a ver cuántas visitas haría. Y luego otra, que para entonces mi madre tenía la cabeza en su sitio y puedo imaginarme cómo habría reaccionado al internamiento. Así que se vino a nuestra casa. Antonio no puso ninguna pega, como si fuera su madre (que en paz descance), Carlos y Laura ya no vivían en casa y había cuartos de sobra, María y Luisillo encantados de tener a la abuela en casa. Así hasta hoy. Cada vez más difícil, para qué negarlo. Tras el primer ingreso, apenas podía moverse de la cama al sillón, se desorientaba por las noches y había que medicarla, a veces se le escapaba el pis, había que ayudarla con la comida. A mí me suponía dedicarla mucho tiempo. Era como tener otra vez un niño pequeño en casa, solo que mucho más triste. Pero era mi madre, así había cuidado ella de mí cuando yo era un bebé, era mi obligación, es mi obligación. Se lo debo. Claro que, a pesar de todo, era más fácil que ahora, podíamos hablar, recordar todavía historias antiguas, no me importaba responder todos los días a las mismas



preguntas sobre parientes y amigos. Fueron meses duros, pero comparados con los siguientes, parecen casi felices. Porque vino el segundo ingreso, de nuevo en el hospital, de nuevo a casa después, más deteriorada. Sus cuadros de confusión aumentaron, a veces me llamaba por el nombre de su hermana mayor, que murió hace diez años, a veces preguntaba por Papá, como si estuviera en la otra habitación. También se agita más, y tiene hasta alucinaciones, hemos cambiado de medicación y algunas le han sentado fatal, ya comenzó en el hospital, qué noches, gritando e insultando con groserías que jamás habría esperado escuchar de mi madre, gracias que la gente del hospital está acostumbrada y le seguía la corriente. Ya solo come purés y necesita pañal porque se lo hace todo encima. Necesita atención constante y, la verdad, a mi me cuesta llegar a todo, aparte de que me acerco a los sesenta y cinco años y mis fuerzas no son lo que eran. El médico del ambulatorio le cambia las pastillas, a veces le duermen demasiado (y es una tranquilidad, vale, pero después se pasa el día sin despertar y tampoco es eso) y otras apenas contienen su agresividad. Hemos pedido ayuda en Trabajo Social, a Antonio la crisis le ha azotado con dureza, pero al parecer no tanto, las ayudas son mínimas y sólo viene una mujer a ayudar dos horas al día. Hemos tenido que adquirir una cama articulada, menos mal que Sara, que visitar lo mínimo y cada vez menos y con prisas, se ha sentido generosa y la ha pagado ella. Con el dinero que nos dejamos en pañales y empapadores se va medio sueldo.

¿Y ahora qué? Esperemos que mejor. Que pueda irse de alta, por supuesto. Pero, ¿cómo nos apañamos si cuando salga está aún peor? Porque ya nos lo advirtió el Dr. Freire durante el primer ingreso, cada vez que tiene una nueva infección, es un escalón que se baja y no vuelve a subirse. Así que a ver. Ahora, unos días en el hospital, espero que pronto en una habitación, y en cuanto esté un poco mejor, de nuevo a casa. Porque no se esperan, no, en cuanto que no necesita el antibiótico por la vena y come un poco, ya no la quieren en el hospital. Que lo entiendo, porque bien, bien, nunca estará y las convalecencias de siempre se pasan en casa, pero es que hay algunos, como el doctor del segundo ingreso, que parecen estar deseando perdernos de vista. Qué modales en el pase, qué desprecio. Menos mal que los médicos más jóvenes que le acompañaban eran más atentos. Hubo días que entró, se sentó en el sofá, curioseó en su móvil mientras los residentes exploraban y hablaban conmigo, y salió casi sin dirigirme una palabra. Malos médicos que en todas partes hay. Pero es cierto que tampoco es bueno que estén mucho tiempo aquí, que luego se cogen infecciones malísimas. Marisa, mi vecina, me contó que su tía, por tenerla más días de lo necesario cuando ya estaba mejor, se cogió una infección de orina terrible que se la llevó al otro barrio. Así que, en fin, a ver qué pasa, si sale y cómo sale. Ya nos apañaremos, siempre lo hemos hecho.

Espero que, al menos, mañana tenga una cama. Una habitación para ella, y para nosotros, algo de intimidad y no la indignidad de esta sala, personas medio desnudas, con ridículos camiones, chicas jóvenes mezcladas con ancianos descuidados, gente sufriendo, el maleducado que no cesa de soltar improperios y la viejecilla que repite la misma frase una y otra vez sin que nadie logre callarla; celadores y médicos, auxiliares y enfermeros, cansados y con prisas, algunos estresados, otros indiferentes, camillas que pasan trayendo nuevos enfermos, un chico con una apendicitis que por fin suben a operar, una mujer con un dolor en la espalda que parece inhumano y que no consiguen acallar por más medicación que le pasan, a veces las camillas vienen vacías y se llevan a alguno de los ancianos, aunque su aspecto no parezca mucho mejor que el de los que se quedan. Suena una alerta, una especie de timbre, enfermeras y médicos corren entonces hacia otra sala, separada por una puerta, supongo que el lugar donde llevan lo más grave, lo que no puede esperar, y una se figura que será igual que en las series televisivas, una camilla entrando a toda velocidad, médicos que aprietan el pecho o ponen los chismes esos que sueltan un calambrazo. Y tardan en salir, y llegan más médicos, y las enfermeras entran y salen, y en el batir de las puertas entrevés una camilla y muchos médicos alrededor, otros hablando, algo separados, y salen de la sala, relajados, incluso sonriendo, como si lo que dejaban atrás no fuera una persona debatiéndose entre la vida y la muerte. Por fin salen todos, rodeando una camilla. Y sí, hay un hombre de mediana edad tumbado en ella. Está dormido. Un tubo sale de su boca. Tres, cuatro, no sé cuántas vías meten líquidos en su cuerpo. Un aparato pequeño muestra esas líneas que dibujan el ritmo del corazón y que, con un pitido intermitente, dan fe de que el corazón late, de que la máquina sigue aguantando, de que la vida aún se aferra a ese cuerpo. Atravesan nuestra sala azul y los pasillos, y los que estamos allí hacinados contemplamos el espectáculo como una distracción, como si fuese un número preparado para hacernos más amena la espera. Cualquier drama se puede volver trivial en el contexto adecuado.

Miro el reloj. Las diez y media pasadas. Aún me dejarán estar un rato más, quizá media hora. Ha sido el cambio de turno, vemos a los que salen sonreír cansados, aliviados por dejar el caos atrás. Nuevo desorden mientras que los nuevos se aclaran con quién es cada uno, intentan poner cara a los nombres que figuran en los papeles, qué medicación tienen que administrar, cuáles pueden comer y el qué. A los médicos apenas se les ve ahora. Ellos no cambian de turno, serán los mismos hasta mañana, una ya va aprendiendo. Sé que llevan metidos en el hospital desde las ocho de la mañana, que aún tendrán que trabajar hasta la misma hora del día siguiente, con suerte durmiendo dos o tres horas. Sé que algunos han subido a cenar. Sé que la mayoría pone su mayor esfuerzo en mantenerse amables y atentos a pesar del cansancio. Pero sé que también los hay incompetentes,



algunos que se les ve pasear indolentes sin demasiada gana de hacer nada, otro que cada media hora se escapa por un pasillo, otra que contesta cortante, maleducada, a la solicitud de algún familiar inquieto. Tampoco he pasado tanto tiempo en las Urgencias, pero ya una va sacando sus conclusiones.

