

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

Monográfico

30 años Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

Caso clínico comentado

Pedro Almodóvar en perspectiva bioética

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
D. Rubén Hernández Martín

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



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

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



Índice Nº48 diciembre 2024

Editorial p.1

Artículos

- 30 años de bioética: la Asociación de Bioética Fundamental Clínica – L. Feito p.2
- Echando la vista atrás – D. Gracia p.4
- De la biopolítica como intervención sobre la vida a la bioética como apropiación de la muerte. Debates sobre el buen morir (y el buen vivir) – L. Cruz p.6
- El concepto de vida humana para Ortega – R. Núñez Calonge p.12
- Reflexiones bioéticas sobre la salud mental frente a la crisis ambiental – C. De la Garza Gutiérrez p. 23
- Eutanasia en pacientes psiquiátricos: injusticias ante el sufrimiento insoportable – R. Hernández Martín p.30
- La educación médica con perspectiva bioética – B. E. Cárdenas Morales, et, al. p.38
- Bioética y atención primaria: La vulnerabilidad en la relación clínica – D. Rivilla p.45

Caso clínico comentado p.52

Cajón de Bioética

- Pedro Almodóvar en perspectiva bioética– T. Domingo p.63

Novedades y bibliografía p.66

Normas para los autores



Editorial

Durante este 2024 hemos estado celebrando los 30 años de vida de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC).

Esta asociación, que nació con las primeras promociones del máster de bioética que dirigía Diego Gracia en la Universidad Complutense de Madrid, ha alcanzado una brillante madurez, acogiendo en su seno a múltiples profesionales, muchos de ellos sanitarios pero también de ámbitos sociales, del derecho, la filosofía y otros.

Han sido tres décadas de trabajo intenso lideradas por los sucesivos presidentes: Manuel de los Reyes, su primer impulsor, Juan Luis Trueba y Koldo Martínez. En los últimos tiempos me ha tocado a mi el honor y la responsabilidad de gobernar este barco para llevarlo con buen rumbo. Y, sin duda, lo mejor que hemos logrado es haber desplegado una red de interrelaciones entre personas interesadas por la bioética que ha conseguido incluso desbordar las fronteras de nuestro país, incorporando socios de otras latitudes que se han sumado a esta labor.

En estos años la ABFyC se ha convertido en un referente por el talante deliberativo, plural, abierto y comprometido que nos caracteriza y desde el que tratamos de aportar una reflexión ponderada y rigurosa sobre las cuestiones bioéticas. Nuestra voluntad es estar presentes en la plaza pública, pensando los temas que atañen a la vida, la salud y el bienestar de las personas en contextos complejos que exigen evaluar aspectos clínicos pero también sociales, políticos, económicos, educativos, medioambientales, etc.

Estos treinta años de bioética nos han enfrentado a desafíos inimaginables: avances tecnológicos esperanzadores y perturbadores, situaciones sociales insólitas, problemas de salud pública retadores. Hemos cambiado el énfasis de nuestra mirada para acercarnos más a la vulnerabilidad, al cuidado a la responsabilidad. Y nos hemos dado cuenta de que es necesario repensar al propio ser humano, la vida de las personas, el lenguaje y lo que esperamos del futuro. Algunos temas han sido recurrentes y no hemos encontrado soluciones, otros regresan una y otra vez como las olas del mar. En ocasiones, aparecen problemas que ni siquiera podíamos imaginar.

La tarea es abrumadora y fascinante. Queda mucho por hacer. Parafraseando a Carlos Gardel, se diría que treinta años no son nada. Han sido como un soplo y debemos seguir adelante. La ABFyC tiene mucho que aportar. Seguiremos trabajando desde la convicción de que merece la pena porque otro mundo es posible.

Ahora que estamos a punto de iniciar un nuevo año, echar la vista atrás ha de servir para aprender y tomar nuevo impulso. Desde *Bioética Complutense* deseamos que el año nuevo traiga a todos paz, salud y libertad.

¡Felices Fiestas!

Lydia Feito Directora

30 años de bioética: la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

Durante este año 2024 hemos estado celebrando los 30 años de existencia de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC).

Los fundadores de la ABFyC, alumnos y alumnas de las tres primeras promociones del Máster de Bioética que dirigía Diego Gracia en la Universidad Complutense de Madrid, eligieron, con acierto, un título doble: “fundamental y clínica”, lo que da buena cuenta de una visión de la bioética como algo que no puede prescindir de la argumentación filosófica, pero que tampoco puede renunciar a su aplicación en el ámbito clínico. Esta ha sido y es su seña de identidad.

Entre los actos de conmemoración desarrollados cabe destacar el espacio que le dedicamos al recuerdo y celebración de nuestra andadura durante el XVI Congreso Nacional “Bioética y Complejidad”, celebrado en Cartagena los días 23-25 de mayo y también el webinar “30 años de la ABFyC, 30 años de bioética: pasado, presente y futuro” realizado el 14 de noviembre (cuya grabación se podrá ver en la página web www.asociacionbioetica.com), en el que pudimos repasar lo ya realizado de la mano de Diego Gracia (presidente de honor de la ABFyC), analizar el presente (lo que me tocó comentar) y valorar las posibilidades del futuro, a través de la visión Leticia Anadón (Hospital Obispo Polanco. Comité de Ética Asistencial Sector Teruel. Universidad de Zaragoza) y Alba Ferrer (Centro Rehabilitador Psicosocial San Juan de Dios. Colegio Oficial de Enfermería de Teruel).

Ha sido un largo e interesante recorrido que no solo permite analizar qué ha podido aportar la Asociación, sino que también nos permite analizar qué ha pasado con la propia bioética.

Lo primero que habría que decir es que la bioética ya no tiene que “pedir perdón por existir”. Ya no es una disciplina nueva y desconocida que nadie sabe de qué va. Estos 30 años han permitido un recorrido importante y significativo. Y en el presente podemos decir que la bioética está instalada, desarrollada y madura para seguir produciendo.

Pero es verdad que los desarrollos han sido muy dispares y heterogéneos.

Hace algún tiempo Diego Gracia decía que la bioética debería convertirse en la ética civil de nuestras sociedades en el siglo XXI. Y algo de eso está ocurriendo. Pero esa situación tiene dos caras. Una es positiva, tiene que ver con la implantación de la bioética, su conocimiento y su desarrollo. Y otra es menos amable:

tiene que ver con la dificultad de integración en muchos ámbitos, con la falta de especialización de quienes la practican y con cierta disolución de la propia bioética en el ámbito más genérico de la ética, de modo que, a fuerza de querer abarcar más cuestiones, en ocasiones se confunde cuál es el marco específico de la disciplina. Y es bien sabido que cuando queremos hablar de todo, al final, acabamos no hablando de nada.

Que la bioética pueda llegar a convertirse en una ética civil supone afirmar que los temas que atañen a la vida, en general, son transversales y radicales y que, por ello, requieren una especial consideración. También que la bioética ha sido, en buena medida, el modelo paradigmático de todas las éticas aplicadas, que se han inspirado en ella o han asumido algunos de sus presupuestos. Y, además, que la bioética debe configurarse como una ética civil en tanto que plural y de mínimos, sin adscripción creencial o ideológica, si quiere servir para encontrar soluciones en contextos de sociedades plurales y heterogéneas como las que vivimos.

Sin embargo, la bioética tiene una singularidad propia. Es una rama de la ética y, por tanto, no abarca todos los problemas éticos, aunque tenga relación con muchos de ellos. De ahí que deba dialogar con otras especialidades de la ética aplicada, que han desarrollado un corpus de conocimiento específico sobre cada uno de los aspectos o ámbitos. Y es, en tanto que ética, un campo de conocimiento que se encuentra inscrito en el ámbito de la filosofía moral. Por ello, es preciso comprender esa inserción, adentrarse en ese marco teórico. Pero también vehicular un diálogo interdisciplinar para enriquecerse con las perspectivas de otras disciplinas sin cuyo concurso la bioética no sería posible. Esta es su peculiaridad, la de necesitar, por definición, de un trabajo entre disciplinas. Pero no por ello diluirse perdiendo identidad y consistencia.

Es importante defender para la bioética un marco específico que requiere formación y entrenamiento, que dispone de un lenguaje, un método y una cierta tradición ya consolidada. Es esencial dejar de trabajar como amateurs. La Bioética tiene ya suficiente recorrido y consistencia disciplinar, como para que no pueda ser considerada una amalgama de cosas inconexas, una mezcla de aproximaciones sin fundamento, ni, por supuesto, un mero elemento adicional que, en el mejor de los casos, completa la labor profesional y que se puede hacer de cualquier manera.

La bioética no puede ser una tarea voluntarista, algo que hacen unos cuantos convencidos dedicando su tiempo libre y un desmesurado esfuerzo. Ha de estar más profesionalizada, más presente en las instituciones, más integrada.

Actualmente todo el mundo sabe qué es la bioética, para bien y para mal. Para algunos, porque es una oportunidad de mejora, un elemento de humanización, una búsqueda de la calidad y la excelencia, un compromiso con los valores fundamentales compartidos en nuestra sociedad. Para otros, sin embargo, la bioética es un elemento ornamental con determinados tintes de obligación impuesta, que no aporta nada para el rendimiento laboral y que, más bien, entorpece, complica y dificulta la labor de los profesionales.

Esta segunda es una equivocada comprensión de la bioética, posiblemente alentada por esa falta de profesionalización. Por el hecho de que se afirma la importancia de la bioética, pero no se le da el lugar que merece. Las personas que forman parte de los comités de bioética, en muchos casos, ponen buena voluntad y mucha dedicación y entusiasmo. Pero muchas veces tienen escasa formación y ningún reconocimiento porque las instituciones no se hacen eco de la necesidad de integrar este elemento transversal de la bioética en toda su actividad. Así, quienes se dedican a la bioética, tienen que hacerlo con un esfuerzo casi heroico, absolutamente encomiable pero completamente inadecuado.

Otro problema adicional radica en la poca fundamentación de los juicios morales, en el poco trabajo desde la ética, en favor de un elemento normativo y una eterna y, en ocasiones, interesada, confusión con el ámbito del derecho.

Es evidente la relación entre la ética y el derecho. Ambas se dedican a analizar qué debemos hacer. Pero sus aproximaciones son muy diferentes, complementarias pero distintas. Y dejar la ética para los espacios donde el derecho no llega, o considerar que con el cumplimiento de la ley o la norma es suficiente, supone un reduccionismo inaceptable y desencaminado. El ámbito de la ética es el de las decisiones prudenciales, el de la fundamentación de las acciones en orden a los valores, el de la deliberación y la búsqueda de las vías de articulación de perspectivas.

También conviene pensar que, a pesar de los años transcurridos y quizá por esa aún incompleta integración de la bioética en las organizaciones, seguimos dando mucha importancia a los temas extraordinarios. Hay una significativa fascinación por los titulares, por esas cosas que ocurren de modo puntual o que son temas muy llamativos, en detrimento de la bioética del día a día, la de las cosas pequeñas, las que tienen que ver con las actitudes de los profesionales y el compromiso responsable con los valores. Ahí está, en la mayor parte de las ocasiones, el desafío de una labor éticamente adecuada.

De hecho, en buena medida se sigue pensando que la ética es eso que hacemos en épocas de bonanza, cuando todo va bien. De modo que la abandonamos cuando las cosas se ponen difíciles. Es lo que más se resiente cuando vienen las crisis y las dificultades cuando, en realidad, debiera ser justo al contrario. La ética se pone a prueba en los conflictos y los retos que se nos plantean. Si solo sirviera para deleite en los buenos momentos, efectivamente, sería un adorno prescindible. Pero no. La bioética es un elemento radical, desesperadamente necesario, para que nuestras reflexiones y decisiones sean acordes con los valores que pensamos que es importante defender.

Tal como anda el mundo, todo esfuerzo es poco. Pensar éticamente es una salvaguarda contra la irracionalidad, contra la violencia, contra los dogmatismos y las imposiciones, contra los procedimientos incuestionados y contra la barbarie de la deshumanización. La bioética es esencial y tiene la capacidad de ser transformadora, de cambiar las actitudes, de fomentar una autonomía responsable de las personas. Y es una defensa convencida de un compromiso con la justicia y la solidaridad, con la atención a la vulnerabilidad y el cuidado, con la evaluación ponderada de los problemas y con la educación para el diálogo y la escucha comprensiva, claves de la convivencia.

Por eso la bioética tiene un potencial enorme para la educación de la ciudadanía. El modelo deliberativo, tal como lo propone Diego Gracia y como lo estamos desarrollando muchos en nuestra investigación y docencia, no sólo es una herramienta útil sino, además, una clave fundamental para promover ese modo de afrontar los problemas desde el pensar ético.

Estos treinta años nos han enseñado mucho, nos han permitido asistir al desarrollo notable de la bioética, pero también nos han mostrado que queda muchísimo por hacer, que la propia disciplina requiere ser defendida e integrada y que, al fin, embarcarse en esta tarea es una apuesta valiente inspirada en el ideal de un mundo mejor.

Larga vida a la bioética. Larga vida a la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

Lydia Feito
Directora

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



ECHANDO LA VISTA ATRÁS

La pandemia que hemos sufrido recientemente y que no sabemos si volverá merece ahora, a toro pasado, algunas reflexiones. La primera tiene que ver con el hecho de que nos cogiera a todos por sorpresa. Tanto los políticos como los medios de comunicación transmitieron a la sociedad la falsa seguridad de que todo estaba bajo control y que, por tanto, la infección no afectaría más que a un pequeño grupo de personas, y además en zonas geográficas muy determinadas, con seguridad de países en desarrollo, y por tanto alejadas de los nuestros. Eso había sucedido en 2012 con el brote de otro coronavirus, el causante del llamado Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS), poco después, en 2014-16, en Guinea con el brote de Ébola en 2014-2016 y casi simultáneamente con el de virus Zica (2015-

2016) en América. En los tres casos pudo evitarse la difusión descontrolada del virus a otras regiones del planeta, impidiendo que esas epidemias se transformaran en pandemias.

En el imaginario colectivo, tres ejemplos parecen suficientes para extraer algunas conclusiones generales. Y la que cundió, tanto en los medios de comunicación como en la propaganda política, era que el sistema de alerta y control de este tipo de amenazas por parte de los países occidentales era tan rápido y eficaz, que ya no podrían darse aquellas epidemias horribles que encontramos en los libros de historia, ni tampoco pandemias como la de gripe sufrida hace escasamente un siglo, entre 1918 y 1920. Gracias a los avances de la medicina y la salud pública, esas cosas ya no se volverían a repetir. Podíamos dormir tranquilos. Tal es la creencia que se instaló en el inconsciente colectivo de nuestras sociedades superdesarrolladas. Lo de las grandes y mortíferas epidemias fue cosa de otros tiempos. Gracias a la ciencia, habían pasado a convertirse en un mal recuerdo.