Sobre todo la vez del segundo ingreso. Se repitió la misma escena en casa, esta vez sin Antonio, que siempre me transmite calma, esta vez sola con María, qué mal lo pasó, pobre cría, al ver a su abuela con esa cara de espanto y ese horrible quejido que le quebraba cada respiración. Y yo, tan asustada como la primera vez, pero teniendo que disimular ante mi hija. Qué valor nos obliga a adoptar el vernos observados por nuestros hijos, cuyo temor depende de nuestra actitud. Llamé a Antonio, claro, qué tontería, me dijo -“Ángeles, cálmate, llama al 112 y espera a que lleguen. Yo voy para allá”-; qué más iba a hacer él, aunque al menos su voz y su sentido común me tranquilizó algo. Llegaron, para qué repetir otra vez lo que pasó. Ya en la Urgencia, la situación era aún mucho peor que la de las otras veces. No sé si sería la época, si habría alguna epidemia o qué pasaría, pero aquella vez en el hospital parecía que los pacientes se iban a desbordar con sus camillas por los pasillos. Tuvieron que habilitar una sala adyacente, fría, sin sillas ni ningún mobiliario, como un depósito de enfermos. Uno puede contemplar una imagen así en una película de guerra y pensar qué horror, pero no espera que suceda en un hospital como este, un día más o menos normal de un mes cualquiera. Llegamos una tarde, pasaron unas dos horas antes de que alguien pudiera atenderla. Ahí estaba, aparcada, parecía que olvidada, con su oxígeno y su suero fluyendo por la vía. Habían tomado sus datos, en algún momento un médico se pasó, sólo para echar un vistazo rápido, se fue sin explicar nada y el tiempo seguía su marcha. Nadie me echó, tenían demasiadas cosas que hacer para fijarse en mí. Mi madre estaba allí, con su hervor en el pecho, de nuevo más tranquila, sus ojos perdidos en la pared. No contestaba. Bien pensé en algún momento que se nos iría sin que nadie la viera. Pero es que en un radio de menos de cuatro metros había otros dos ancianos en la misma situación. Siempre he sido una persona muy comprensiva, ese es mi mayor defecto. Porque tiendo a justificar a los demás, a conformarme con sus explicaciones, sobre todo cuando, como aquella vez, les veo correr sin parar de un lado a otro, con un gesto de agobio, a veces diría que de espanto, ante lo que se les echaba encima. No veía que pudiera reprocharles nada, no a ellos, el problema, que por lo demás era evidente, venía de más arriba y ellos eran, en cierto sentido al menos, también víctimas de ese desaguisado. Por eso no me quejaba. Me irritaba bastante una mujer que esperaba atención. Tendría unos cincuenta años mal aparentados, vestida con más pretensión que estilo, con alarde de dinero que no conseguían disimular su mal gusto. No sé qué le habría llevado a Urgencias, pero en mi ignorancia no veía nada urgente en ella. Sentada en una silla que se había agenciado no sé de dónde, no se quejaba de dolor. No parecía mareada, respiraba bien (y no paraba de hablar sin quedarse sin resuello). Pero se quejaba todo el rato, de qué mal iba todo, de qué incompetentes eran los médicos, de qué groseras las enfermeras. Una de ellas, educadamente a mi parecer, intentó explicarle algo, contestó que ella pagaba los impuestos y tenía derechos, que era ella quien la pagaba. En fin. Creo que con buen criterio, nadie le hizo caso. Hasta el punto de que acabó levantándose, amenazando con poner una reclamación. Al médico que por ahí pasaba le dejó bastante indiferente la advertencia. Total, que media hora después, y entre grandes aspavientos, acabó por irse. Así, sin más. ¿Qué cosa tan grave debió llevarla a la Urgencia, que se iba tan sana sin que ningún médico la estudiase? Quizá me equivoque y en verdad tenía algo grave, imagínate, quizá después se vio sola en su casa y lloró, porque en realidad nadie cuidaba de ella, y ya, si nos ponemos dramáticos, quizá lo que fuera que la llevó a Urgencias y que nadie supo ver, afloró aquella noche y la mató, desatendida, en su casa vacía. Pero creo que ya me estoy montando otra película.

A lo que iba, que estábamos allí solas, como ahora, aunque al menos ahora ya la han visto y la han estudiado y le han iniciado un tratamiento. Entonces nadie la había atendido todavía. Y estaba mi angustia, y la mujer insoportable quejándose, y el escenario tan deprimente. En eso que veo entrar a Sara. ¡Albricias!, que decía nuestro padre. Parece que María la había llamado, creo incluso recordar que yo se lo dije, y por casualidades del destino estaba en el hospital visitando a un amigo de Manolo. Así que entra, contempla la situación y en seguida decide que eso no puede ser, que es una vergüenza que nadie haya atendido a su madre. Somos tan diferentes. Habla con dos enfermeras, coge a un médico que pasaba incauto por ahí. Protesta, gesticula. El médico intenta explicarle la situación, pero no consigue convencerla. Espoleada por la otra mujer, que acompañaba con un “así es” cada queja de mi hermana, Sara a su vez amenaza con poner una queja, exige ver al responsable de la Urgencia. Quizá si hubiera ido a dar con uno de esos residentes jóvenes y tiernos, aún podría haberle impresionado. Pero el médico con el que discutía parecía ya avezado en esas situaciones, con voz cansada y sin demasiado interés dijo que iría a ver cuántos pacientes quedaban por delante e intentaría que se viera lo más pronto posible. Que es, supongo, lo que diría a cualquiera. Un poco de vergüenza ajena ya sentía yo. Así que tuve que soportarla a mi lado hasta que alguien se preguntó qué hacían dos acompañantes allí y nos rogó que saliéramos. Nuevas quejas de Sara. Ese es el problema. A la gente como Sara el resto del mundo les resulta indiferente, están convencidos de que sólo protestando y siendo unos insoportables se consigue lo que se quiere, y si así lo logran, pasando por encima de los demás, se sonríen victoriosos y soberbios. Por suerte, aparecieron una médico y un enfermero para llevarse a mi madre a explorarla, por fin. Sara, en efecto, me miró triunfante,



como si fuese gracias a ella que vieran ya a nuestra madre, como echándome en cara mi pasividad. Entonces sí, entonces ya se fue, no tenía el más mínimo interés en quedarse, ya le llamaría yo con lo que fuera. Yo sí estuve en la sala de exploración con ella, no sé porqué esa vez quisieron que entrara. Fueron muy amables, la verdad. Después, entró el médico de antes, al que se había encarado Sara. La médico más joven le resumió la historia. No pude, o no quise, evitar disculparme. Dijo que no me preocupara, que era normal, con tanto lío y tanta espera. Lo admito, tenía una curiosidad malsana que no sabía como aplacar, con circunloquios quise saber si nos había “colado”. Por lo visto no, bueno, en realidad cuando fue a comprobarlo sólo quedaban dos pacientes por delante, uno de ellos igual de grave que mi madre, la otra una señora que venía por una tontería y que podía esperar, pero habría hecho lo mismo sin las quejas de mi hermana. Qué alivio. Ella estaría contándolo tan orgullosa a sus amistades, pero yo sé que entonces, como tantas otras veces, lo único que logró es caer mal a gente de la que, por las buenas, seguro que hubiera conseguido más. De hecho, conmigo fueron muy amables, hasta me dejaron quedarme con ella, dado que en la sala habilitada aquella noche tampoco molestaba mucho, y dos o tres veces a lo largo de las horas se acercaron a interesarse por Concepción, por mi querida madre.