Así pensaba el grueso de la población. Pero los científicos, y más en concreto, los epidemiólogos, no se mostraban tan optimistas. E iban advirtiendo de lo contrario, de que había una alta probabilidad de que apareciera una infección, similar a las antes citadas, que rompiera barreras y no fuera posible controlar en zonas concretas, cobrando dimensiones planetarias y causando una inmensa mortandad. Esto se hacía cada vez más posible, aunque solo fuera por el acelerado proceso de globalización de la vida. La movilidad social es hoy enorme, sin punto de comparación con cualquier otra época de la historia de la humanidad. Los clásicos sistemas de control epidemiológico de puertos y fronteras, lo que en la terminología clásica se englobaba bajo el rótulo de "sanidad exterior", han quedado obsoletos. El intercambio es el motor del comercio, y por tanto el principio básico de la economía. Ahora se ha vuelto a repetir algo que ya se planteó en Europa durante las epidemias de cólera del siglo XIX. Ante ellas, los médicos exigieron a las autoridades políticas poner en práctica el procedimiento clásico desde los tiempos bíblicos, la cuarentena y asilamiento de las ciudades y las personas. Y así se hizo, a pesar de las airadas protestas de los industriales y comerciantes, que veían arruinados sus negocios, sin que, por lo demás, pudiera apreciarse una mejora sustantiva del curso de la epidemia. Hoy, dos siglos después de aquello, se repite de nuevo el conflicto entre las exigencias de la medicina y las necesidades de la economía y el comercio, si bien elevado a una dimensión que ningún ser humano del siglo XIX hubiera sido capaz de imaginar. Y surge el dilema: hay que ponderar dos riesgos, de una parte, la infección y de otra el hambre.

Este dilema, como cualquier otro, es artificial y por ello mismo falso. Los dilemas suelen ser problemas mal planteados y peor resueltos. Y ello porque los cursos de acción posibles ante un conflicto no se reducen prácticamente nunca a dos. Los cursos son siempre varios, muchos, y nuestra primera obligación moral es identificarlos, de modo que tras ello podamos elegir el curso óptimo, que siempre es el que promueve más la realización de todos los valores en juego, o los lesiona menos. No hay otro curso moralmente correcto que el óptimo, por más que su identificación puede resultar compleja, y por

tanto muy difícil. Uno de los grandes sesgos que lastran nuestros procesos de toma de decisiones, es que, unas veces por miedo, y otras muchas por la ley del mínimo esfuerzo que nos puede, reducimos artificial y artificiosamente todos los posibles cursos de acción a dos; es decir, convertimos los problemas en dilemas, lo que facilita la toma de decisiones, pero al precio de ignorar los matices propios de los cursos intermedios, que son aquellos entre los que se encuentran siempre las soluciones óptimas. Un error lógico acaba generando otro moral.

Es frecuente, cuando se habla de los problemas éticos planteados por la actual pandemia, referirse a la falta de recursos, a la improvisación, a la obligatoriedad o no de los profesionales de la salud de poner en riesgo su vida, al hecho de que la epidemia haya retrasado o marginado la asistencia a los demás tipos de pacientes, como es el caso de los oncológicos y hematológicos, con el grave daño que esto genera en su salud y su vida, etc. Y, en efecto, todos estos son graves problemas políticos, médicos y éticos. Pero hay un problema anterior, que es el único del que haré mención. Se trata de ampliar la perspectiva y ver esta pandemia como lo que es, una de las consecuencias de nuestro modo de relacionarnos con la naturaleza, o si se prefiere, con el medio ambiente. ¿Por qué se ha producido? Una respuesta simplista consistiría en decir que por la existencia de un virus que no hemos sido capaces de erradicar de la faz de la tierra, ni tampoco de controlar completamente mediante vacunas y medicamentos. Por tanto, en cuanto nuestra ciencia nos dote de vacunas más eficaces, o de antivirales más potentes o específicos, todo volverá a su cauce normal y nos olvidaremos de esto como si de un mal sueño se tratara.

Esa manera de pensar, que con toda probabilidad es hoy la más frecuente, considero que no es correcta; más aún, que está profundamente equivocada. Nunca acabaremos con los virus, ni con los microorganismos, aunque solo sea porque nos resultan necesarios, imprescindibles. La estrategia de la erradicación, tan propia de la época en que comenzaron a usarse las vacunas, los quimioterápicos y los antibióticos, no es correcta. ¿Por qué aumentan tanto las resistencias a los antibióticos? ¿Por qué se pasa por encima del enorme número de personas que mueren debido a tales resistencias, como si de algo puramente coyuntural se tratara? Seguimos con la filosofía de la "erradicación" como objetivo, a pesar de que ya se sabe que es incorrecta. De hecho, no hemos conseguido erradicar más que un virus, el de la viruela. Esto debería ser suficiente para hacernos pensar que la generalización de ese modelo es incorrecta. La vida en general, y la nuestra en tanto que parte de la vida general, es un complejo sistema de equilibrios, que solo con sumo cuidado debemos alterar o modificar. No es correcta la tesis, imperante sobre todo en la cultura occidental, de que el ser humano es el rey de la creación y puede hacer con las demás cosas lo que le venga en gana. ¿Es ajena esta pandemia al hecho de que estemos alterando el medio ambiente hasta el punto de elevar la temperatura del planeta, provocar fenómenos como el efecto invernadero, aumentar la contaminación de ríos y mares, deforestar los bosques y modificar de modo cada vez más evidente los ciclos biológicos de plantas y animales? ¿Ha influido esto en la presente pandemia?

Es preciso cambiar de mentalidad, y además de modo urgente. No podemos seguir manteniendo la tesis que ha imperado en la cultura occidental desde hace muchos siglos, según la cual el ser humano es el rey de la creación, de tal modo que puede hacer de ella lo que le venga en gana. No es verdad. Somos uno más de los seres vivos que habitan en ella, y nuestra vida depende del equilibrio entre todos ellos. Si nosotros merecemos respeto, y eso parece que no lo niega nadie, los demás seres, y la naturaleza como un todo, también han de merecerlo. Es un hecho conocido que el ser humano, en cuanto se considera superior y no tiene en cuenta el contexto en que vive, empieza a cometer errores. Y eso es exactamente lo que le está sucediendo a la cultura occidental en este problema. Que además ha invadido todos los otros espacios culturales y se ha convertido en los últimos siglos en la cultura planetaria.

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

De la biopolítica como intervención sobre la vida a la bioética como apropiación de la muerte. Debates sobre el buen morir (y el buen vivir)

RESUMEN

El final de la vida constituye un aliciente de la bioética. En este escrito reflexiono sobre los cambios socioculturales en los modos de experimentar la muerte. Me aproximo a las relaciones de poder que la delinearon como elemento intrínseco a la vida biológico-orgánica. Luego, analizo las posibilidades de franqueamiento y superación de su sentido negativo, para pensar cómo las bioéticas latinoamericanas tienen en las reflexiones biopolíticas, un acervo de estrategias para proponer alternativas situadas contra los excesos del poder hegemónico.

PALABRAS CLAVE:

Biopolítica; bioética, intervención sobre la vida; apropiación de la muerte; buen morir; buen vivir.

ABSTRACT

The end of life constitutes an incentive for bioethics. In this writing I reflect on the socio-cultural changes in the ways of experiencing death. I approach the power relations that outlined death as an intrinsic element of biological-organic life. Then, I analyze the possibilities of overcoming its negative meaning, to think about how Latin American bioethics has, in biopolitical reflections, a collection of strategies to propose alternatives against the excesses of hegemonic power.

KEYWORDS:

Biopolitics; bioethics, intervention on life; appropriation of death, good death; good life.

Introducción

El final de la vida y los conflictos asociados a él constituyen uno de los alicientes fundantes de la bioética. Sin embargo, el modo en que se ha configurado ese final y sus conflictos responde a circunstancias espacio-temporales específicas. De acuerdo con Pinto, “aun en nuestra cultura técnica, la muerte sigue suscitando las preguntas más profundas y las respuestas más diversas” (2021, p. 219).

En este escrito pretendo reflexionar, a partir del imprescindible diálogo latinoamericano entre bioética y biopolítica, sobre los cambios socio-culturales en los modos de experimentar la muerte, tomando en

consideración el análisis que va desde una mirada centrada en el cuerpo-objeto intervenido por tecnologías de poder creadas a partir del siglo XVIII; hasta una mirada focalizada en el cuerpo-propio que remite a la posibilidad de recuperar la dimensión comunitaria del acompañamiento y del cuidado, más allá del problema de la autonomía para decidir sobre la propia muerte.

Primero, me aproximo a las relaciones de poder que delinearon la muerte como elemento intrínseco a la vida en sentido biológico-orgánico, con lo que, paradójicamente, la expulsaron de las relaciones cotidianas convirtiéndola en tabú, algo desterrado como límite inabarcable para los biopoderes organizadores de la existencia. Luego, analizo las posibilidades de franqueamiento y superación del sentido negativo impuesto sobre ella, a partir de un ejercicio individual, pero sobre todo colectivo, de decisión sobre el sentido y valor de dicho acontecimiento; ejercicio que requiere recuperar y apropiarse de la corporalidad y su ineludible vulnerabilidad.

Con esto, busco pensar, en un solo movimiento, cómo las bioéticas latinoamericanas tienen en las reflexiones biopolíticas foucaultiana, un trasfondo necesario pero potenciador de nuevas estrategias biopolíticas entendidas como resistencias concretas en busca de alternativas situadas contra los abusos y excesos del poder hegemónico actual. Este gesto reformulador de la biopolítica pasa por la reconfiguración de la bioética, entendida en términos de Mainetti (2012), como “ética de la vida” en la que el bios se extiende incluso más allá de lo humano y el ethos pasa de lo individual a lo comunitario.

I. Incorporación de la muerte en los circuitos modernos de saber-poder

El filósofo-historiador francés, Michel Foucault, reconoce, desde sus primeros escritos, que la muerte es, en la sensibilidad europea, el tema principal hasta finales del siglo XV. “Lo que pende sobre la existencia humana es esta consumación y este orden al cual ninguno escapa”. Pero poco tiempo después, se da un giro que lleva a “burlarse de la locura, en vez de ocuparse de la muerte seria” (2015, p. 32); con lo que el horror vivido ante los límites infranqueables de la muerte es interiorizado en una “ironía continua”, se le envuelve en un aura risible que deja de confrontarla directamente para contemplar la existencia como una nada.

Pero tanto la muerte como la locura son concebidas aún como exteriores al individuo, vienen desde fuera no desde sí mismo. Por eso contra la muerte no se podía luchar, era algo inevitable, un acontecimiento en torno al cual solamente se realizaba una exaltada ritualización, ya que representaba el paso de un poder a otro: del soberano terrenal al soberano divino.

A partir del siglo XVIII, el estatuto de la muerte comienza un proceso de transformación. De acuerdo con Pinto:

Al hacerse inteligible y desafiar el horizonte de conocimiento de la razón y la experiencia, ella no solo constituye un hecho biológico, sino un producto cultural con proyecciones simbólicas expiatorias y políticas. Para ser ‘susceptible de ser gestionada y administrada’ [...] debe constituirse en parte de la vida misma [...] (2021, p. 219).

En esta misma línea argumentativa, según Foucault, las luces otorgaron a la muerte el “derecho a la claridad”, razón por la cual se le pidió dar cuenta de la vida y la enfermedad. Llegó a ser objeto y fuente de saber. Para el pensamiento médico de la época, la muerte era el hecho absoluto y el más relativo de los fenómenos. Deja de ser un punto específico y privilegiado para difuminarse por toda la vida. Es una “muerte permanente, que se desliza en la vida, la carcome constantemente, la disminuye y la debilita” (2000, p. 221).

La muerte permite la apertura hacia la verdad de la vida, pero es también aquello contra lo que se enfrenta. La medicina aparece así, como una situación ambigua: reafirma la muerte como elemento natural, constitutivo e ineludible de la vida; pero a la vez la conjura al proponer medidas técnicas para luchar contra ella. La indagación sobre las mejores estrategias para lograr la salud sustituye la búsqueda por la salvación.

La conversión de la muerte en fuente de saber para comprender el funcionamiento de la vida generó la posibilidad de su aplazamiento a partir de explicar la enfermedad –y su posible curación–. Esta deja de ser un

accidente, para ser parte constitutiva de la relación de la vida con la muerte. La enfermedad no es la razón de la muerte, es el hecho de ser mortal lo que hace que el humano enferme. “La vida, la enfermedad y la muerte constituyen [...] una trinidad técnica y conceptual” (Foucault, 2001, p. 205).

El aumento de la preocupación por la enfermedad y la muerte como elemento que debilita el cuerpo individual y, por tanto, el cuerpo social, propició la necesidad de emplear nuevas tecnologías de poder que atendieran al individuo y a la población en conjunto. Se reemplaza el derecho soberano de hacer morir o dejar vivir por el poder de hacer vivir o de arrojar a la muerte. En palabras de Foucault:

Ahora es en la vida y a lo largo de su desarrollo donde el poder establece su fuerza; la muerte es su límite, el momento que no puede apresar; se torna el punto más secreto de la existencia, el más ‘privado’ (Foucault, 2011, p. 128-129).

La muerte comienza su salida por la puerta trasera. El poder busca intervenir en los cuerpos, individual y poblacional, para hacerlos vivir, aunque para ello debe modificar o colonizar la manera de vivir y el cómo de la vida. La muerte queda, así, al margen, es el límite extremo, un residuo o desecho que no puede ser considerado. Sólo aparece en cuanto número, fenómeno estadístico. “El influjo del poder no se ejerce sobre la muerte sino sobre la mortalidad [...] El poder ya no conoce la muerte [...], la abandona” (Foucault, 2000, p. 224-225). Pero tampoco conoce la vida, la abandona al reducirla a su sentido biológico-orgánico.

Aquella ritualización pública alrededor de la muerte, que implicaba tanto la preparación para el momento final como las últimas voluntades dirigidas hacia quienes sobrevivían, comenzó su paulatina desaparición, al menos del ámbito público. Se le oculta cada vez más y se convierte “en la cosa más privada y vergonzosa”, con lo que “el tabú recae hoy menos sobre el sexo que sobre la muerte” (Foucault, 2000, p. 224). Deviene angustia personal, problema técnico, fenómeno demográfico, fracaso científico.

II. Apropiación (bio)ética de la muerte y voluntad de cuidado individual-colectivo

En un contexto de marginación y abandono de la muerte, ésta no puede ser apropiada, configurada por voluntad propia. Constituye un fenómeno epistemológicamente notable al otorgar saber para optimizar la vida, pero es un acontecimiento existencialmente irrelevante al ser un fracaso en el mantenimiento del adecuado equilibrio entre salud y enfermedad. De ahí que el morir sea una dificultad: la muerte “natural” es una especie de decepción; la eutanasia –activa o pasiva– y el suicidio asistido se reducen a procedimientos legales y deliberativos; mientras el suicidio –darse muerte a sí mismo– es una suerte de delito, una conducta incomprensible que, en vez de constituir una posibilidad de franquear las fronteras e intersticios del poder que se ejerce sobre la vida, es una forma de anomia.