Y aquí estamos de nuevo. No tendré esa suerte, me temo que no van a dejar quedarme. Lo entiendo, claro. Quizá debería irme a dormir. Parece tranquila, seguro que no le pasa nada, serían sólo cuatro o cinco horas, y cuánto las necesito. Me parece horrible la idea, pero es que estoy agotada. Y respira bien. Claro que la otra vez también respiraba bien, y qué susto nos dio. Ya en la habitación, es ese segundo ingreso. Parecía más calmada. Llevaba dos días con antibiótico y con las nebulizaciones esas para abrir los bronquios (una va aprendiendo palabrejas de médicos con el tiempo). Pero, de repente, esa noche, me despertaron sus quejidos. Otra vez la mirada perdida en un gesto de terror, otra vez respirando como si no le llegase la vida. Llamaron a los médicos de guardia. Vinieron, me sacaron de la habitación. La enfermera (Carmen, qué maja era) le hizo análisis y le puso más medicamentos. Los médicos me volvieron a repetir la consabida lección, que estaba muy grave, que harían lo que podrían, pero que no podían asegurar que respondiera. Creo que, por primera vez, me advirtieron que, en caso de ponerse muy grave, no harían medidas más agresivas, así las llamaron, como intubarla o subirla a la UVI. Y creo que, por primera vez, le pusieron morfina para calmarla. Allí me quedé con ella, esperando el desenlace. No sé porqué no llamé a nadie. Quizá en el fondo tenía la convicción de que saldría, como había salido antes, como si nunca fuera a dejarse vencer. Quizá no quería alarmar a Antonio y los niños, hacerles venir para verla sufriendo. Me pregunté porqué no iban a hacer todo lo posible, porqué no intubarla o ponerle toda la medicación posible. Pero, supuse, tenían razón. La morfina y el resto de las medicinas fueron haciendo su efecto y quedó más tranquila. Unas dos horas después volvieron, la vieron de nuevo, me dijeron que la radiografía y los análisis no habían mostrado nada nuevo y que habría que esperar, que habían puesto más medicinas y que solo quedaba confiar en que respondiera.

Esa noche fue dura, pero más lo fue la mañana siguiente. Estaba agotada. Pasaron los médicos, y el jefe, ese del que hablé antes, apenas atendió a mi madre, casi como si le fastidiara que hubiera sobrevivido a la noche, me habló como si lo mejor que podrían haber hecho los de guardia hubiera sido sedarla y dejarla morir. Después llegó mi hermana, vio el estado de nuestra madre y poco menos que opinó lo mismo. Sara, su hija pequeña, esa que tantos desvelos les había dado durante su enfermiza infancia a mis padres, apenas se quedó diez minutos (tenía que visitar al amigo de Manolo, si no de qué se habría pasado), los suficientes para dar a entender que, nuestra madre, ya lo único que le quedaba era morirse. La pobre, un momento, emitió un leve quejido. No es tan raro, es su forma de protestar porque algo le molesta, por lo general dura poco y en seguida se apaga. Pero Sara hizo de eso un mundo y a punto estuvo de exigir que viniera el médico y la sedase. Eso era demasiado y el cansando y la tristeza desataron mi genio. La mandé que se callase y se fuera. «Vale», me contestó, «pero creo que tu empecinamiento está haciendo sufrir a Mamá». ¿Cómo puede ser tan cruel? me dijo justo lo que más podía dolerme, porque era la duda que me ahogaba desde aquella noche ¿estaría Mamá viviendo en un sufrimiento por mi terquedad? ¿Debería pedir que la durmieran hasta que muriese en paz? «Se merece una muerte digna», ¿no es digna mi madre, como cualquier hijo de Dios?, ¿no lo es cuando está tranquila, que es casi siempre, no lo es en esos momentos, vale que cada vez menos frecuentes, en los que parece reconocermé, o en las sonrisas que se le escapan vete a saber tú por qué? Estaba muy confusa. Llegó Antonio con mis hijos. Pude refugiarme en sus brazos, el ver a María y Luisillo abrazando a la abuela, soltándole bromas que no podía entender, me apaciguó. Ahora respiraba plácida. Los días siguientes fue venciendo a la enfermedad. Cada vez más despierta y conectada, comiendo poco, pero más cada vez. Creo que estaban equivocados, que estos meses, aunque breves, ha estado a gusto, rodeada del cariño de sus nietos, aunque con sus momentos de agitación y sus lamentos que no logramos descifrar. Pero, es cierto, ese día me hizo recapacitar. Igual que la primera vez tuve que enfrentarme al hecho cierto de que Mamá podría abandonarnos en cualquier momento, de que la idea de su muerte no era algo irreal y más o menos lejano, tras aquel día comprendí que, cuando por desgracia llegara ese momento en el que con los tratamientos normales no lograsen mejorarla, sería el momento de aceptar el fin y dejarla dormir lo más serena posible hasta el momento final.



Aquí está. Por tercera vez en seis meses. Otra vez en el hospital. Cada vez más débil, más ausente, más dependiente. Se pone mala, llamamos a la ambulancia, le administran medicación, algo mejora, la traen a Urgencias. ¿Y si se muere esta vez? Porque algún día tiene que llegar. Como las otras dos veces ya ha salido, una piensa que esta vez también. Pero habrá una cuarta, y puede que una quinta, cada vez más seguidas, cada vez la pillarán más débil. Son ya noventa y dos años. Ha vivido lo suficiente. Quizá quiera ya descansar. La observo. Ahora es tan pequeña. La veo tan frágil. En unos minutos me dirán que tengo que salir. Fuera está esperándome Carlos. Qué fortuna tener unos hijos tan buenos. Y cuánto la quieren. Insistirá en que me vaya con él. Creo que cederé. Estoy muy cansada. No es sólo este día. Son meses de atención incesante, de despertarnos por las noches, de pelearnos para que coma. Cada vez menos, cada vez más delgada. Estoy agotada. Debo descansar, tienen razón, debo cuidarme un poco para poder cuidarla mejor. Para poder estar con ella cuando la pasen a planta.

Ya vienen a decirnos que tenemos que salir. Es la hora. Debo dejarla sola en este sitio tan inhóspito, rodeada de gente sufriendo como ella. Por favor, que una llamada en la noche no me despierte para decirme que ya nos ha abandonado. Ruego porque aguante hasta mañana, porque pueda acompañarla en el paso final. Se aproxima la enfermera. La voz se me escapa temblorosa cuando le pido que cuide de ella. Sé que puede parecer una petición absurda e infantil. Espero una sonrisa, un gesto amistoso de consuelo. Pero esta vez me encuentro con unos ojos fríos. Una respuesta impersonal. Me alejo con el corazón estremecido. Ellos sólo ven a otra anciana demente, postrada en la cama, desconectada del medio, como un vegetal, sí, sé que así les llaman muchos cuando no estamos delante. Pero deberían entender que esa mujer que está ahí tumbada, quizá ya incapaz de hablar o de entender nada, es todavía mi madre, sus ojos son todavía los ojos que me tranquilizaron en mis miedos infantiles, sus manos las que me ayudaron a andar, su boca la que me besó con cariño. Es mi madre, aunque ni ella misma lo sepa. Y quizá esté próxima su muerte y quizá haya que aceptarlo y verlo como un descanso para ella, pero mientras esté en este mundo será mi madre, su sufrimiento será mi sufrimiento y los desprecios que reciba yo los recibiré.

Adiós, Mamá. Pasa la noche lo más tranquila que puedas. Te prometo que mañana, en cuanto nos dejen pasar, estaré de nuevo a tu lado.

Pedro Durán del Campo
Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Caso Clínico Comentado

Descripción de los hechos

Milena tiene 19 años y trabaja como jornalera agrícola. Milena no habla español; es inmigrante de Bulgaria y su lengua materna es el búlgaro. Además, no tiene estudios y es casi analfabeta. Con un embarazo aproximado de 36 semanas, ingresa en urgencias en el Hospital con calambres y hemorragia vaginal. Tras examinarla, le diagnostican desprendimiento de placenta y el equipo médico recomienda una cesárea. También se descubre que Milena tiene una anemia grave. Aunque el equipo médico considera que la cesárea de Milena es una medida de emergencia (por lo que no requiere consentimiento explícito), el personal del hospital intenta obtener el consentimiento de Milena antes de la operación; ella responde "sí" a todas las preguntas y parece acceder a todo lo que el equipo médico sugiere. Sin embargo, como nadie del personal habla búlgaro, no pueden estar seguros de que Milena comprenda plenamente su situación (o la de su hijo). Tras la cesárea, las puntuaciones APGAR del niño, que miden las constantes vitales de un recién nacido, son bastante bajas. Es trasladado inmediatamente a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) con diagnóstico de encefalopatía neonatal.

Milena había llegado al hospital a primera hora de la mañana con su madre y su hermana, ninguna de las cuales habla inglés ni español. Tiene un marido, Deyan, pero no estuvo presente en el ingreso ni en el parto porque temía perder su trabajo si faltaba al trabajo ese día. Deyan llega al hospital a última hora de la tarde. Habla un poco de español y también un poco de ruso.

Una trabajadora social, que sabe un poco de ruso, se reúne con Milena y Deyan y descubre (en la medida de sus posibilidades) que Milena no había podido recibir atención prenatal regular (lo que explicaría por qué no se le había diagnosticado la anemia). No tenía dinero ni siquiera para comprar vitaminas. La trabajadora social supone que Milena había estado trabajando en el campo hasta el día anterior. Se pregunta si Milena ha podido estar expuesta a pesticidas nocivos durante el embarazo. Está bastante segura de que Milena no tiene papeles de inmigración en regla.

Una vez que Milena se estabiliza tras la cesárea, le permiten ir a la UCIN para ver a su bebé. Su marido, Deyan, se queda con ella en la UCIN, junto con un traductor de búlgaro que ha sido avisado por la trabajadora social. Gracias a este traductor, Deyan puede comunicarse de forma imperfecta con el equipo médico, que les comunica que el grado de afectación cerebral no está claro y que sólo se dará a conocer con el tiempo.

A lo largo de este proceso, Milena muestra muy poca emoción, al menos públicamente, y a las enfermeras presentes les molesta su indiferencia e impasibilidad. La enfermera jefe de la UCIN, en particular, les comenta a sus compañeros que no entiende por qué Milena "no parece preocuparse realmente" por su bebé enfermo.

A última hora de la tarde, Deyan se dirige tímidamente a una enfermera y le pregunta (a través del traductor) si el bebé podría ser visitado por un "curandero", un sanador tradicional de su comunidad. Sugiere (aparentemente por insistencia de su suegra que tenía una abuela mexicana quien le inculcó esta creencia) que "limpien al bebé con un huevo". La enfermera a cargo se siente claramente incómoda con su petición (y con un tratamiento desconocido para ella) y responde que el bebé puede ser demasiado inestable para someterlo a tratamientos "alternativos". Le recuerda a Deyan, de forma un tanto brusca, que su bebé está muy enfermo, pero bajo el cuidado de los mejores expertos médicos.

Comentario

Deliberación sobre los hechos

Aclaración de los hechos

El desprendimiento de placenta es una complicación grave, aunque infrecuente, del embarazo. Supone la separación total o parcial de la placenta de la pared del útero antes del parto. Esto puede disminuir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes del bebé y causar una fuerte sangrado en la madre. La situación requiere una intervención rápida porque están en peligro tanto la madre como el bebé. Los síntomas son dolor abdominal, dolor de espalda, sangrado vaginal (que puede no ser visible, si la sangre queda dentro del útero) y contracciones uterinas. Las causas pueden ser múltiples, entre ellas están los traumatismos o lesiones abdominales por una caída, por ejemplo.

La encefalopatía neonatal se refiere a un conjunto de afecciones vinculadas a daño neurológico en el recién nacido, causadas por un proceso hipóxico-isquémico durante el parto. Se manifiesta con un APGAR bajo, acidosis, alteración de la conciencia, convulsiones, etc. Puede ser leve o muy grave (incluyendo la muerte), produciendo discapacidad intelectual, déficit de atención, problemas de conducta, etc. y en ocasiones, además, insuficiencia respiratoria o cardiomiopatía. Actualmente, el tratamiento de elección es la hipotermia corporal, que reduce el riesgo de muerte o discapacidad neurológica importante. La hipotermia logra una reducción del metabolismo cerebral, con un descenso del 5% por cada grado de temperatura, consiguiendo de esta forma modular y mitigar algunas de las rutas metabólicas lesivas desencadenadas tras la hipoxia.

El curso temporal es de gran valor para establecer el pronóstico. En la encefalopatía hipóxico-isquémica leve y moderada el cuadro clínico comienza a mejorar después de las 72 horas de vida. En los casos graves, los recién nacidos están en estado estuporoso o en coma, intensamente hipotónicos y en ocasiones con convulsiones. Entre las 24 y las 72 horas de vida se puede agudizar el cuadro, apareciendo disfunción del tronco encefálico. En algunos casos los recién nacidos presentan hipertensión intracraneal. Es en este período en el que pueden fallecer. Si sobreviven, experimentan una progresiva mejoría, si bien es difícil predecir el daño neurológico. Se considera que los que mejoran más rápidamente pueden tener mejor pronóstico.