El suicidio es una conducta indebida porque, a consecuencia del anudamiento de las tecnologías de poder antes enunciadas, se atenta contra una vida y un cuerpo que no nos pertenece. Pertenece al soberano del más allá quien ha insuflado su espíritu cuando creó la vida en general y la de los seres humanos en particular; pertenece al soberano del más acá dado que se es súbdito y no se tiene derecho a infligir daño sobre sí mismo; o pertenece a la administración actual de la vida que, al intervenir en ella para optimizarla, encuentra en el suicidio o en el “dejarse morir” –dejar de luchar contra lo inevitable– una negación de su finalidad última.

Foucault, en un breve pero contundente artículo, “Un placer tan sencillo”, habla, primero, sobre la muerte y la necesidad de

prepararla, componerla, fabricarla pieza a pieza, calcularla o, mejor, encontrar los ingredientes, imaginar, elegir, recibir consejo y trabajarla para hacer de ella una obra sin espectador que existe únicamente para mí, y sólo el tiempo que dure el más breve segundo de la vida (1999, p. 200).

De modo sugestivo, se nota no sólo la voluntad individual de constituirse en sujeto ético y, por tanto, activo en la preparación de su muerte –la “autonomía” de la filosofía occidental y del principialismo bioético anglosajón–, sino también la posibilidad de recibir consejo, de dirigirse a otros para dialogar sobre ello. ¿Pero

quién está dispuesto a escuchar sobre un tema marginal? ¿Quién está abierto para atender a alguien que pone entre paréntesis la “necesidad”, casi “obligación”, de vivir?

Esto implica una ruptura radical con el silencio al que ha sido remitida la muerte. Si esta es algo de lo que no se quiere hablar, el suicidio es algo de lo que es aún menos permitido siquiera insinuar. El suicidio, en cualquiera de sus manifestaciones, es una opción tomada solo por quienes presentan desajustes mentales o sociales, momentáneos o permanentes; por lo que es preciso intervenir para poner un cerco ante una decisión indefectiblemente equivocada.

Pero para Foucault (1999), existen dos tipos de suicidio: uno reflexivo y tranquilo, frente a otro atormentado y desgraciado. El primero da muestras de la posibilidad de apropiarse del suicidio y llegar a él a partir de un ejercicio de imaginación personal –aunque puede ser acompañado–, mientras el segundo lo expresa como algo que se padece, una opción tomada a partir de la desesperación –ligada a la soledad y al aislamiento–.

Para el intelectual francés, el suicidio podría ser una oportunidad de disponer del momento singular de la propia muerte; por eso, “merece la pena ocuparse más de él que de cualquier otro [...] para transformarlo en un placer desmesurado, cuya preparación paciente, sin descanso y también sin fatalidad, iluminará toda la vida” (1999, p. 201). En este orden de ideas, puede constituir una forma de sublevarse contra los biopoderes ordenadores de la existencia cotidiana, de rebelarse contra esa reducción de la muerte que la hace un fenómeno natural y no un acontecimiento existencial. ¿Pero hay una forma de rebelión que no sea puramente individual? ¿Es posible pensar alternativas ante esa reducción biopolítica de la muerte y la vida misma? ¿Alternativas que no impliquen abandonar la vida, sino revisar por qué no parece digna de ser vivida?

Pensarnos desde la vulnerabilidad de la vida, desde la fragilidad de lo que somos, hacemos y cómo nos relacionamos es, según Judith Butler, una posibilidad. La vulnerabilidad es una marca constitutiva que permite notar la necesidad de los vínculos entre humanos, al carácter ineludible de los demás y de la relación con ellos. En sus propias palabras:

“El cuerpo supone mortalidad, vulnerabilidad, praxis: la piel y la carne nos exponen a la mirada de los otros, pero también al contacto y a la violencia, y también son cuerpos los que nos ponen en peligro de convertirnos en agentes e instrumento de todo esto. [...] El cuerpo tiene una dimensión invariablemente pública. Constituido en la esfera pública como un fenómeno social, mi cuerpo es y no es mío. Entregado desde el comienzo al mundo de los otros, el cuerpo lleva sus huellas, está formado en el crisol de la vida social [...]” (2006, p. 52).

Si el cuerpo posee una dimensión eminentemente pública, si siempre está cruzado por miradas, si es y no es mi posesión, ¿por qué no podría ser la muerte algo en torno a lo cual se pudiera dialogar entre sí? ¿Por qué pensar que la reflexión, la imaginación y la toma de decisiones son situaciones individuales, cuando podrían ser procesos abiertos a los demás? ¿Por qué visualizar la muerte como trance absolutamente personal que cada quien vive en una soledad apabullante? ¿No podría ser ese momento el de más acompañamiento, un acompañamiento atento y solícito que a veces puede requerir sólo silencio? ¿Pensar juntos sobre el morir no permitiría revisar y cuestionar los modos de vivir? ¿Morir acompañado no remitirá a un vivir acompañado también desvirtuado?

La muerte puede constituirse en un acontecimiento en el que no sólo participa quien ha optado por ella o se encuentre próximo a “vivirla”, sino quienes manifiestan una voluntad de cuidado y solicitud para investir dicho acontecimiento de una dimensión genuinamente existencial, biográfico-narrativa, tanto para quien parte como para quienes se quedan. Es, según Foucault, “lo poco que merece interpretarse” para “hacer de ella algo, y algo que esté bien” (1999, p. 201).

Pero el hacer de ella algo que esté bien, ¿no pasa por compartir con otros la necesidad del cuidado? Quizás el cuidado de sí, necesario para sobrellevar una situación como la muerte, dependa, primero, de la voluntad de cuidar a otros y, ligado a esto, la voluntad de dejarnos cuidar, al interior de un marco institucional orientado por políticas del cuidado.

III. Debates bioéticos en torno al buen morir, nuevas biopolíticas hacia un buen vivir

Después del brevísimo camino andado, hemos podido observar cómo cierto modo de ejercicio del poder, la biopolítica moderna, se dirigió a “aumentar la utilidad y el nivel de maleabilidad de la vida; [la cual] dejó de ser fruto del azar para convertirse en consecuencia de la intervención política” (Zubiría, 2021, p. 103). Pero, con ello, la vida y la muerte se redujeron a procedimientos técnicos que requerían la configuración de políticas específicas de administración y gestión.

Cuando esa reducción de la vida y de la muerte se sedimenta y aparece como realidad incuestionable, se ve surgir un tipo de bioética estrictamente procedimental que, como cuestiona Pinto:

“solo es convocada cuando aparece un conflicto moral en una unidad de cuidados intensivos [y la necesidad de realizar prácticas eutanásicas] o en cualquier otro escenario clínico o de investigación, en muchas ocasiones con el único propósito de apaciguar la angustia moral de los equipos de salud y prevenir una posible demanda médico-legal.” (2021, p. 14-15).

El sentido de la bioética es reducido a la resolución de preguntas y conflictos éticos, pensados como “dilemas”, suscitados en sociedades “individualistas, multiculturales y evolutivas” donde la biomedicina y la biotecnología ha mostrado avances considerables (Hottois, 2007, p. 26). Pero qué decir del contexto latinoamericano marcado por la diversidad y la desigualdad, por presentar distintos grados de desarrollo, por ser pluralmente complejo y estar viviendo crisis constantes.

En este contexto es preciso “distanciarse de las formas impuestas por el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado” (Zubiría, 2021, p. 92) como estructuras de poder entrecruzadas que clasifican las formas de vivir y de morir. Las formas correctas de vivir están ligadas a la productividad, la superioridad racial, la libertad y la independencia; las demás son formas de vida desechables que merecen ser arrojadas a la muerte. De ahí el carácter necropolítico de los estados marcados por la experiencia colonial.

Más allá de la idea de “morir con dignidad”, entendida como la exigencia ética que atiende a la forma de morir –acorde con la dignidad humana– y al derecho con el que cuenta todo ser humano para elegir o exigir, para sí o para otra persona a su cargo, una ‘muerte a su tiempo’, es decir, sin abreviaciones tajantes (eutanasia) ni prolongaciones irrazonables (distanasia) o cruelmente obstinadas (encarnizamiento o ensañamiento médico)” (Blanco, 2008, p. 509); la noción de buen morir o buena muerte es mucho más abarcante. No se restringe a pensar en el cómo de esa muerte ni a la posibilidad de la toma de decisiones personal o familiar sobre el tiempo de su llegada, partiendo de una idea biológico-orgánica que, aún tras reconocer que la muerte es inherente a la vida, la reduce a instante puntual vivido por quien muere en una soledad inexpressable.

El buen morir, tal como el buen vivir, es una “experiencia plural en construcción” (Zubiría, 2021, p. 94) que remite a la posibilidad de ofrecer alternativas al patrón de poder que ha intervenido nuestras vidas. Se cuestiona dicho patrón cuando se reconoce que el buen morir está más allá de la autonomía y control en la experiencia propia de la muerte; pasa no sólo por su apropiación como un acontecimiento biográfico-existencial, sino por la restitución del lugar comunitario de esa experiencia y por el reconocimiento de que la vida personal es un entramado complejo que remite a otras vidas humanas y no humanas. El tiempo es relación con el Otro antes que la relación con el propio final (Levinas, 2012).

Requiere recuperar una visión no de un sujeto potente, sino de uno vulnerable y frágil que se fortalece o se debilita en razón de los vínculos con quienes le rodean. De ahí que valores como la justicia y la solidaridad, tal como proponen las bioéticas latinoamericanas, sean más centrales que los principios de la bioética anglosajona (Zubiría, 2021). Es la reintegración del ethos comunitario la que permitirá pensar la vida y la muerte allende su reducción biológico-orgánica y, con ello, construir políticas orientadas no a intervenir (en sentido colonial), sino a procurar la vida.

Cuidarla, hacerla florecer para que rinda sus frutos y, eventualmente, salga de sí para mezclarse con lo que está a su alrededor. Dejar de ser para ser algo más nos lleva a sugerir la necesidad de biopolíticas orientadas hacia la promoción de un buen vivir que, si bien no necesariamente concluye, sí pasa por la situación del buen morir

Luis Ernesto Cruz Ocaña

Universidad Autónoma de Chiapas / Universidad Nacional de Educación a Distancia

Bibliografía

1. Butler, J. (2006). Vida precaria: el poder del duelo y la violencia. Buenos Aires: Paidós.
2. Foucault, M. (2015, 3ª Edición). Historia de la locura en la época clásica, I. México: Fondo de Cultura Económica.
3. Foucault, M. (2011, 3ª ed.). Derecho de muerte y poder sobre la vida. En Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber [pp. 125-150]. México: Siglo XXI Editores.
4. Foucault, M. (2001, 20ª ed.). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI Editores.
5. Foucault, M. (2000). Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
6. Foucault, M. (1999). Un placer tan sencillo. En Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Volumen III [pp. 199-201]. Buenos Aires / Barcelona: Editorial Paidós, Ediciones Paidós Ibérica.
7. Hottois, B. (2007). ¿Qué es la bioética? (Edición parcial en español). Bogotá: Universidad El Bosque.
8. Levinas, E. (2012, 5ª ed.). Dios, la muerte y el tiempo. Madrid: Cátedra.
9. Mainetti, J. C. (2012). Educación en Bioética: Tres discursos de la Bioética en América Latina: Bio-médico, Bio-jurídico y Bio-político. En S. M. Vidal (Ed.). La educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros (pp. 111-118). Montevideo: UNESCO.
10. Pinto Bustamante, B. J. (2021). Bioética, biomedicina y economías de la vida: hacia una ética de la corresponsabilidad. Bogotá: Universidad El Bosque.
11. Blanco, L. G. (2008). Morir con dignidad. En J. C. Tealdi, J. C. (Dir.). Diccionario latinoamericano de bioética [pp. 508-511]. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia.
12. Zúbiría Samper, S. de (2021). Bioéticas latinoamericanas: hacia una fundamentación propedéutica. Bogotá: Universidad El Bosque

El concepto de vida humana para Ortega

RESUMEN

En este artículo se presenta el concepto de vida humana en el pensamiento de Ortega como argumento central de toda su filosofía. Esta filosofía, como una búsqueda de estar en el mundo, es hoy más vigente que nunca, dada la situación actual de nuestra sociedad, el individualismo existente y la evolución que se ha producido en los últimos años en el campo de la medicina y la biología. Así, junto al concepto de vida en sentido biológico, Ortega evoluciona hasta describir la vida en sentido biográfico, lo que nos pasa, el estar en el mundo.

PALABRAS CLAVE: Ortega y Gasset, vida humana, razón vital

ABSTRACT

In this article, the concept of human life in Ortega's thought is presented as the central argument of his entire philosophy. This philosophy, as a quest to be in the world, is more relevant today than ever, given the current state of our society, existing individualism, and the evolution that has taken place in recent years in the fields of medicine and biology. Thus, alongside the concept of life in a biological sense, Ortega evolves to describe life in a biographical sense—what happens to us, being in the world.

KEYWORDS: Ortega y Gasset, human life, reason for life.

Introducción

“Vivir es la cosa más rara del mundo. La mayor parte de las personas existen, eso es todo”. Oscar Wilde

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la Bioética se define como “disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivientes” pero desde el punto de vista etimológico, el término bioética, de origen griego, alude a dos magnitudes de notable significación bios = vida y ethos = ética. Su significado entonces sería ética de la vida.

El progreso científico en los últimos años en el campo de la Medicina y la Biología ha hecho que se replanteen cuestiones fundamentales sobre el significado de la vida. Así, por ejemplo, los avances científicos que han influido más decisivamente en plantearse qué es la vida son aquellos que afectan, por un lado, a su inicio y, por otro, los de su final. Conviene, pues, abandonar todo reduccionismo biológico en la comprensión de la vida humana con un abordaje más amplio. Y es la filosofía de J. Ortega y Gasset donde podemos encontrar algunas de las respuestas, ya que el problema de la vida fue el eje central de su filosofía.

Ortega percibe y describe lo esencial y lo derivado de toda la complejidad de la vida, desde lo biológico hasta lo filosófico. El concepto de vida humana engloba, para el filósofo, todas las demás realidades. Junto a la vida en sentido biológico, lo que Ortega denomina circunstancia, se encuentra el ser humano que tiene que decidir, es la vida en sentido biográfico, la vida sabida. "Vida" es biografía, lo que hacemos y lo que nos pasa.

Y si la Bioética trata de la relación del hombre con el resto de los seres vivientes, desde el punto de vista de Ortega, la vida de cualquier ser humano es la preocupación no sólo de sí mismo, sino sobre el mundo, y orientándose al otro, al entrar en coexistencia con él, el hombre adquiere su propia orientación.

Así, su obra, nos ayuda a analizar la realidad, porque Ortega escribió para un mundo en crisis que, en gran medida, sigue siendo el nuestro.

En este artículo se presenta el concepto de vida humana desde los dos principales aspectos del filósofo: vida biológica y vida biográfica.

Vida biológica

En el período juvenil, Ortega ya muestra inclinación por la biología como ciencia. Después de leer Ideas para la concepción biológica del mundo, de Von Uexküll, descubre que nadie sabe qué es la vida: ni los biólogos mecanicistas ni los biólogos vitalistas pueden decir que es la vida, lo que concuerda con su opinión de que la ciencia es incapaz de captar lo que es la vida. Pero Ortega no solo no desdeña la vida biológica, sino que hace de ella una base para la construcción de su filosofía. A lo largo de este período inicial, basa sus descripciones en la biología de Von Uexküll concibiendo al hombre como un animal entre otros animales.

Durante todo este período, Ortega, sigue intentando dar una descripción de la vida y, al mismo tiempo, su filosofía adquiere rasgos de marcado carácter biológico.

La ciencia biológica más reciente estudia el organismo vivo como una unidad compuesta del cuerpo y su medio particular: de modo que el proceso vital no consiste solo en una adaptación del cuerpo a su medio, sino también en la adaptación del medio a su cuerpo.

Y es que Ortega, utilizando los términos obtenidos de la biología, describe la relación del sujeto con el mundo circundante. En La Pedagogía social como problema político describe:

“Ahora debemos preguntarnos: ¿es el hombre un individuo biológico, un puro organismo? La contestación será inequívoca; no: no es solo un caso de la biología, puesto que es la biología misma. No es solo un grado en la escala zoológica, puesto que es él quien construye la escala entera.”

Yo soy yo y mis circunstancias, y si no las salvo a ellas no me salvo yo. Las circunstancias son “aquellas porciones de vida de las que no se ha extraído el espíritu que encierra, su logos”, dice el filósofo en Meditaciones del Quijote . Hay una íntima relación entre la vida, sea humana o de un animal y la circunstancia.

Las “circunstancias” es un término clave en la filosofía de Ortega que significa todo lo objetivado con el cual el hombre se encuentra su vida, incluyendo su cuerpo y su conciencia.

En El Quijote en la escuela, Ortega expresa que no todas las funciones vitales son iguales, ya que algunas son más plenas y radicales. Todas aquellas funciones de la vida que utilizan estructuras mecanizadas son vida secundaria, mientras que la vitalidad primaria, no está mecanizada. La ciencia ha hecho mecánica de la biología, ha estudiado la vida secundaria, que es menos vida. Como consecuencia de ello, el objetivo de la educación no debe ser el desarrollo del uso de mecanismos o tecnologías, ni de las funciones culturales, sino el coraje, la curiosidad, amor u odio, en fin, la vida vivida.

Aquí ya empieza a vislumbrarse lo que más tarde expondrá como “vida vivida”, y no solamente vida en sentido biológico.

En 1923 Ortega publica *El tema de nuestro tiempo*, una de las obras en las que más trata de la vida, y donde intenta superar el racionalismo por su imposibilidad de captar la realidad de esta, en un intento de situar la vida en el centro de la reflexión filosófica y de formular una nueva racionalidad, la “razón vital”, ya que el racionalismo sacrifica la vida. Para Ortega, el tema de nuestro tiempo consiste en someter la razón a la vitalidad, localizarla dentro de lo biológico, supeditarla a lo espontáneo. La razón pura tiene que ceder su imperio a la razón vital.

Para Ortega, la vida es un principio, y por ello, considera el valor de la vida como un valor en sí mismo que “mana de su mismidad”. No necesita de ningún contenido determinado para tener valor o sentido.

En algunos pasajes, incluso parece defender una interpretación naturalista de la vida, al estilo de Nietzsche, llegando a afirmar, por ejemplo, que la cultura consiste en ciertas actividades biológicas, ni más ni menos biológicas que la digestión o la locomoción: Esas funciones vitales -por tanto, hechos subjetivos, intra orgánicos-, que cumplen leyes objetivas que en sí mismas llevan la condición de amoldarse a un régimen transvital, son la cultura. Aquí, Ortega sugiere una interpretación naturalista de la cultura, argumentando que las actividades culturales son tan biológicas como procesos como la digestión o la locomoción. Esta perspectiva subraya la interconexión entre la vida biológica y la actividad cultural humana, sugiriendo que la cultura no es algo separado o ajeno a la vida misma, sino que está arraigada en ella. La cultura es concebida como una función de la vida, de ahí que deba estar supeditada la producción cultural a la necesidad vital: cuando ciertas funciones vitales trascienden de la propia inmanencia biológica, se objetivan y se convierten en cultura, organizándose conforme a principios que ya no son «vitales» sino culturales o espirituales.

En resumen, este fragmento refleja la visión de Ortega sobre la cultura como una manifestación vital arraigada en la biología humana, pero también sujeta a leyes y condiciones que van más allá de lo puramente biológico. No obstante, Ortega aclara, en una nota al pie, que las referencias biológicas no tienen por objetivo remitir toda explicación a unos ritmos naturales que regulen toda actividad humana. Se trata más bien de una estrategia para aproximar las dos esferas de lo racional y lo vital.

El conocimiento y el uso de la biología que demuestra Ortega se inscriben en que la filosofía debe ser un ejercicio de simplificación, que extraiga de la especialización científica el contenido que permita conectarla con la realidad esencial que es la vida humana. Ortega se sirve de la biología –como de la historia, la física, o las matemáticas– para hacer filosofía. Estas disciplinas son instrumentos que le permiten gestionar su peculiar apuesta filosófica. Por ello, no hay que confundir el término biológico, utilizado por Ortega (y como él mismo apunta), que se refiere a su significado etimológico (de bios, vida), y no al carácter científico del mismo.

En 1924, tras la publicación de *El tema de nuestro tiempo*, Ortega se defiende de la acusación de vitalista, y publica *Ni vitalismo ni racionalismo*. Para ello, empieza por diferenciar el vitalismo biológico del vitalismo filosófico. Se distancia del primero, que “considera a los fenómenos orgánicos irreductibles a procesos fisicoquímicos”, y clasifica el segundo en tres tipos, de los que sólo se identifica con el último. El primer vitalismo filosófico habla de unas leyes biológicas generales que explican el conocimiento al igual que explican cualquier otro proceso biológico. El segundo es el de Bergson, quien hace “de la vida un método de conocimiento frente al método racional”. Ortega no pretende hacer de la vida un método de conocimiento; para él, el método de conocimiento es racional, es teórico.

Más bien propone hacer de la vida un problema que debe situarse en el centro del sistema filosófico, si bien este problema solo puede abordarse de un modo racional, coherente. Justifica la coherencia de esta idea con sus críticas al racionalismo diciendo que sus teorías no se oponen a la razón (que identifica con teoría), sino al racionalismo.

A partir de *El Tema de nuestro tiempo*, empieza una evolución hacia la distinción entre el ser humano y el resto de los animales. La primera indicación de esta diferencia clara entre hombre y animal aparece en

1925 en *Vitalidad, Alma y Espíritu*, donde indica que mientras el animal está centrado en su medio, el hombre está “descentrado”.

Y es en *Vitalidad, alma y espíritu* donde surge la definición de vitalidad: A esa alma carnal, a ese cimiento y raíz de nuestra persona debemos llamar “vitalidad”, porque en ella se funden radicalmente lo somático y lo psíquico, lo corporal y lo espiritual, y no sólo se funden, sino de ella emanan y de ella se nutren. Cada uno de nosotros es ante todo una fuerza vital: mayor o menor, rebosante o deficiente, sana o enferma. El resto de nuestro carácter dependerá de lo que sea nuestra vitalidad.

También en el mismo escrito, comenta que: “La especie, la herencia, son poderes extra individuales que actúan en el cuerpo de cada individuo. Va éste como dirigido y prisionero de una fuerza externa a él y previa a él, que se manifiesta, por ejemplo, en los instintos”. En este sentido, habla Ortega de una “universal vitalidad” y, aunque desde el punto de vista biológico puede “encajar” con la influencia del ambiente en el individuo, olvida (por entonces aún no se conocía), la importancia de los genes en la herencia, y su influencia en determinadas funciones individuales.

En 1925, Ortega publica *Sobre la expresión, fenómeno cósmico*, donde ahonda en lo que ya expuso en *Vitalidad, alma y espíritu*: el alma y el cuerpo forman una unidad, pero no es el cuerpo lo primero que se nos presenta, aunque nos parezca lo contrario, porque como él dice: El hombre externo es el actor que representa al hombre interior. El cuerpo humano representa un alma. La carne expresión. Es la expresión como fenómeno cósmico.

Alrededor de estos años, se construye todo el proyecto de arquitectura que Ortega realiza sobre la vida humana, para dar paso a lo que definirá su idea principal: la vida como realidad radical.

Vida como realidad radical

En 1928, probablemente tras la lectura de *Ser y Tiempo*, Ortega considera la realidad radical como vida individual, como vida humana, culminando de esta manera un proceso evolutivo de su concepción de la vida. Las concepciones de la etapa anterior se reelaboran. La biología ya no puede explicar lo que es la vida, ya que se encarga de comprender los fenómenos orgánicos, pero eso no es suficiente. La vida es algo más profundo y previo. Es el hecho radical que envuelve y comprende todos los demás hechos.

Con el paso del tiempo, Ortega considera que la realidad radical no es la vida sin calificar, sino la vida humana individual. Ello queda patente cuando dice: El hecho primordial, la realidad indubitable, primer dato del universo, es mi vida. Y de forma más categórica: vivir es el modo de ser radical: toda otra cosa y modo de ser lo encuentro en mi vida.

El hablar de la vida como la realidad primera y radical es un paso enorme que Ortega da dentro del pensamiento filosófico, tanto es así que su filosofía se presenta, por esto mismo, como una superación del idealismo, manteniendo lo que de él se puede mantener y a su vez sin volver al realismo clásico, por parecerle problemática la idea de entender la existencia de las cosas como existencia independiente del individuo que las percibe. Esto pone de manifiesto el hecho de que la vida para Ortega está en la base de todas las demás realidades. Es decir, vida no es un tema abstracto, etéreo, susceptible de reducirse a conceptos. No. Para Ortega la vida humana es la propia realidad en la que estamos en todo presente. La que vivimos a diario. En ella está el hombre. La vida humana es una realidad que a los ojos de Ortega es la realidad radical.

En *Meditaciones de nuestro tiempo*, en el Preámbulo sobre lo que es nuestra vida, Ortega ya comienza la pregunta ¿qué es, pues vida?, y la transforma en lo que luego será el desarrollo de su filosofía en ¿Qué es nuestra vida?, refiriéndose a esa realidad en torno a la vida, en torno a lo “que es el vivir”, a esa realidad radical a la que primeramente se ha referido.

Durante estos años, parece que se repiten las mismas ideas, pero como el mismo Ortega dice, es como una espiral, donde va ahondando y redefiniendo las ideas. Y al definir que es la vida, en cuanto a lo que somos y lo que hacemos, efectúa un método en el cual va a ir anotando uno tras otro los atributos de nuestra vida, de fuera hacia dentro. Por eso, siguiendo este método, voy a ir enumerando esos atributos que, poco a poco, se van deslizando uno sobre otro.

Vivir es encontrarse en el mundo

Vivir es lo que hacemos y nos pasa, pero de forma que nos damos cuenta de que vivimos, o todo vivir es vivirse, sentirse vivir, saberse existiendo. Es el descubrimiento incesante que hacemos de nosotros mismos y del mundo en derredor. Por tanto, el primer atributo: Vivir es encontrarse en el mundo.

El primer atributo de la vida es lo que hacemos, pero sabiendo que lo hacemos. O el descubrimiento que hacemos constantemente de nosotros mismos y del mundo en derredor. Vivir, entonces, es verse a sí mismos.

Vivir es hallarse cada cual a sí mismo en un ámbito de temas, de asuntos que le afectan. Así, sin saber cómo, la vida se encuentra a sí misma a la vez que descubre el mundo.

Vida y circunstancia

Ortega vuelve a utilizar el término de “circunstancia”, redefiniendo el concepto, concretándolo, abandonando su dimensión biológica para hacerla metafísica, ya que: “Siendo la realidad absoluta Mi Vida, el elemento de ella que llamo contorno, circunstancia o mundo estará constituido, originariamente, no por lo que luego y bajo una óptica ya parcial, secundaria y relativa -no absoluta- llamaremos cosas, sino por estas tres categorías o modos fundamentales del mundo: forzosidades, facilidades y dificultades.”

Porque vivir es encontrarse a sí mismo en el mundo y ocupado con las cosas y seres del mundo. Ocuparse con lo otro que no es uno mismo, convivir con un contorno. Esto es, con la circunstancia que nos ha tocado vivir. Nos hallamos frente y dentro del mundo, el que nos haya tocado vivir, y ese mundo que nos afecta, es inseparable de nosotros. La circunstancia es lo que existe para mí.

Vida es encontrarse yo en medio de mi circunstancia. Yo soy el que actúa sobre la circunstancia y ella es la que actúa sobre mí: Ni yo ni ella tenemos un ser aparte; ni yo ni ella somos sustancias, aunque tampoco somos accidentes el uno de lo otro, ya que estas dos categorías ya no nos sirven para pensar la realidad primaria de la vida. La realidad consiste en pura actuación de la circunstancia, actuación de la circunstancia sobre mí y de mí sobre la circunstancia.

Mundo, Universo, circunstancia. Todo ello es uno. Lo que nos afecta, lo que nos rodea.

Si vivir es encontrarse con el mundo, con lo que nos rodea, de forma que la persona se ocupa del mundo y el mundo de ella, estamos sumergidos en él y viceversa: vivir es vivir en una circunstancia. Eso nos da cierta libertad, pero no total, porque no podemos escapar de la circunstancia en la que estamos. Esto hace que vivir sea algo dramático, además de imprevisto, ya que vivimos en esa circunstancia que nos ha sido dada, que no hemos podido elegir y a la que tenemos que enfrentarnos. Por eso, el segundo atributo de la vida es que es siempre circunstancia.

Vida como drama

La vida nos es dada, somos “arrojados a ella”, y tenemos la libertad para desarrollar ese drama que es la vida, tenemos nosotros que resolver el problema de vivirla, constantemente, cada vez que tenemos que tomar una decisión. Lo que Ortega llama “llevarse a sí mismo en vilo, sostener a pulso el propio ser”.

Nuestra vida empieza por ser la perpetua sorpresa de existir sin nuestro consentimiento previo, náufragos en un orbe impremeditado. No nos hemos dado a nosotros la vida, sino que nos la encontramos justamente al encontrarnos con nosotros. Un símil esclarecedor que presenta Ortega es: fuera el de alguien que dormido es llevado a los bastidores de un teatro y allí, de un empujón que lo despierta, es lanzado a las baterías, delante del público. ¿Al hallarse allí, qué es lo que haya ese personaje? Pues se halla sumido en una situación difícil sin saber cómo ni porqué; la situación difícil consiste en que hay que resolver de algún modo decoroso aquella exposición ante el público, que él no ha buscado ni preparado ni previsto. La vida nos es dada, mejor dicho, nos es arrojada o somos arrojados a ella, pero eso que nos es dado, la vida, es a la vez un problema que necesitamos resolver nosotros. Por eso vivir es constantemente decidir qué vamos a hacer.

Vivimos en la circunstancia que nos ha sido impuesta, pero tenemos la libertad de poder decidir, de poder de alguna manera, “fabricar nuestra vida”.

Vida como ejecución

En las lecciones del curso de 1929 a 1930, Ortega habló de Vida como ejecución (El ser ejecutivo). El carácter con que nos aparece la realidad de la vida es la ejecutividad. La vida es lo ejecutivo, su ser es ser ejecutivo; esa es la nueva perspectiva. La novedad que aporta la “ejecutividad” consiste en que en ella se supone que el acto es para sí, pero, a la vez, que este ser para sí no significa objetivación o conciencia sensu stricto de sí mismo. Por tanto, la ejecutividad es la alternativa a la objetivación que produce la conciencia (que es esencialmente objetivadora, según Ortega, incluso en su versión fenomenológica).