La “limpia con huevo” es un ritual esotérico frecuente en Latinoamérica con el que se intenta curar el “mal de ojo” y limpiar el cuerpo de las “malas energías”. La práctica también se considera un elemento de protección. Las limpiezas, realizadas por un curandero, van acompañadas de rezos, oraciones o recitaciones. Aunque procede de la cultura tradicional, se ha trasladado también al ámbito urbano y resulta muy popular.

Deliberación sobre los valores

Identificación de problemas

- ¿Debe el equipo aceptar la petición de Deyan y permitir el ritual de la “limpia con huevo”?
- ¿Debe el equipo aceptar que sea el padre el único interlocutor?
- ¿Debe el médico tener en cuenta la opinión de los padres y/o la de la abuela?
- ¿Se debe realizar una evaluación de capacidad de Milena?
- ¿Debe el equipo hablar con Milena y asegurarse de que comprende la situación o deben respetar su silencio?

- ¿Debe el equipo impedir o limitar las visitas de los padres o de la abuela a la UCIN para evitar que puedan realizar prácticas inadecuadas con el niño?
- ¿Debería la enfermera hablar con la trabajadora social para tomar medidas de protección del niño ante el interés en realizar prácticas esotéricas?

Selección del problema moral fundamental

- ¿ Debe el equipo aceptar la petición de Deyan y permitir el ritual de la “limpia con huevo”?

Identificación del conflicto de valores

- Autonomía del padre (representante del niño): el padre toma decisiones, desde su perspectiva de valores, que beneficien a su hijo.
- Seguridad del bebé: es obligación del equipo asegurar el bienestar y la supervivencia del bebé. No se deberían permitir prácticas que pudieran producir algún daño.

Deliberación sobre los deberes

Cursos de acción extremos

- Para asegurar la supervivencia y el bienestar del bebé, se mantendría la decisión inicial de la enfermera de no permitir el ritual. Además, se limitarían las visitas de los padres y de la abuela, que siempre serían vigiladas, con el fin de evitar que pudieran realizar cualquier práctica inadecuada con el bebé.
- Para asegurar la autonomía del padre, como sustituto de su hijo en la toma de decisiones, se respetaría su decisión, basada en creencias de su marco cultural, y se permitiría realizar el ritual, incluso si ello supone cambiar las medidas terapéuticas que se han instaurado en la UCIN.

Cursos de acción intermedios

- Hablar con los padres en un entorno de tranquilidad, sin juzgar ni coaccionar de ninguna forma, para asegurarse de que comprenden la situación de su hijo y las medidas terapéuticas que se han instaurado, así como la incertidumbre en el pronóstico y la necesidad de un seguimiento posterior. Igualmente, tratar de comprender las razones de su petición (que con toda probabilidad suponen una búsqueda desesperada de soluciones para la situación de su hijo), la importancia que le atribuyen y el sentido que esto tiene en sus vidas y en su comunidad cultural.
- Asegurarse de que los padres entienden que la práctica ritual propuesta no está avalada por la ciencia y que no ofrece ninguna garantía de recuperación.
- Contactar con personas de referencia de la comunidad mexicana (a la que perteneció la tatarabuela del bebé) que puedan poner en cuestión y desautorizar el ritual de la “limpia con huevo”.
- Contactar con personas de referencia de la comunidad búlgara para que puedan ofrecer apoyo a la familia.
- En caso de que sea imposible convencer a los padres de la ineficacia del ritual, valorar la posibilidad de que se puedan realizar este tipo de rituales (siempre que se asegure que el niño no sufre ningún daño) una vez que salga de la UCIN y esté en su casa.
- Analizar las razones del mutismo y la aparente falta de empatía de la madre con su hijo. Investigar si es un problema con el idioma que pudiera solventarse, si tiene que ver con el carácter de Milena, si es fruto de una depresión postparto o cualquier otra situación que pudiera tratarse con el fin de ayudarle a superarlo y a hacerse cargo de su maternidad.
- Ofrecer ayuda psicológica a los padres para resolver la ansiedad y depresión que pudieran estar afectando a Milena y también a Deyan en este momento.

- Informar a los padres de la necesidad de un seguimiento de su hijo cuando salga de la UCIN y hasta al menos los dos años de vida. Este seguimiento debe ser realizado por un equipo multidisciplinar con un profesional concreto que lo coordine y que sea quien establezca un vínculo con la familia.
- Ofrecer a los padres información sobre centros de referencia que puedan ofrecer este seguimiento cerca de su lugar de residencia.
- El trabajador social debe hablar con los padres sobre su situación irregular como inmigrantes para buscar los cauces legales para regularizarla y poder asegurar la atención a su hijo en el sistema nacional de salud.

Elección del curso óptimo de acción

El mejor curso de acción es evitar una confrontación con la familia o que se pudiera producir un enfrentamiento entre sus miembros y, al mismo tiempo, asegurarse de que los padres tienen toda la información sobre el tratamiento, la incertidumbre del pronóstico y la ineficacia del ritual solicitado, para que puedan comprometerse con el cuidado más adecuado de su hijo. Para convencerles será preciso hablar en un entorno de tranquilidad y sin presión, con otro profesional presente como el psicólogo, asegurando la oferta de apoyo y tratamiento en caso de que sea necesario. Analizar las razones de su petición. Ofrecer tratamiento, seguimiento y posibilidades de más información y asesoramiento cuando el niño salga de la UCIN, de modo que se puedan ofrecer los mejores cuidados. Adicionalmente y con el fin de que el niño reciba la atención sanitaria necesaria y que las condiciones sociales de la familia sean más adecuadas, su situación legal exige ser abordada desde el apoyo con el trabajador social.

Deliberación sobre las responsabilidades finales

Prueba del tiempo: el curso de acción óptimo no ha sido precipitado. Antes bien, se ha valorado con serenidad el mejor modo posible de afrontar una situación compleja que genera gran sufrimiento.

Prueba de la Publicidad: la decisión tomada es defendible con razones y se podría considerar universalizable.

Prueba de la Legalidad: la decisión tomada es compatible con el marco legal vigente.

El curso de acción seleccionado como óptimo es, por tanto, la decisión final.

Lydia Feito

Reseña: HORIZONTES DE BIOÉTICA

II CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA

VIC, 17-18 NOVIEMBRE 2021

Tras su primera edición, en 2019, centrada en la pedagogía de la bioética, la 2ª edición del Congreso Internacional de Bioética, organizado por la Cátedra de Bioética Fundación Grifols UVic-UCC, se proyectó hacia los “Horizontes de Bioética”. El encuentro supuso un espacio amable y amigable de intercambio, reflexión y debate, entre más de 200 personas de diferentes disciplinas y procedencias, sobre los distintos desafíos que afronta esta disciplina en el siglo XXI, y que ya no hay que considerar “de futuro”.