Vivir es existir absolutamente. Y esto no como en el caso del yo cartesiano que existe porque piensa, o sea porque existe el pensamiento, sino que vivir es inmediatamente y por sí, existir. Vida es lo ejecutivo como tal, por tanto, es como tal vida lo existente. El viviente no puede no existir porque no puede para sí no existir. No se trata de que la vida exista para sí porque se vea a sí misma o se halle; por tanto, porque se haga objeto de sí misma. Esto sería recaer en el idealismo. No es un objetivo existir para sí, sino un activo existir para sí. Este es, un nuevo giro del pensamiento.

Esto se ve más claro cuando se advierte que el ser de la vida es un hacer, mejor aún, un hacerse. La vida es para sí, porque es por su propio esfuerzo, es lo que de sí haga. Por tanto, la vida es actuar en un mundo no elegido, donde hemos sido arrojados, rodeados de personas, cosas y elementos que facilitan o dificultan nuestra actividad. Consecuencia de esto es que la vida no tiene principio ni fin. Esto califica muy bien el sentido que tiene la categoría raciovital de existir. Yo no puedo vivir el comienzo ni el término de mi vida.

Comenzar a vivir o terminar de vivir no pertenecen a la vida, no son conceptos que parezcan posibles bajo la óptica de la vida. Precisamente porque son las dos cosas que no toleran reflexividad activa, que no puede uno hacer o hacerse.

Vivir es hallarse cada cual a sí mismo en un ámbito de temas, de asuntos que le afectan. Vivir es desde luego, en su propia raíz, hallarse frente al mundo. Encontrarse de pronto y sin saber cómo caído, sumergido, proyectado en un mundo incanjeable, en este de ahora. Vivir es lo ejecutivo como tal.

En resumen: Mi vida, realidad primordial y absoluta, tiene un ser ejecutivo y no objetivo, y esa su ejecutividad tiene una dimensión constante de presenciarse a sí misma, de reflexividad. En vez de esto también podía decir: mi vida es un acontecimiento absoluto que acontece a sí mismo.

Vida es futuro

Ya vivir no es simplemente “lo que hacemos”, puesto que ese “hacer”, no nos es impuesto, no es algo mecánico, sino que tenemos que decidirlo nosotros. Es decir, vivir es constantemente decidir lo que vamos a ser. Por eso, nuestra vida es, ante todo, toparse con el futuro.

Vivimos en el presente, en el punto actual, pero éste no existe primariamente para nosotros, sino que desde él como desde un suelo vivimos hacia el inmediato futuro.

Al estar siempre proyectándonos en el futuro, lo que hacemos es “preocuparnos”, según la idea de Ortega, por lo que vamos a hacer en cada instante. Ocuparse por anticipado: pre-ocuparse (Y aquí, el mismo Ortega confiesa la influencia de Heidegger).

Pero hay personas constantemente “despreocupadas” por la vida, que “la dejan flotar a la deriva como una boya sin amarra que va y viene empujada por las corrientes sociales”. Hacen lo que hacen los demás, se dejan llevar por las convecciones, los usos, las costumbres. Se “preocupan de no preocuparse”. Es el ideal del débil. Porque la vida es fatalidad, es lucha. Por una parte, tenemos que ejercer nuestra libertad de elegir en función de los deseos o ideales que tengamos. Es el futuro que se nos presenta como algo abierto. Pero además está nuestro presente que nos limita y se nos impone, y ante el cual hay que aprender a aceptarlo para aprovecharlo y corregirlo.

Vida como historia

Vida es peculiaridad, cambio, desarrollo; en una palabra: historia.

El hombre se presenta no como un algo ya hecho, sino como algo que se va haciendo y este “irse haciendo” es lo que podemos llamar vivir, y, por tanto, podemos decir que el hombre es lo que vive. Ahora bien, al preguntarnos sobre la razón de por qué somos como somos, para comprendernos o concebir nuestro ser no necesitamos otra cosa que narrar, contar lo que hemos sido. Por lo que el razonamiento que nos esclarece las cosas dándonos su razón no consiste en otra cosa que en una narración. De aquí la tesis de Ortega y Gasset: para comprender algo humano, ya sea personal o colectivo, lo que se tiene que hacer es contar una historia. Esta nos muestra que el hombre hace tal cosa o es así porque antes fue de otro modo. Esta narración que hace transparente la vida humana es lo que el filósofo español denomina Razón histórica. Para Ortega: “El hombre “va siendo” y “des-siendo”, viviendo. Va acumulando ser —el pasado—: se va haciendo un ser en la serie dialéctica de sus experiencias”

Ortega considera que el hombre concreto en su existencia es una célula de la realidad histórica, pues se determina no tanto por las condiciones presentes de la vida, sino por su “proyecto vital” orientado al futuro; tampoco se define totalmente por lo que ya tiene, sino por lo que todavía no posee y que debe crear por su propia actividad. El hombre está destinado a ser libre. Pero la libertad es una carga pesada, es una libertad del náufrago que tiene que agitar sus brazos “para mantenerse a flote en la vida”.

Vida como proyecto

Vivir es constantemente decidir lo que vamos a ser, luego hemos visto que vivir es siempre una proyección hacia el futuro. La vida es anticipación, es preocupación, atención al futuro. Es decir, estamos siempre proyectando, pero siempre en función de la circunstancia que nos ha tocado vivir.

Vida es anticipación. Y todo lo que hago, es decir, mi presente, lo hago para realizar el proyecto que soy. Vivir es proyectarse, en el doble sentido de la palabra, a saber, como programa y como proyección de ese programa sobre el mundo. Yo soy, ante todo, un cierto programa vital.

Vida como vocación

Como hemos visto, Ortega considera que la realidad o la existencia de cada persona tiene dos componentes: lo que se tiene que ser y lo que se es. Pero ese “tener que ser”, ese proyecto, es irremediable, no se puede modificar porque está más allá de la voluntad. Ortega lo expresa de la siguiente forma:

“Potencias en el orden creciente de uno mismo: 1º Yo soy el que aún no se ha realizado= soy mero proyecto; 2º Yo soy el que aspira o pugna por ser realizado= soy proyección; 3º Yo soy el que inexorablemente exige ser realizado, aunque sea imposible su realización= yo soy... vocación.”

Vocación aquí, no significa la vocación para un oficio, ya que la vocación de lo que es el “yo” de cada uno, va más allá de ejercer un determinado tipo de vida. La vocación es, en fin, vocación para ser uno mismo. Es la necesidad de realizar nuestro proyecto vital.

Según Ortega, el “proyecto vital” es una misión responsable que el ser humano carga en sí en el proceso de la autorrealización de su “yo” auténtico. Esta misión nos adscribe a no temer aparecer como alguien que no quisiéramos ser: no tan inteligentes, ni tan eruditos, ni tan valientes.

No cualquiera con quien queremos identificarnos, es un hombre auténtico, y si nos identificáramos con él, vivenciaríamos este rol como algo que nos causa incomodidad, perplejidad e, incluso, sufrimiento, y esto testimonia que esta imitación es ajena a nuestra vocación. El hombre tiene que ser fiel a su proyecto-vocación vital, que, según Ortega, es posible realizar sólo si elabora una actitud sincera consigo mismo y las circunstancias en que vive, e incluso el escéptico puede realizar su vocación auténtica, si es consecuente y si no dudara en las razones vitales y fundamentos morales de sus dudas.

La vocación es, pues, sentirse llamado a ser el ente individualísimo y único que, en efecto, se es. Toda vocación es, hablando con rigor, vocación para ser yo mismísimo.

Nuestro “yo” es nuestra vocación. Podemos ser más o menos fieles a nuestra vocación y, consecuentemente, nuestra vida más o menos auténtica.

La vida como inseguridad

Hemos llegado, desde la vida como realidad radical, de no poder escapar a la condición de vivir, a la vida como lo que nos rodea (circunstancia), como drama, proyecto, futuro, ejecución, historia y vocación. Tenemos constantemente que decidir en cada momento, de inmediato. Y no podemos equivocarnos porque no podemos volver atrás. Por eso necesitamos saber, o saber a qué atenerse vitalmente.

Somos nuestra vida y nuestra vida consiste en que nos hallamos obligados a sostenernos en medio de las cosas, del ancho y complicado contorno- Tenemos en cada instante que decidir lo que vamos a hacer, esto es, lo que vamos a ser en el instante inmediato. (...) El hombre tiene que acertar en su vida y en cada momento de ella.

La vida, porque es prisa, es por naturaleza inseguridad. Por eso necesitamos inexorablemente saber. Ahora vemos lo que eso significa: saber es saber a qué atenerse vitalmente.

Conclusión

Hemos visto que la concepción sobre la vida humana constituye el eje principal de la metafísica existencial de Ortega y Gasset. Según él, el ser del hombre es una “realidad radical”; radical porque todos los demás tipos de realidad –física y espiritual- dependen de la existencia del hombre. La vida interpretada como “realidad radical” no se reduce a una cosa extensa ni a un ente pensante, sino revela la interacción entre el sujeto y el objeto, o hablando en términos del mismo Ortega, el encuentro del “yo” con sus circunstancias en situaciones históricamente cambiantes. Desde el punto de vista de Ortega, la vida es una realidad que antecede al “yo” humano. Está dada antes de cualquier elección consciente y nadie puede anular este hecho incondicional y primario.

En su existencia concreta e insustituible, el ser humano está sumergido en una corriente de acontecimientos cambiantes, está arrojado al mundo. Sin poder salir del lugar que le está fatalmente destinado desde su nacimiento, el hombre conserva, en los límites de su existencia individual, su independencia interna en relación con ese mundo circundante, ya que por su propia actividad es capaz de crear y recrear el contenido de las circunstancias que le rodean.

Por consiguiente, el existir del hombre es un ser que consiste en una tarea para resolver. la vida es un existir indigente en comparación con el ser suficiente de la sustancia o cosa. Ahora bien, en cada momento de nuestras vidas se abren diversas posibilidades para elegir una y con esta elección nos habremos hecho a nosotros mismos, lo cual significa que el hombre es un ente que se hace a sí mismo. Es la causa de sí mismo en el doble sentido: primero, porque se hace a sí mismo y, segundo, porque tiene la capacidad de decidir qué quiere hacer y cómo.

Muchos autores han comentado que la filosofía de Ortega ha ido cambiando a lo largo de sus escritos. O que se ha desarrollado hacia un concepto más pesimista de la vida, casi al estilo de Kierkegaard, en su angustia. Yo creo que nada más lejos de la realidad. El significado de la vida, esa realidad radical que hemos visto, ha evolucionado, desde un punto más biológico (razón vital), hasta, poco a poco, ir enlazando ideas unas con otras, como él dice, de afuera a dentro, para acabar con ese hecho radical que envuelve y comprende todos los demás hechos.

Rocío Núñez Calonge

Doctora en Biología; Máster en Bioética;
Directora Científica del Grupo UR Internacional.

Agradecimientos

Quisiera expresar mi agradecimiento por los consejos y ayuda en la elaboración de este manuscrito a los Dres. Tomás Domingo Moratalla y Noé Expósito.

Bibliografía

1. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), ¿Qué es filosofía? “Lección VIII” En Obras completas, tomo VIII, pág. 346, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
2. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), ¿Qué es filosofía?, “Lección VIII” En Obras completas, tomo VIII, pág. 345, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
3. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), El Quijote en la escuela, En Obras completas, tomo II, pág. 403, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
4. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), El tema de nuestro tiempo: “Cultura y vida”. En Obras completas, tomo III, pág. 581, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
5. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), El tema de nuestro tiempo: “Las dos ironías: o Sócrates o Don Juan”. En Obras completas, tomo III, pág. 593, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
6. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Meditación de nuestro tiempo. Introducción al presente: “Preámbulo sobre lo que es nuestra vida”. En Obras completas, tomo VIII, pág. 42, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
7. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Meditaciones de nuestro tiempo. Introducción al presente: “Preámbulo sobre lo que es nuestra vida”. En Obras completas, tomo VIII, pág. 40, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
8. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Meditaciones de nuestro tiempo. Introducción al presente: “Preámbulo sobre lo que es nuestra vida”. En Obras completas, tomo VIII, pág. 41, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
9. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Meditaciones del Quijote, En Obras completas, Tomo I, pág. 759. Madrid, ed. Taurus. Fundación José Ortega y Gasset.
10. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Misión de la Universidad- La cuestión fundamental: “¿Qué es la vida”? En Obras completas, tomo VIII, pág. 418, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
11. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Misión de la Universidad- La cuestión fundamental: “¿Qué es la vida”? En Obras completas, tomo VIII, pág. 433, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
12. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Misión de la Universidad- La cuestión fundamental: “¿Qué es la vida”? En Obras completas, tomo VIII, pág. 438 Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
13. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Misión de la Universidad- La cuestión fundamental: “¿Qué es la vida”? En Obras completas, tomo VIII, pág. 445, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
14. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Ni vitalismo ni racionalismo. En Obras completas, tomo III, pág. 717, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.
15. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Pedagogía social como problema político, El hombre no es el individuo biológico, En Obras completas, Tomo II, pág. 92. Madrid, ed. Taurus. Fundación José Ortega y Gasset.
16. Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Pidiendo a un Goethe desde dentro. En Obras completas, tomo IV, pág. 402, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.

17.Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Sobre la expresión, fenómeno cósmico. En Obras completas, tomo II, pág. 681, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.

18.Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Vida como ejecución: “Lecciones del curso 1929-1930”. En Obras completas, tomo VIII, pág. 222, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.

19.Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Vida como ejecución: “Lecciones del curso 1929-1930”. En Obras completas, tomo VIII, pág. 201, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.

20.Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Vitalidad, alma y espíritu. En Obras completas, tomo II, pág. 566, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.

21.Ortega y Gasset, J. (2004-2010), Vitalidad, alma y espíritu. En Obras completas, tomo II, pág. 571, Madrid, Taurus-Fundación José Ortega y Gasset.

22.UEXKÜLL, Barón Jakob von. (1934). Ideas para una concepción biológica del mundo. Editorial Espasa Calpe. Madrid. *Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. («BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021, pp 34037 a 34049. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

Reflexiones bioéticas sobre la salud mental frente a la crisis ambiental

RESUMEN

Este trabajo explora la interrelación entre la crisis ambiental y la salud mental, proponiendo una reorientación de la bioética hacia una visión holística que integre tanto la salud humana como la preservación del medio ambiente. A partir de la obra de Van Rensselaer Potter, se sostiene que la bioética surgió con un enfoque integral que debe revisitarse frente a los efectos psicológicos del deterioro ambiental, como la eco-ansiedad y la depresión. Se analizan principios bioéticos clave, como la justicia intergeneracional y el respeto a la autonomía, para subrayar la necesidad de políticas que no solo mitiguen el daño ambiental, sino que también protejan la salud mental de las generaciones presentes y futuras. La crisis ecológica, en este contexto, se presenta como un desafío ético que requiere una acción global para asegurar el bienestar emocional y físico en armonía con el medio ambiente.

PALABRAS CLAVE: Bioética y medio ambiente; salud mental; eco-ansiedad; justicia intergeneracional.

ABSTRACT

This paper explores the interrelationship between the environmental crisis and mental health, proposing a reorientation of bioethics toward a holistic view that integrates both human health and environmental preservation. Drawing on the work of Van Rensselaer Potter, it argues that bioethics emerged with an integrated approach that must be revisited in light of the psychological effects of environmental degradation, such as eco-anxiety and depression. Key bioethical principles, such as intergenerational justice and respect for autonomy, are analyzed to emphasize the need for policies that not only mitigate environmental harm but also protect the mental health of present and future generations. In this context, the ecological crisis is presented as an ethical challenge that requires global action to ensure emotional and physical well-being in harmony with the environment.

KEYWORDS: Bioethics and the environment; mental health; eco-anxiety; intergenerational justice.

Introducción

Hace tres décadas, la fundación de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica marcó un hito en el desarrollo de una disciplina que, desde sus primeros pasos, buscó abordar los dilemas éticos en torno a la vida, la salud y el bienestar humano. Desde entonces, la ABFC ha sido referente mundial en avanzar los objetivos de la bioética, y su incansable labor ha producido grandes frutos. Hoy, enfrenta un singular reto que será definitorio para el porvenir humano: reintegrar esta disciplina al ámbito ecológico, en la medida en la que es allí en donde más se requiere actualmente la intervención de la bioética. Es menester recordar que, más allá

de su enfoque en la salud individual, figuras fundacionales como Van Rensselaer Potter, ofrecieron una visión amplia de la bioética, profundamente influenciada por el pensamiento ambiental. Potter propuso una ciencia holística que integrara la ética, la biología y la filosofía, y que, además, reconoce la necesidad de un equilibrio sostenible entre los seres humanos y su entorno natural. Esta perspectiva originaria de la bioética, en la que la salud humana no puede dissociarse de la salud del planeta, cobra una relevancia particular en el contexto actual marcado por la creciente crisis ambiental.

No obstante, hoy en día la disciplina bioética parece haber dejado en un plano inferior su vocación inicial, centrada en la preservación de un medio ambiente saludable como pilar de la salud humana. Sin embargo, a medida que los impactos de la degradación ambiental sobre la salud física y mental se hacen cada vez más evidentes, se impone un llamado a volver a esa visión integral; y es precisamente el segundo de los aspectos de la salud, el mental, que abordamos aquí. La creciente incidencia de trastornos psicológicos relacionados con la crisis climática —como la eco-ansiedad, la depresión inducida por eventos ambientales extremos o la incertidumbre sobre el futuro— subraya la necesidad de revisar los principios bioéticos para abordar los problemas contemporáneos desde una perspectiva que incluya tanto la justicia ambiental, como la justicia intergeneracional.

Este artículo busca explorar la relación entre la crisis ambiental y la salud mental, haciendo un llamado a revisar y adaptar los principios bioéticos clásicos, como el respeto a la autonomía, el deber de no hacer daño (no maleficencia) y la justicia intergeneracional, para enfrentar el impacto psicológico de los problemas medioambientales actuales. De esta manera, se pretende reflexionar sobre cómo la bioética, en su visión más amplia, puede ofrecer herramientas para comprender y mitigar los efectos de los impactos ambientales sobre la salud mental, reconociendo que la protección del medio ambiente es inseparable del bienestar emocional de las personas, incluyendo las generaciones futuras.

La salud mental ante el deterioro ambiental, como materia de la bioética

A treinta años de la fundación de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, y con todo y los notables avances en el desarrollo y aplicación de la disciplina bioética, conviene recordar la orientación que le dio, en sus inicios, uno de sus principales precursores, Van Rensselaer Potter, particularmente en lo que hace al carácter holista de esta naciente ciencia. Esto con miras a ampliar su alcance hacia un área que, hoy por hoy, representa uno de los grandes retos existenciales que enfrenta la humanidad: la crisis ambiental. Efectivamente, en la obra seminal de Potter *Bioética, un Puente al Futuro* (Potter, 1971), se hace patente una inclinación medioambiental. Desde la dedicatoria de la obra a Aldo Leopold, quien introdujo el concepto de “ética de la tierra” en su *Almanaque del Condado Arenoso* (Leopold, 1949) como una nueva visión en la que la idea de comunidad se ensancha para incluir al entorno natural, (Ibíd, p. 204), hasta la advertencia sobre la necesidad de desarrollar un nuevo tipo de sabiduría, que conjuntase el rigor de las ciencias duras con el sentido ético de la filosofía normativa, Potter, notoriamente influenciado por Leopold, entendía a la bioética como un factor elemental para lograr ese sensible balance y juego de equilibrios que, a la postre, integraría el concepto de desarrollo sostenible, afirmando que la supervivencia humana misma dependía de la conservación de un medio ambiente sano (Potter, 1988, p. 17).

La bioética nace entonces con un espectro de ideas muy amplio y con un objetivo que, sin soslayar su orientación hacia salud humana, resulta de un alcance mucho mayor: la supervivencia de ese continente fundamental para la vida que llamamos la biósfera. Al respecto, María Belén Aliciardi sostiene que “la bioética y la ética ambiental no son diferentes, pues se trata del mismo objeto, que en el contexto del planeta hace de la preocupación bioética y la preocupación ecológica una misma cosa” (Aliciardi, 2009, p. 13). Es así que, entendiendo el estado actual del planeta, podemos aseverar que vivimos un trance que debe analizarse a la luz de la bioética pues, como lo afirma Ignacio Núñez de Castro, a propósito —entre otras cosas— de esta crisis, “los grandes problemas que tiene hoy planteados la humanidad son en el fondo bioéticos” (Núñez de Castro, 2017, p. 44).

Con todo, insistimos que no nos apartamos de la vocación médica que al final se adoptó en la praxis, pero esto no es óbice para decantarnos por el binomio salud ambiental / salud humana, como corolario natural de la intención original de Potter y, para esto, es imperativo extender la noción de salud para incluir al medio ambiente. Pero, ¿qué debemos entender primeramente por salud? En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se le define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"¹. Llevando este postulado al ámbito medioambiental, Mariscal Ureta nos dice que:

Por "salud", podemos colegir aquel estado en el cual un organismo vivo ejerce normalmente todas sus funciones. De tal manera que, hablar de un medio ambiente sano, nos lleva a pensar en aquellas circunstancias o condiciones que rodean a los organismos y les permiten y/o contribuyen al normal desempeño de cada uno de sus procesos y funciones (Mariscal, 2015, p. 34).

Es decir, un medio ambiente sano será aquel que se encuentra equilibrado y propio para la realización de sus fines, incluyendo albergar al ser humano y ser propicio para su adecuado desarrollo y bienestar. Así, desde una perspectiva normativa, el mismo Mariscal Ureta indica que el derecho a un medio ambiente sano implica "la prerrogativa de mantener y propiciar las condiciones de un medio ambiente que permita el desarrollo normal de las funciones de los seres vivos, desarrollo que ha hecho posible la vida y sus procesos" (Íd.). Aquí ya se hace patente el interés de la bioética.

Se colige entonces la siguiente reflexión: un ambiente adecuado es fundamental para el sano desarrollo del ser humano, sea fisiológica o psicológicamente; y, por el contrario, cualquier afectación a los recursos naturales trae diversos grados de consecuencias para la salud y el bienestar de los seres humanos. Esto es particularmente cierto para los grupos más vulnerables, como los niños, las comunidades indígenas, las mujeres y los adultos mayores.

Y es precisamente en el rubro de la salud mental, un campo no demasiado explorado en su relación con el medio ambiente, en el que concentramos nuestra atención aquí. La creciente oleada de afectaciones psicológicas, concurrente con la degradación ambiental que sufrimos a nivel global, nos lleva a realizar un planteamiento bioético desde una visión más amplia de esta disciplina. Desde tal perspectiva, la salud mental y emocional, como componente integral de la salud general, debe ser protegida no solo por el bien de cada individuo, sino como un bien colectivo. En este contexto, la degradación del entorno, generada principalmente por actividades humanas, plantea dilemas bioéticos que invitan a una revisión de los principios y valores aplicables, entre ellos la justicia intergeneracional y el respeto a la autonomía. Estos principios nos orientan hacia la adopción de políticas y prácticas sostenibles, que no solo busquen mitigar el daño ya causado, sino también preservar un ambiente sano para las generaciones futuras.

La relación entre el entorno físico y la salud mental es un vínculo fundamental e indisoluble para el bienestar integral de las personas. La salud psíquica, al igual que la salud física, depende en gran medida de un ambiente libre de contaminantes y de fuentes de estrés constante, como los riesgos derivados del deterioro ambiental y los desastres naturales, exacerbados en buena medida por las alteraciones climáticas (Adeola, 2012, pp. 22-23). Esta relación convierte a la degradación ambiental en un problema de sumo interés para la bioética, en la medida en la que afecta de manera directa la calidad de vida y el bienestar de los individuos. En este sentido, el reconocimiento de un ambiente saludable como un derecho humano esencial por parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)², fortalece el marco bioético que sustenta el derecho a la salud mental.

¹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada el 22 de julio de 1946, en vigor desde el 7 de abril de 1948.

² Resolución A/76/L.75 de 28 de julio de 2022, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que reconoce el derecho humano a un medio ambiente limpio, saludable y sostenible.

Efectos palpables del deterioro ambiental en la salud mental

El cambio climático se está convirtiendo rápidamente en una carga para la salud mundial, y sus efectos son cada vez más evidentes en múltiples dimensiones. Por un lado, las lesiones físicas asociadas con los desastres ambientales, como inundaciones, incendios forestales y huracanes, han aumentado en proporción a la incidencia de estos fenómenos. Pero tales eventos no solo causan daños inmediatos, como heridas y muertes, sino que también provocan un colapso en las infraestructuras de salud, lo que dificulta el acceso a la atención médica necesaria para las víctimas. Y el impacto del cambio climático va más allá de las lesiones físicas. Uno de los aspectos más preocupantes es el costo psicológico que enfrentan aquellos que se encuentran en la primera línea de estos desastres. Las personas que experimentan estos eventos traumáticos pueden desarrollar trastornos como el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión. La incertidumbre sobre el futuro, la pérdida de hogares y medios de vida, así como el duelo por la pérdida de seres queridos, son factores que también contribuyen a una crisis de salud mental en estas comunidades.

Las poblaciones vulnerables, como los niños, los ancianos y aquellos con condiciones de salud preexistentes, son particularmente susceptibles a estos efectos psicológicos. Para ellos, el cambio climático puede significar no solo un aumento en la carga de enfermedades físicas, sino también un impacto duradero en su bienestar emocional y mental. Esta situación exige una respuesta integral que incluya el apoyo psicológico y la promoción de la resiliencia comunitaria, garantizando que se aborden tanto las necesidades inmediatas como las de largo plazo.

Además, es importante reconocer que el cambio climático aumenta las desigualdades existentes en la salud. Las comunidades desfavorecidas, a menudo las más afectadas por los desastres ambientales, tienen menos recursos para recuperarse y adaptarse a estos cambios. Por lo tanto, es crucial que las políticas de salud pública y las iniciativas de mitigación del cambio climático vayan de la mano, asegurando que se priorice la salud mental y física de quienes están en la línea de fuego.

Esta relación entre el ambiente y la salud mental ha sido un tema central desde los inicios de la psiquiatría, aunque la manera en que se ha abordado ha cambiado significativamente con el tiempo. En sus primeras etapas, la influencia del ambiente sobre los trastornos mentales se consideraba de manera más general, pero con el avance de la investigación, la visión ha evolucionado hacia una comprensión más matizada y detallada. Hoy en día, se sabe que los factores ambientales específicos pueden desempeñar un papel crucial en la aparición y el curso de diversas psicopatologías. Así lo concibe José María Ordóñez-Iriarte:

El ambiente ha sido, desde los albores de la psiquiatría, un factor fundamental en el estudio y la comprensión de las enfermedades mentales. Se puede incluso señalar una evolución desde una concepción ambientalista genérica a una más actual, en la que el clima (la falta de luz natural en los países nórdicos), pero también otros factores físicos y químicos, tienen efectos en patologías afectivas y en enfermedades cerebrales. (Ordóñez-Iriarte, 2020, p. 69)

Así, en el caso del trastorno afectivo estacional (TAE), asociado con la falta de luz natural en los meses más oscuros del año, especialmente en los países nórdicos, la ausencia de luz solar durante largos periodos puede alterar los ritmos biológicos y generar síntomas depresivos en muchas personas, lo que evidencia la estrecha conexión entre el entorno físico y la salud emocional. El análisis de Ordóñez-Iriarte arroja datos para concluir que: “la contaminación atmosférica podría incrementar el riesgo de alteraciones psiquiátricas como la depresión unipolar o el espectro autista, y podría agravar los síntomas depresivos” (Ibíd., p. 70) y aunque el autor acota advirtiendo que se necesitan estudios más rigurosos para confirmarlo, una reflexión bioética integral habría de recurrir al principio conocido en materia ambiental como precautorio (Alvarado, 2019, p. 20); es decir, no esperar a tener toda la información comprobada con estricto rigor científico, antes tomar acciones preventivas, si ya se cuenta con datos suficientemente convincentes.

Los impactos adversos que referimos se hacen evidentes en la creciente incidencia de fenómenos como la “eco-ansiedad” (Reátegui, 2022, p. 10), una condición cada vez más común en jóvenes que perciben que las generaciones actuales están hipotecando su salud emocional y calidad de vida al no abordar de manera efectiva

los problemas ambientales. Desde esta óptica, ¿qué podemos decir entonces de las generaciones por venir? ¿Qué hay de la premisa del desarrollo sostenible de velar por sus necesidades? A continuación, también en la tradición del “puente hacia el futuro” de Potter, refirámonos brevemente a este aspecto de interés para la bioética.

La justicia intergeneracional y el deber de proteger la salud mental de nuestra descendencia

El principio de justicia intergeneracional, que concebimos como fundamental en una bioética ambiental, sostiene la obligación moral de conservar los recursos y proteger el ambiente en condiciones adecuadas para que las futuras generaciones puedan disfrutar de una vida plena y saludable (Lecaros, 2013, p. 184). En el contexto de nuestro análisis, una perspectiva bioética exige que los recursos y las condiciones de vida no sean agotados o degradados a tal punto que se comprometa el bienestar y la salud mental de quienes vendrán después. Como hemos advertido, la crisis ambiental actual tiene efectos adversos en el estado psicológico de las personas, especialmente en los jóvenes, quienes enfrentan un futuro incierto y amenazador debido a la negligencia de generaciones previas.

Desde una perspectiva amplia del principio de justicia intergeneracional, la crisis ambiental no solo es un problema ecológico o económico, sino una falla ética que debe ser remediada para asegurar el derecho de las futuras generaciones a vivir sin el temor constante de un colapso ambiental. La justicia intergeneracional, en este sentido, impone un llamado ético a la acción: se deben implementar políticas que no solo busquen la sustentabilidad, sino que también aborden las causas de la creciente angustia creada por esta crisis, de modo que se asegure un desarrollo emocional equilibrado y se mitigue el daño ya causado a la salud mental y emocional de los jóvenes (Alvarado, 2019, p. 21).