Con este objetivo se utilizaron diferentes herramientas: conferencias magistrales, mesas redondas, y hasta 6 sesiones paralelas con casi 50 comunicaciones, todas ellas con un denominador común, la fluida participación de los asistentes y el clima deliberativo que presidió el encuentro, lo cual dice mucho sobre la madurez de la que podríamos llamar “comunidad bioética”. El verdadero “entrenamiento bioético” se produce en el marco de la deliberación con quien no comparte tu posición de partida.

Simbólicamente, el congreso se inició con las reflexiones del profesor Joseph Fins acerca del rescate de autonomías individuales ocultas que ha permitido la neurotecnología, detectando consciencia encubierta en personas que aparentemente estaban en estado vegetativo crónico, para acabar centrados en la justicia y en la dimensión social y, por qué no decirlo, política de la bioética. El punto final lo puso Victoria Camps, titular de la Cátedra de Bioética de la Universidad de Vic, que revisó con profundidad la tendencia a la sacralización de la autonomía individual que ha acompañado al desarrollo de la bioética desde los años 70, proponiendo reescribirla en su dimensión más relacional, desde la responsabilidad hacia los otros y hacia lo otro, para evitar que el discurso bioético se centre únicamente en el individuo en momentos en los que la dimensión social, relacional y ecológica es mucho más que un deber, es ya una necesidad. Esta dialéctica ha estado presente en el trasfondo durante todo el congreso. En muchas ocasiones se ha planteado la cuestión: ¿existe autonomía sin justicia?

Contamos también con la presentación del documental "*Kayros, una historia de la bioética*", a cargo de Benjamín Herreros, director del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés – Universidad Europea. "*Kayros*" hace un repaso del desarrollo histórico de la Bioética tanto a nivel internacional como local, con intervenciones de muchos de las personas que han hecho posible este camino. La palabra "*Kayros*" simboliza el “tiempo de calidad”, el “momento oportuno” que precisa la reflexión bioética, en contraposición a “Cronos”, el tiempo que pasa, el que se esfuma en la prisa.

El encuentro se desarrolló a partir de cuatro ejes temáticos:

Impacto de las biotecnologías: salud y bienestar

Miquel Domènech, Salvador Macip y Fernando Bandrés, moderados por la periodista Milagros Pérez Oliva, abordaron el impacto de las biotecnologías sobre la salud y el bienestar. Las biotecnologías emergen, de entrada, como un instrumento para potenciar la autonomía de los humanos, como un instrumento para pilotar mejor su destino. No obstante, mal entendidas o mal utilizadas pueden servir para todo lo contrario, para la manipulación o para la alienación.

Se abordaron las inestimables oportunidades que plantea la medicina personalizada y predictiva, así como los puntos frágiles de dicho abordaje. El poder predictivo y preventivo implica responsabilidad y prudencia, pero también exige creatividad. El diseño, entrenamiento y utilización de los algoritmos de la inteligencia artificial, imprescindibles en esta nueva medicina, son actividades que exigen sensibilidad ética.

Las relaciones entre ciencia, tecnología y bioética fueron protagonistas de la mesa y de las comunicaciones vinculadas. Se destacó la frustración que puede producir asumir que la incertidumbre que queremos reducir con la predicción puede incluso crecer si las tecnologías de la salud se utilizan con fines más allá de “los fines de la Medicina” de D. Callahan.

Éticas aplicadas en una sociedad entre pandemias

Begoña Román, Xavier Mir, Joseph Fins y Andreu Segura, moderados por Tomás Domingo, analizaron el panorama ético que nos deja una pandemia llena de muertes, pero también de soledad y bioprecariedad, y que nos hizo salir de nuestra zona de confort reflexivo. En pandemia se duda, se duda mucho, y se debe decidir mucho, y ese es el territorio de la bioética. La dimensión social y política de las decisiones sanitarias se ha hecho más que evidente, para recordarnos que la salud pública y la ética tuvieron raíces comunes en los albores de la civilización.

La pandemia ha confrontado derechos individuales con los intereses de la humanidad y de la biosfera. Nos ha hecho reparar en el crecimiento imparable de las inequidades que vamos arrastrando. Se han visto las costuras de nuestro modelo social. Así las cosas, hemos tenido que reinventar la bioética desde una perspectiva social, en tiempos donde los intereses comerciales y académicos han convivido con situaciones de precariedad manifiesta. La bioética tuvo que centrarse más “en las personas” que “en la persona”, emergiendo de nuevo la ética de la salud pública.

El miedo y el sufrimiento brotaron con violencia, con implicaciones morales a nivel personal, social y profesional. Para conjugar todas ellas, instituciones y organizaciones precisan (ya es inaplazable), incorporar la deliberación ética a sus rutinas, de la misma manera que lo hicieron con la calidad, los riesgos laborales, la comunicación, etc.

En las sesiones de comunicaciones pudimos apreciar cómo durante la pandemia habían crecido las consultas sobre asignación de recursos y sobre final de la vida en los comités. Pudimos apreciar también cómo este reto ingente de “cuidado social” llevaba implícita la obligación moral de cuidar a los que cuidan. Se analizó la “angustia moral” de los profesionales. Por otro lado, investigadores de la Universidad de Vic abordaron el impacto de la pandemia COVID-19 sobre el

tejido social de los estudiantes, así como sobre las dinámicas de elección de grado, aportando interesantes datos sobre las diferencias entre géneros al respecto.

Retos de la pedagogía de la bioética

La pedagogía de la bioética ya fue el foco del I Congreso Internacional de Bioética, y no podía dejar de tener protagonismo en esta 2ª edición. Lydia Feito, Javier Júdez, Bernardita Portales y María Muñoz Grandes, moderados por Juan Pablo Beca, presentaron los desafíos pedagógicos pendientes en este campo.

La práctica de la bioética lleva inherente su pedagogía. Se aprende en las facultades, pero también en las escuelas, en los centros sanitarios, y en los mismos comités o espacios de reflexión. Tuvimos la oportunidad de compartir diferentes iniciativas de desarrollo docente, presididas todas por la premisa de que hablamos de un saber práctico y preocupadas, por tanto, por hacer aterrizar la fundamentación teórica en el día a día. Estuvieron presentes en las comunicaciones los clubs de lectura, los videofóruns, el trabajo sobre series médicas, los talleres de deliberación, el role-playing, etc. Seguramente el reto, más allá de profesionales y alumnos, es una pedagogía ciudadana de la bioética. Son necesarios interlocutores activos, más allá de los entornos académicos o asistenciales, que contrasten visiones y perspectivas, en un ejercicio sincero de democracia deliberativa.

Cronicidad, final de vida e incomodidad con la muerte

Jesús Zamora, Bernabé Robles y Núria Terribas, moderados por Jordi Pigem, abordaron los desafíos que plantea la cronicidad y el final de la vida para la bioética. La mejor de las medicinas debe aspirar a reducir el sufrimiento no deseado, pero el contexto de envejecimiento poblacional y las situaciones de cronicidad y/o dependencia avanzada obligan a replantear conceptos como “proyecto vital”, “autonomía individual” sobre dicho proyecto y “disponibilidad de la propia vida” como derecho con reconocimiento legal, dado que en ocasiones la supervivencia celular sigue, a menudo con gran sufrimiento, pero el proyecto vital se agota. Se abordó el tema de los criterios de muerte cerebral cuando los pacientes están sometidos a medidas de soporte cardiorrespiratorio, recordando que los criterios se obtuvieron por consenso cuando apareció la medicina intensiva y, especialmente, ante la posibilidad de realizar trasplantes de órganos, con el imperativo ético de no extraer órganos de personas vivas.