Respeto a la autonomía y el derecho a una vida libre de estrés ambiental

Otro principio bioético que destaca en la discusión sobre la salud mental y el ambiente es el respeto a la autonomía. Este principio implica que las personas tienen el derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre sus vidas y su salud, sin verse coartadas por factores externos (Beauchamp & Childress, 2019, p. 105), que bien incluyen el estrés ambiental causado por la contaminación o los riesgos climáticos. La autonomía tiene, por tanto, una dimensión psicológica: vivir en un entorno que permita un desarrollo digno y sin amenazas ambientales constantes es esencial para respetar la libertad de elección y la capacidad de cada persona para llevar una vida plena.

En este contexto, la constante exposición a factores de estrés ambiental —cambio climático, eventos extremos, contaminación, pérdida de biodiversidad— compromete de manera significativa la autonomía de las personas, ya que afecta directamente su bienestar psicológico y emocional. El equilibrio mental es fundamental para la autodeterminación, y cuando el ambiente se convierte en una fuente de angustia y temor, el ejercicio de la autonomía se ve indirectamente limitado. Una bioética ambiental sugiere, por tanto, que preservar un ambiente sano no solo se enfoca en el aspecto físico, sino también en asegurar condiciones que permitan a las personas vivir sin cargas psicológicas evitables. Este enfoque resalta la importancia de abordar el impacto de los factores ambientales sobre la salud mental y de garantizar que las decisiones y acciones humanas no se conviertan en un obstáculo para el libre ejercicio de la autonomía personal.

Un marco ético de responsabilidad: entre el deber de no hacer daño y la obligación de reparar

A partir de los principios de justicia intergeneracional y respeto a la autonomía, surge una responsabilidad ética que combina el deber de no hacer daño, o principio de no maleficencia (Beauchamp & Childress, 2019, p. 156), con la obligación de reparar los daños ya ocasionados —como lo establece el principio

“el que contamina, paga”, en materia medioambiental— (Schwartz, 2015, p. 432). En este caso, la bioética se extiende a las instituciones, empresas y gobiernos, quienes tienen el deber de tomar decisiones que no perjudiquen el equilibrio ambiental ni afecten negativamente la salud mental de la población. Esto incluye no solo la prevención de daños adicionales, sino también la adopción de medidas para reparar los efectos adversos sobre la salud emocional de las comunidades afectadas.

En la práctica, la responsabilidad ética puede traducirse en la implementación de programas de apoyo a la salud mental en comunidades afectadas por la crisis ambiental, en la creación de campañas de sensibilización sobre el impacto de la degradación del entorno y en la promoción de iniciativas sostenibles que minimicen el estrés ambiental. Las empresas y las autoridades que han contribuido al deterioro del ambiente tienen, según este marco, la obligación de invertir en políticas de recuperación tanto ambiental como emocional. De esta manera, se fomenta no solo un compromiso con la no maleficencia, sino una verdadera responsabilidad hacia la restauración de un ambiente que permita a las personas desarrollar una vida equilibrada y sin angustias impuestas por un entorno deteriorado.

Conclusiones

Hemos abordado la relación intrínseca entre la crisis ambiental y la salud mental, proponiendo una reflexión bioética que expanda los principios clásicos de esta disciplina para adaptarlos a los desafíos contemporáneos derivados del deterioro ambiental. A través de la obra de Van Rensselaer Potter y la influencia de pensadores como Aldo Leopold, hemos recordado que la bioética surgió con una visión holística que integraba la salud humana y la preservación del medio ambiente. Sin embargo, en la actualidad, la disciplina parece haberse apartado de su vocación original, relegando la importancia del entorno natural en el bienestar humano, y es imperativo reorientarla ante los impactos psíquicos de la crisis ecológica.

Uno de los puntos más destacados es la creciente incidencia de trastornos psicológicos relacionados con el cambio climático, tales como la eco-ansiedad, la depresión inducida por desastres naturales y la incertidumbre sobre el futuro. Este fenómeno subraya la necesidad de revisar los principios bioéticos fundamentales —como la justicia intergeneracional, el respeto a la autonomía y el deber de no hacer daño— para hacer frente a los efectos de la degradación ambiental sobre la salud mental.

La bioética, concebida inicialmente como una ciencia integral que no disociaba la salud humana del medio ambiente, debe recuperar su perspectiva holística. Es esencial que los principios éticos evolucionen para reconocer que un entorno saludable no solo es vital para la salud física, sino también para el bienestar psicológico. El respeto a la autonomía, por ejemplo, se ve comprometido cuando el entorno natural se convierte en una fuente constante de estrés y angustia, limitando la capacidad de las personas para tomar decisiones libres e informadas.

El principio de justicia intergeneracional también emerge como un eje crucial en este análisis. La crisis ambiental no solo es un problema del presente, sino que constituye una falla ética que compromete el derecho de las futuras generaciones a vivir en un entorno saludable y emocionalmente equilibrado. Las políticas públicas deben considerar este principio y tomar medidas urgentes para mitigar el daño ambiental y, a su vez, prevenir los efectos psicológicos devastadores sobre las generaciones venideras.

No pasa inadvertida la importancia de un enfoque ético de responsabilidad que combine el deber de no hacer daño con la obligación de reparación. Las instituciones y gobiernos deben ser responsables de restaurar tanto el medio ambiente como el bienestar emocional de las comunidades afectadas por la crisis climática. La integración de programas de salud mental, el fomento de prácticas sostenibles y el fortalecimiento de la resiliencia comunitaria son acciones necesarias para mitigar los efectos psicosociales de los desastres ambientales.

Podemos concluir entonces que la crisis ambiental y la salud mental están profundamente interconectadas, y que la bioética debe actualizar su enfoque para abordar estos problemas de manera integral.

La protección del medio ambiente y el cuidado de la salud emocional son inseparables, y se requiere una acción ética global que asegure el bienestar de los individuos, las comunidades y las generaciones futuras. Es imperativo que, desde una visión bioética, se promuevan políticas y prácticas que no solo respeten el medio ambiente, sino que también garanticen un futuro en el que la salud mental y física puedan prosperar en armonía con la naturaleza.

Dr. César De la Garza Gutiérrez

Doctor en Bioética
Máster en Psicoterapia Integral
Consultor Ambiental

Bibliografía

1. ADEOLA, F. O. (2012), *Industrial Disasters, Toxic Waste, and Community Impact*, United States: Lexington Books.
2. ALICIARDI, M. B. (2009), ¿Existe una Eco-Bioética o Bioética Ambiental?, *Revista Latinoamericana de Bioética*, 1 (9), pp. 8-27
3. ALVARADO, J. (2020). Horizontes de la ética medioambiental: consideraciones intergeneracionales. *Revista De Filosofía*, 36(91), 7-24. Recuperado a partir de <https://produccioncientificaluz.org/index.php/filosofia/article/view/31468>
4. BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J. F. (2019), *Principles of Biomedical Ethics*, 8th Ed., Estados Unidos de América: Oxford University Press.
5. GRAGERA JUNCO, J. M. (2018). Justificación de las obligaciones en la justicia intergeneracional. *Oxímora. Revista Internacional De Ética Y Política*, (12), 140–159. <https://doi.org/10.1344/oxi.2018.i12.20396>
6. LECAROS URZÚA, J. A. (2013). Environmental ethics: principles and values for a responsible citizenship in global society. *Acta bioethica*, 19(2), 177-188. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2013000200002>
7. LEOPOLD, Aldo (1949), *A Sand County Almanac*, United States: Oxford University Press.
8. MARISCAL URETA, K. E., (2015), *Medio Ambiente Sano, Derecho Colectivo Global*, México: Editorial Porrúa
9. NÚÑEZ DE CASTRO, I. (2017). *La Bioética: un Camino para el Presente* (Kindle). Cátedra Eusebio Francisco Kino.
10. ORDÓÑEZ-IRIARTE, J.M., Salud mental y salud ambiental. Una visión prospectiva. Informe SESPAS 2020, *Gaceta Sanitaria*, Volumen 34, Suplemento 1, 2020, Págs. 68-75, ISSN 0213-9111, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.007> (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301308>)
11. POTTER, V. R. (1971), *Bioethics Bridge to the Future*, United States: Prentice-Hall
12. POTTER, V. R. (1988), *Global Bioethics*, United States: Michigan State University Press
13. REÁTEGUI LOZANO, R. (2022), La eco-ansiedad y la crisis climática. *Revista Científica Guacamaya*, 7(1), 7–19, Universidad de Panamá
14. SCHWARTZ, P. (2015), *The Polluter-Pays Principle en The Rio Declaration on Environment and Development, A Commentary*, (pp. 429-450), United Kingdom: Oxford University Press.

Eutanasia en pacientes psiquiátricos: injusticias ante el sufrimiento insoportable

RESUMEN

Este artículo examina la problemática de la eutanasia y el suicidio asistido en pacientes con enfermedades mentales graves, abordando el concepto de sufrimiento insoportable y su evaluación en el contexto de la psiquiatría. Se discuten las injusticias epistémicas que afectan a estos pacientes, como la falta de reconocimiento de su sufrimiento subjetivo debido a prejuicios y sesgos profesionales. Se propone un enfoque más inclusivo y ético para valorar el sufrimiento que permita y considere la experiencia subjetiva del paciente.

PALABRAS CLAVE: eutanasia; psiquiatría; sufrimiento severo; injusticia epistémica; bioética.

ABSTRACT

This article examines the issue of euthanasia and assisted suicide in patients with severe mental illnesses, addressing the concept of unbearable suffering and its evaluation in the psychiatric context. It discusses the epistemic injustices affecting these patients, such as the failure to recognize their subjective suffering due to professional biases and prejudices. A more inclusive and ethical approach is proposed to assess suffering, one that allows and takes into account the patient's subjective experience.

KEY WORDS: euthanasia; psychiatry; severe suffering; epistemic injustice; bioethics.

Introducción

Uno de los principios clave sobre los que se fundamenta la muerte médicamente asistida es el alivio del sufrimiento extremo causado por una enfermedad. De hecho, uno de los objetivos esenciales de la medicina, según el Instituto de Investigación Bioética Hastings Center¹, es "aliviar el dolor y el generador de sufrimientos por la enfermedad y los machos". En este marco, la eutanasia y/o el suicidio asistido (E/SA) se presenta como una opción para permitir que las personas pongan fin a su sufrimiento mediante una muerte digna, siempre y cuando la decisión sea tomada de manera consciente y voluntaria, y no haya esperanza de recuperación.

¹Atienza-Martín, F. (2020). Los fines de la medicina por Daniel Callahan. *Bioética y Ciencias de la Salud*, 8 (1), enero-junio. Visto en: <https://saib.es/daniel-callahan-y-los-fines-de-la-medicina/>

Un tema altamente controvertido que ha generado un debate ético a nivel mundial es la posibilidad de que personas con enfermedades mentales graves reciban asistencia médica para poner fin a sus vidas, planteando cuestiones de gran calado referentes a la autonomía o la condición de enfermedad intratable (Ramos-Pozón et al., 2023). Si bien son doce los países que despenalizan la asistencia médica para morir, solo cuatro de ellos (Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo y España), y recientemente Canadá -aunque no se haga efectivo hasta marzo de 2027- aceptan la posibilidad de la petición de la eutanasia por motivos psiquiátricos. (Appelbaum, 2024)

Dejando de lado la consideración de las capacidades en la toma de decisiones y la irreversibilidad de los trastornos psiquiátricos, un aspecto fundamental a la hora de abordar la E/SA en personas con enfermedades psiquiátricas es el relacionado con el sufrimiento extremo. En la actualidad, uno de los principales argumentos en contra de la E/SA para pacientes con trastornos mentales se centra en la aceptación y evaluación del sufrimiento insoportable. Existe una tendencia a considerar que las enfermedades físicas graves conllevan un sufrimiento más intenso que el causado por las enfermedades mentales (Dembo et al., 2018), lo que lleva a minimizar o incluso a ignorar el sufrimiento de las personas con trastornos mentales. Este sesgo impide, de manera injusta, que estas personas puedan acceder al derecho de solicitar la E/SA en igualdad de condiciones con aquellos que padecen enfermedades de otra índole.

Aceptando que el sufrimiento mental y existencial puede ser tan devastador como el sufrimiento físico, existen problemas a la hora de determinar qué grado de sufrimiento puede generar una enfermedad mental y de qué manera puede éste evaluarse. Esta realidad nos lleva a preguntarnos sobre la naturaleza propia del sufrimiento y, concretamente, el sufrimiento generado por la enfermedad mental.

Sufrimiento severo y psiquiatría

Cuando se hace referencia al sufrimiento, se inclina a definir como insoportable al sufrimiento físico, dejando el sufrimiento psicológico y existencial de lado (Braun et al., 2024). Si bien es cierto que las enfermedades mentales no suelen causar dolor físico intenso, debemos tener en cuenta que el sufrimiento es más amplio que el simple dolor físico y, por tanto, no se debe desestimar el sufrimiento real que puede conllevar las enfermedades mentales (Rooney et al., 2018).

Actualmente, la medicina está centrada en un enfoque clínico que prioriza el diagnóstico y tratamiento de los síntomas objetivos, es decir, desde una perspectiva biomédica, relegando a un segundo plano la dimensión experiencial del paciente que padece la enfermedad (Sensky, 2020). Hablar de dolor significa hablar de sintomatología común en las enfermedades. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, el dolor se define como "una experiencia desagradable, tanto sensorial como emocional, vinculada a una lesión real o potencial, que se describe como daño" (Raja et al., 2020). Entendemos que el dolor tiene su origen en el cuerpo y que, gracias a ciertas cualidades, puede localizarse de manera precisa, permitiendo vincularlo a una patología concreta.

Sin embargo, cuando nos preguntamos por la naturaleza conceptual del sufrimiento, Eric Cassell (1982) habla de la distinción entre el sufrimiento físico (dolor) y el sufrimiento en términos generales. Para Cassell, la experiencia del sufrimiento se experimenta en el sujeto, y no solo en el cuerpo, pues éste tiene su origen en el miedo de la pérdida de la integridad como ente psicológico y social (Cassell, 1982). El sufrimiento puede suscribirse al dolor físico, pero en ningún caso se limita a él. El sufrimiento va mucho más allá, atendiendo a un todo holístico en el que no solo se presta atención a la noción física, sino el ámbito psicológico, social y existencial.

Y es que el sufrimiento se plantea desde la complejidad de numerosos factores que inciden en su naturaleza, desde la propia enfermedad y las vivencias de quien la sufre, hasta la dimensión social y existencial del individuo (Morera Pérez et al., 2022). Este hecho nos lleva a entender que el sufrimiento rebasa al dolor, dado que implica caracteres emocionales como el miedo, la ansiedad o la frustración. En palabras de Carranza (2021): "El sufrimiento abre el mundo a la reflexión de los afectos y a la relación que éstos tienes con uno

mismo; asimismo, el sufrimiento abre el lenguaje y a la búsqueda de sentido. Todo eso escapa a la clínica y se debe juzgar desde lo subjetivo". Los elementos constitutivos del sufrimiento pueden variar de muchas formas, incluyendo la fatiga, el dolor o el declive, hasta la pérdida de sí mismo y la autonomía, pasando por el agotamiento, la soledad, la desesperanza o la pérdida de significado de la propia vida (Dees et al., 2011).