En relación con la cronicidad hubo interesantes propuestas desde la bioética narrativa, fomentando, más allá de la historia “clínica”, la historia de vida, para poder dar entrada a los valores, trufados con los hechos, en las decisiones clínicas complejas. Se presentaron procedimientos para facilitar la planificación de decisiones anticipadas en personas con cronicidad avanzada, así como guías de acompañamiento a una buena muerte. Estuvo también presente el potencial prejuicio o rechazo que pueden suscitar en algunos profesionales estos pacientes no curables, con múltiples necesidades y fragilidad manifiesta, en el marco de una medicina fragmentada, que entiende más de enfermedades que de personas enfermas.

Se dedicó tiempo también a reflexionar sobre la “incomodidad” con la muerte, y sobre las diferentes respuestas filosóficas, antropológicas y culturales. Las personas viven la crónica de una muerte anunciada. No la conocen bien, reflexionan relativamente poco sobre ella, pero la temen. El problema es más la consciencia de la muerte que la propia muerte, así como el miedo, o simplemente el rechazo, al sufrimiento. Las respuestas oscilan entre posicionamientos que aspiran a

la inmortalidad, como algunas propuestas transhumanistas, con planteamientos sobre la gestión de la propia vida que pueden llegar a la renuncia a la supervivencia, como la eutanasia o el suicidio asistido. En el marco de la regulación legal reciente en España, diferentes comunicaciones abordaron aspectos ético-legales de la ayuda médica a morir, así como las actitudes e inquietudes de los profesionales ante las complejidades del nuevo escenario administrativo que dicha regulación plantea. Se analizó el impacto de esta ley en las consultas a los comités de ética asistencial, así como las peculiaridades cuando el motivo es un problema de salud mental. Por supuesto, no estuvo al margen el abordaje de la objeción de conciencia en su aplicación.

Más allá de la vida, se extendió el foco hacia los problemas bioéticos *post-mortem*: las representaciones sociales del cadáver y de la muerte, o los efectos sobre las familias de los donantes de órganos, por poner dos ejemplos.

¿Qué retos nos llevamos del II Congreso Internacional de Bioética?

Todo lo compartido durante estos dos intensos días nos aboca hacia la necesidad de una bioética más práctica, más narrativa, más proactiva, más comunicativa, más política, que dialogue con la tecnología, un poco menos centrada en el individuo, y que abra foco, con urgencia, hacia la sociedad, hacia la equidad, y hacia la biosfera. Es el momento oportuno.

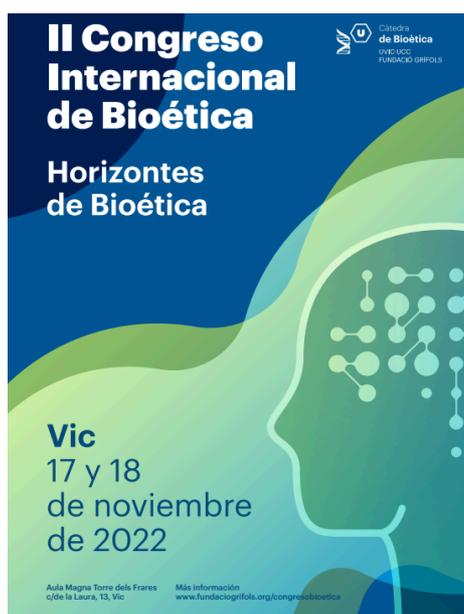
Bernabé Robles

Médico. Neurológico, Consultor Parque Sanitario San Juan de Dios.

Máster Universitario en Bioética Universidad Ramon Llull.

Profesor de Bioética en la Universidad de Vic-UCC.

Cordinador del Comité Científico del II Congreso Internacional de Bioética Uvic-UCC



Cajón de bioética y más

“As Bestas”. Una historia que da que pensar y deliberar

La película de Rodrigo Sorogoyen es una de las grandes películas de los últimos años. Tiene virtudes cinematográficas más que sobradas, y también nos ofrece un espacio para pensar cuestiones radicales que afectan a nuestra forma de vivir; toca elementos fundamentales y fundacionales de la propia ética y bioética.

La gran cuestión de la ética, de la filosofía, y, me atrevería a decir que de toda vida humana reflexiva, es cómo llevar a cabo la vida de la mejor manera posible, cómo hacer nuestra vida. En nuestro vivir no paramos de proyectar, hacemos planes, idear lo que vamos a hacer, y lo hacemos así porque somos libres y así, retroactivamente, nos convertimos en responsables de nuestras decisiones. Y sobre lo que vamos a hacer y cómo asumimos nuestras decisiones no nos queda más remedio que deliberar. La deliberación no es sólo un método de toma de decisiones en ética clínica. Es ni más ni menos que la forma de hacernos con nuestra propia vida. No sólo decidimos esto y aquello, nos decidimos a nosotros mismos. No podemos cansarnos de deliberar. Por eso más que animales racionales nos podríamos definir como “animales deliberativos”,

Título original: *As bestas*

Año: 2022

Duración: 137 min.

País: España

Dirección: Rodrigo Sorogoyen

Guión: Isabel Peña, Rodrigo Sorogoyen

Música: Olivier Arson

Fotografía: Álex de Pablo

Reparto: Marina Foïs, Denis Ménochet, Luis Zahera, Diego Anido, Marie Colomb, Luisa Merelas, José Manuel Fernández y Blanco, Xavier Estévez, Gonzalo García, Federico Pérez

animal deliberans. La forma de vida, la mejor, no está dada, se hace, se construye, en cada época, en cada momento, y es tarea de cada uno, de todos. Pues bien, esta película, nos lanza de lleno a las complejidades de un conjunto de vidas humanas que buscan la felicidad, pero chocan entre sí: lo que uno quiere atenta contra lo que el otro busca, y lo buscado no siempre es perseguido por igual.

Antoine y Olga son una pareja francesa que ha decidido instalarse hace un tiempo en un pequeño pueblo interior de Galicia. Buscan la tranquilidad y una vida armoniosa, con la naturaleza y con sus vecinos. Pero la convivencia con los lugareños no es tan idílica como se podría pensar. Aparece el conflicto. Han propuesto la construcción de un parque eólico que cambiaría la vida de los vecinos y vivirían mejor, pero ellos, los recién llegados, no firman, quieren su vida pacífica y tranquila en el entorno gallego. Surgen así los problemas y las tensiones.



Esta pequeña y gran historia a la vez es narrada cinematográficamente con absoluta perfección. Se recrea una atmósfera misteriosa y dura; la música acompaña la tensión de las decisiones, los diálogos, los conflictos. Los paisajes alcanzan al espectador, tanto como el alma misma de los personajes que centran el relato. Una historia llana de fuerza, intimidad, tensión, sobrecogimiento.



De esta magistral obra cinematográfica destacaría dos escenas que son sin dudas las más importantes de la película, y por la maestría de su dirección, montaje y diálogos, probablemente sean dos de las mejores escenas que se pueden disfrutar cinematográficamente, al menos en los últimos tiempos. Son dos escenas donde se esgrimen razones, argumentos, donde se delibera. Y las escenas están construidas de una forma totalmente distinta, a pesar de estar en la misma película y con el mismo director. La primera escena responde al llamado plano-secuencia. Asistimos al diálogo en la cocina de Olga y su hija, van y vienen razones y argumentos, se echan en cara decisiones, y nosotros, de la mano del director, asistimos al movimiento entre una y otra; ahora nos vemos desde una mirada, luego desde otra. Somos partícipes del juego cruzado de perspectivas. De la mano de un director que nos lleva de aquí a allá, ponernos en el lugar del otro nunca fue tan fácil. En la segunda escena que destaque se enfrentan las dos posiciones encontradas. Son dos vidas, dos proyectos, con sus razones. Ahora no hay ningún movimiento: plano fijo, cámara quieta, espectador inmóvil. Asistimos al diálogo como ellos mismos, impasibles. Dos grandes escenas que quedarán para los estudiosos del séptimo arte. Y a nosotros, espectadores nos dejan aturdidos. Y, ¿ahora qué? ¿cómo?



El gran problema de fondo es la situación humana llena de complejidad y ambigüedad; vemos cómo los proyectos de nuestra vida no son solo nuestros, y nos vemos obligados a defendernos, y justificarlos. Y la tarea es dura, más cuando los otros parecen no razonar. Cuando los otros acosan, y acuden a la violencia. Pero también hay razones, sus razones.

Deliberamos sobre la mejor acción en el mejor momento, y buscamos así ir haciendo nuestra vida. La deliberación tiene que ver en este primer nivel, más radical y fundamental, con nuestras propias decisiones, sobre nuestros proyectos, nuestras metas. ¿Cómo conducimos nuestra vida? Esta pregunta no puede responderse sin acudir a la deliberación. Nuestro ser “animales deliberadores” se juega en este nivel más radical. Tenemos que elegir lo mejor, lo óptimo, y para ello nos toca ponernos a deliberar. En esta película vemos claramente un abanico de modelos de vida, de planes y proyectos que se despliegan. La consecución de estos planes pasa por la deliberación. Pero resulta que estos proyectos chocan unos con otros, y aparecen los conflictos, las perspectivas encontradas. Ya no se trata sólo de ver cómo realizo mis planes sino cómo evito (o no) la colisión con los demás proyectos. Y así, de una forma



continúa, pasamos a un segundo nivel de deliberación que afecta a las decisiones y conflictos de nuestra convivencia.

La gran aportación de esta película desde un punto de vista ético es mostrarnos estos niveles de deliberación. Y mostrárnoslo de una manera irremediable. No hay solución preestablecida: lo que se hace, o se decide, se construye, se inventa. Y el mecanismo de esta construcción es la deliberación. Esta película toca algo fundamental de la vida humana, pues es capaz de poner en relato, en imágenes, de una forma cruda, directa, el carácter inhóspito de algunas decisiones que vamos tomando y que hablan por nosotros. La única opción posible desde lo dicho, y lo no dicho, por la película es la apuesta por la deliberación, en sus mil maneras, en sus mil modos.

Tomás Domingo Moratalla

Profesor Titular de Antropología Filosófica
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [VI Congreso iberoamericano de filosofía](#). “Verdad, justicia, libertad. Perspectivas plurales de la filosofía”. Sociedad Portuguesa de Filosofía. Universidad de Porto. Porto, 23-27 enero 2023.
- [XXI Semana de ética y filosofía política](#). “Ética, democracia e inteligencia artificial”. AEEFP. Universitat Jaume I. Castellón. 2-4 febrero 2023
- [11th International Conference on Ethics Education](#). “Ethics education, interdisciplinarity and pluriperspectivism”. International Association for Education in Ethics. Zagreb, 15-17 junio 2023.
- [Oxford Global Health and Bioethics International Conference](#). 26-27 junio 2023.
- [15th World Conference. Bioethics, Medical Ethics and Health Law](#). International Chair in Bioethics. Porto, 16-19 octubre 2023.

Bibliografía y fuentes de Bioética



- Pinto, P., Tormo, M., Herreros, B. Casos prácticos en bioética clínica. Asisa. 2022.
- Velasco, T., Pinto, P., Pascual, M.J. (eds.) Cine y bioética. Una propuesta de metodología docente. Marban. 2022.
- Lopez de la Vieja, M.T. (ed.) Bioética traslacional. Plaza y Valdés. 2022.
- Tafalla, M. Filosofía ante la crisis ecológica. Plaza y Valdés. 2022.
- Riechmann, J. Simbioética. *Homo sapiens* en el entramado de la vida. Plaza y Valdés. 2022.
- Moyano, C. Ética del rewilding. Plaza y Valdés. 2022.
- Megías, F., Aguilera, C. Manual: La ética del cuidado en salud mental. Elsevier. 2022.
- Carrasco, M.A., Valera, L. (eds.) 50 años de bioética. El futuro es hoy. Tirant lo Blanch. 2022.
- Gregg, B. Creating human nature: the political challenges of genetic engineering. Cambridge University Press. 2022
- Di Nucci, E., Lee, J., Wagner, I.A. (reds.) The Rowman & Littlefield Handbook of Bioethics. Rowman & Littlefield Publishers. 2022.
- Gordon, E.C. Human enhancement and well-being: a case for optimism. Routledge. 2022.
- Braga, J., Santiago de Carvalho, M. (eds.) Philosophy of care: new approaches to vulnerability, otherness and therapy. Springer. 2022.
- Li, H., Campbell, M. (eds.) Public reason and bioethics: three perspectives. Palgrave Macmillan. 2022.
- Rogers, W. A. et al. The Routledge Handbook of feminist bioethics. Routledge. 2022.
- Carter, O. What it means to be human: the case for the body in public bioethics. Harvard University Press. 2022.
- King, N.M., Henderson, G.E., Churchill, L.R. Bioethics reenvisioned: a path toward health justice. University of North Carolina Press. 2022.

Información para autores/as



1. El objetivo de la Revista *Bioética Complutense Magazine* 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 Magazine* se publica semestralmente (dos 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 originales en castellano, pero acepta originales en inglés (consultar otros idiomas). Los artículos no deberán exceder las 3.500 palabras (incluidas tablas y cuadros, si los hubiere); irán precedidos de título, resumen (máximo 80 palabras) y palabras clave, tanto en el idioma en el que hayan sido redactados como en inglés.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Information for authors



1. The objective of *Bioética 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. *Bioética Complutense* Magazine is published bianually (two issues per year), in electronic form, under a Creative Commons© license Attribution- NonCommercial-NoDerivatives (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Bioética *Complutense*



ISSN: 2445-0812

Nº44
Diciembre 2022
Segunda época