Siguiendo la definición de Dees et al. (2010), el sufrimiento insoportable en el contexto específico de la E/SA se entiende como "una experiencia profundamente personal de una amenaza inminente real o percibida a la integridad o la vida de la persona, que tiene una duración significativa y un lugar central en la mente de la persona". Puede notarse que el concepto de sufrimiento comienza a poner mayor énfasis en el carácter subjetivo, considerando varios factores que inciden de forma directa en su comprensión. El sufrimiento afecta al conjunto de las necesidades del individuo, desde cuestiones físicas, hasta aspectos intrapsíquicos, interpersonales y/o sociales; sin dejar atrás el sufrimiento de carácter existencial, tanto de significado como de trascendencia y/o de propósitos de vida. (Yager, 2021).

Desde la perspectiva médica, el paciente psiquiátrico puede experimentar una amplia variedad de síntomas que van desde trastornos alimentarios hasta dolor crónico, fatiga, problemas cognitivos y malestar psicossomático. Aunque los síntomas físicos son significativos, el sufrimiento mental es percibido como aún más devastador (Morera et al., 2022).

En lo concerniente al sufrimiento intra- e interpersonal, este tipo de sufrimiento puede conllevar experiencias autodestructivas, autolesiones o pensamiento suicidas. Puede añadirse ciertos desajustes entre el cuerpo y la mente, al igual que una pérdida de la identidad, ansiedad, sensación de culpa, pérdida de autonomía, dependencia, experiencias infantiles difíciles, dificultades en el aprendizaje o en la conducta, problemas en las relaciones sociales o dificultad para mantener relaciones sexuales. (Sigurdardottir&Halldorsdottir, 2012).

En el ámbito de lo social, los problemas relacionados con la actividad socioeconómica inciden directamente en el sufrimiento de la persona: dificultad para encontrar un trabajo, dependencia económica o sentimiento de carga, son algunas de las manifestaciones típicas que exponen los pacientes (Verhofstadt et al., 2017). A ello se le suma los problemas en las relaciones sociales como la soledad, la vergüenza y el estigma asociado a la patología (Sigurdardottir&Halldorsdottir, 2012).

Con relación al sufrimiento existencial, las personas con enfermedades psiquiátricas graves pueden sufrir por sentimientos de desesperanza, la pérdida de metas o por el deterioro progresivo, hasta el punto de sentir una falta de control. La pérdida de dignidad y los trastornos depresivos son elementos centrales que intensifican este sufrimiento. Además, la pérdida de identidad sumado a la dependencia y la carencia de apoyo social agravan este sufrimiento. Según Verhofstadt et al., (2017) existen tres tipos de sufrimiento existencial que experimentan los pacientes psiquiátricos: un temor profundo a la vida, la sensación de no tener control sobre su enfermedad y una "muerte simbólica" del ser, lo que con frecuencia lleva a una sensación de inutilidad. (Verhofstadt et al., 2017)

A pesar de las numerosas manifestaciones de sufrimiento que conlleva la patología psiquiátrica, ¿por qué sigue desestimándose la totalidad del sufrimiento de estos pacientes?

Psiquiatría e injusticia epistémica

El arquetipo del modelo biomédico actual, considerando la enfermedad desde la perspectiva biológica, abarca todas las especialidades médicas, incluido el de la psiquiatría. Al desestimar los valores y preferencias de las personas que padecen alguna enfermedad, así como la naturaleza subjetiva del sufrimiento y el estigma vinculado a las patologías psiquiátricas, se genera un contexto discriminatorio adicional para los pacientes con trastornos mentales, dando lugar a injusticias epistémicas.

Carel y Kidd (2014) sostienen que los pacientes son propensos a sufrir injusticia epistémica (un daño infligido a una persona en su calidad de sujeto epistémico) en el sistema de atención médica. A su vez, afirman

que las personas que sufren enfermedades mentales son incluso más vulnerables en padecer este tipo de injusticias; pero ¿a qué nos referimos con injusticia epistémica? ¿qué relación guarda con la consideración del sufrimiento severo en estos pacientes?

El término “injusticia epistémica” fue descrito por Miranda Fricker (2007) y hace referencia a la injusticia que ocurre cuando se invalida la capacidad de una persona para compartir su conocimiento y darles sentido a sus experiencias sociales. Ese descrédito en el discurso del individuo por razones ajenas al contenido de lo que dice, contribuye a nuevas formas de vulnerabilidad y exclusión que llevan al quebrantamiento de la dignidad de las personas y/o grupos sociales que la sufren. Precisamente, este concepto se desarrolló para vincular la marginalidad que pueden sufrir las personas de grupos minorizados a la hora de intercambiar pública y privadamente información (Kious et al., 2023).

Fricker identifica dos tipos de injusticia epistémica: la injusticia testimonial y la injusticia hermenéutica. La primera se refiere a situaciones en las que la credibilidad del testimonio de la persona no se reconoce, impidiendo participar en el intercambio de información en igualdad de condiciones (Fricker 2007), es decir, aquel que tiene la capacidad de escucha reduce la credibilidad del hablante debido a prejuicios (frecuentemente inconscientes) hacia el grupo social al que pertenece este último (Crichton et al., 2023). Por otro lado, la injusticia hermenéutica se refiere a cómo el poder social influye en la forma en que la sociedad interpreta las experiencias. Los grupos que acumulan mayor poder tienen mejores recursos a la hora de interpretar las experiencias sociales, mientras que los grupos más débiles tienen mayores obstáculos para interpretar y entender las suyas propias. Esta falta de reconocimiento de los menos poderosos como sujetos capaces de generar conocimiento crea desigualdades en la participación en los procesos de comprensión colectiva (Latova, 2023). El ejemplo que toma Fricker para explicar este concepto es el del acoso sexual: antes de la definición del concepto de acoso, las mujeres tenían ciertas dificultades para identificar ciertos abusos en su lugar de trabajo y más difíciles de creer para el resto; posteriormente, se volvieron más fáciles de reconocer una vez que se había articulado el concepto (Fricker, 2007).

Precisamente, la intersección entre injusticia epistémica y pacientes psiquiátricos es relevante debido a los estereotipos negativos persistentes que afectan especialmente a las personas con trastornos mentales, ya que se perciben con menor credibilidad que otras personas o grupos. Como resultado, los testimonios y las interpretaciones de estos pacientes no se consideran confiables, debilitando su capacidad para aportar conocimientos.

Según Kious et al. (2023), existen varias categorías en la que la psiquiatría es propensa a incurrir en injusticia de índole epistémica. De hecho, en sus investigaciones muestran como críticos de dentro y fuera del ámbito de la psiquiatría han intentado buscar un equilibrio que permita evitar esas injusticias epistémicas, pero que, finalmente, son culpables de cometerlas. Varios estudios han llegado a la misma conclusión (Houlders et al., 2021) (Drożdżowicz, 2021). Carrotte et al. (2021) analizaron, a través de entrevistas a pacientes con esquizofrenia, las barreras en el intercambio de información, intervención y toma de decisiones en la evolución de su propia enfermedad. Esta investigación concluyó como los pacientes refieren un desequilibrio de poder, al igual que el estigma y discriminación a la hora de participar y ser escuchado en su propio proceso médico.

De acuerdo con Carel y Kidd (2014), las situaciones en las que el paciente es ignorado o silenciado, junto con otros problemas comunes en la atención médica, constituyen un daño que socava su capacidad de ser considerado un sujeto válido de conocimiento. En este marco, la perspectiva objetivante que adoptan algunos profesionales de la salud agrava la injusticia epistémica en dos niveles fundamentales: en primer lugar, el conocimiento científico se impone al saber personal y experiencial del paciente, lo que refleja una distribución desigual de los recursos epistémicos; en segundo lugar, fomenta la injusticia testimonial, ya que los relatos del paciente son a menudo descalificados por prejuicios, considerándolos "imprecisos", "emocionales" o "incoherentes", todo desde una postura que busca proyectar objetividad.

Con relación a los múltiples casos, Crichton et al. (2017), concluyen como las personas con desórdenes psiquiátricos están estigmatizadas y como el personal médico ya está predispuesto, por su formación y sus sesgos intrínsecos, a caer en esas injusticias de corte epistémico. Las recomendaciones al respecto incluyen la

necesidad de una autoevaluación por parte del médico de sus propias inclinaciones que permita dar pábulo a las narrativas de los pacientes psiquiátricos y, de modo general, hacer un esfuerzo por cambiar el modelo biologicista de la medicina actual.

Díaz Romero (2022), estudia cómo el modelo de la medicina actual implica prejuicios en la relación médico-paciente, fundamentándose en la idea de que el conocimiento científico está autorizado en explicar la totalidad de las dimensiones de la enfermedad. Este hecho termina relegando al paciente a un mero espectador de su historia clínica, produciendo así una disminución en el grado de credibilidad del paciente. Utilizando la cita extraída del estudio de Rizo Méndez & Hernández Cornejo (2023), La Sociedad Británica de Psicólogos señala que: “Al presentar los problemas emocionales y de comportamiento como síntomas de un trastorno mental, al situar los problemas principalmente en el cerebro y el cuerpo de las personas, la medicalización y el diagnóstico contribuyen a ocultar el evidente papel causal de los factores sociales e interpersonales en el sufrimiento y dificultan la comprensión de los problemas de las personas en el contexto de sus vidas y relaciones.”

Cuando hablamos del requerimiento del sufrimiento del paciente psiquiátrico, estamos hablando de un marco de carácter subjetivo que necesita de la narración del sujeto que la sufre para favorecer la capacidad de entendimiento y la evaluación por parte del personal sanitario. Esta dialéctica del sufrimiento invita a considerar, en cualquiera de sus formas, una escucha activa que permita recorrer la historia vital de la persona para poder estimar, a través de la empatía y el conocimiento, la razón de su sufrimiento psíquico, social y/o existencial. Sin embargo, suele darse esa injusticia epistémica a la hora de escuchar la narrativa del paciente, que se asocia al estigma sobre la capacidad cognitiva y racional, así como la intersección de sintomatología típica de la enfermedad mental. Incluso, puede deberse a la falta de medios técnico (tiempo necesario de consulta médica), la cual garantiza una adecuada relación médico-paciente y una mayor escucha de éste.

En definitiva, las injusticias epistémicas son más proclives a padecerlas personas con trastornos mentales. Esto supone una desvalorización de los pacientes a la hora de expresar su propia experiencia vital de la enfermedad, incidiendo de manera directa en la propia evaluación y entendiéndose del sufrimiento mental insoportable que experimentan este tipo de personas.

Eutanasia psiquiátrica, sufrimiento insoportable e injusticia epistémica

La eutanasia en el contexto de enfermedades mentales está influenciada por diversos factores que complican su valoración y crean barreras prácticas para su aceptación. El sufrimiento insoportable es un elemento clave en la discusión sobre la implementación de la eutanasia, especialmente en lo que respecta a la gestión del sufrimiento severo que provoca.

Decimos que el carácter subjetivo del sufrimiento hace difícil la evaluación del sufrimiento insoportable. Sin embargo, es llamativo el sesgo a la hora de evaluar el sufrimiento en el contexto de eutanasia a personas con enfermedad mental en contraposición a personas con enfermedades de otra índole. La realidad es que los usuarios con enfermedades somáticas y mentales presentan motivaciones similares para solicitar la E/SA, como pueda ser la pérdida de calidad de vida, miedo a una muerte dolorosa, pérdida de autonomía, falta de propósitos en el futuro o cansancio vital (Dees et al., 2010). No obstante, la estimación del sufrimiento insoportable es diferente para los casos de enfermedad mental y, en consecuencia, una dificultad añadida a la hora de acceder a la E/SA.

El sufrimiento que genera la patología psiquiátrica es igualmente real y se extiende más allá de la comprensión biologicista. Es un hecho que el sufrimiento mental puede ser igual de grave que el sufrimiento generado por otras enfermedades incluso puede generar discapacidad grave (Dembo et al., 2018). Considerar que el sufrimiento de la patología psiquiátrica puede ser tan intenso como el sufrimiento físico no solo es válido, sino fundamental, ya que la valoración del sufrimiento y la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales debe ser tan precisa y confiable como la de aquellos que padecen enfermedades somáticas.

El problema del enfoque biomédico actual radica en que no tiene en cuenta las valoraciones y preferencias de las personas que sufren la enfermedad. A esto se le suma el estigma ligado a la enfermedad mental, que presupone que las personas afectadas tienen capacidades reducidas en la toma de decisiones, integrándose en los sesgos intrínsecos de los profesionales sanitarios. Este hecho supone una injusticia de carácter epistémico para estos pacientes. Las injusticias epistémicas terminan por descalificar la narrativa del paciente de modo excluyente, lo que no solo genera este tipo de injusticias, sino injusticias de carácter discriminatorio, impidiendo el acceso en igualdad de condiciones a la solicitud de la E/SA.

Siguiendo a Morera Pérez et. al (2022) es necesario que los profesionales reflexionen acerca de sus propios sesgos y, a su vez, fomenten un diálogo más amplio con los pacientes que ayude a identificar las diferentes dimensiones del sufrimiento y el impacto que genera en la vida de las personas. Es imprescindible promover nuevas formas de evaluación del sufrimiento a través de instrumentos como “Patient Dignity Inventory”² o el “State-of-Suffering V (SOS V)”³, incluso protocolizar entrevistas que incluya consideraciones de tipo subjetivo y narrativo en ellas. Igualmente, es importante acercarse al sufrimiento desde una perspectiva interdisciplinaria, que involucre la escucha activa y la comprensión de cómo el paciente experimenta su propio sufrimiento.

Como conclusión, sería conveniente adecuar un nuevo enfoque médico basado en un marco fenomenológico narrativo. Este marco sobre la enfermedad y el sufrimiento puede enfocar la experiencia subjetiva del enfermo y examinar elementos consustanciales de esa experiencia, es decir, los elementos esenciales que surgen con la presencia de la enfermedad. Ofrecería también nuevas herramientas en la interacción entre el médico y el paciente, reconociendo la enfermedad y el sufrimiento como una situación de un contexto específico, influenciada por numerosos factores que redefinen dicha experiencia. En este sentido, podría proporcionar una nueva mirada a la evaluación del sufrimiento e impediría que se cometieran injusticias de carácter epistémico y discriminatorio para las personas con enfermedad mental.

Rubén Hernández Martín

Enfermero.

Magíster en Bioética. Magíster en Ética Aplicada.

Bibliografía

1. Appelbaum, P. S. (2024). Physician-assisted death for psychiatric disorders: ongoing reasons for concern. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 56-57. <https://doi.org/10.1002/wps.21153>

2. Atienza-Martín, F. (2020). Los fines de la medicina por Daniel Callahan. *Bioética y Ciencias de la Salud*, 8 (1), enero-junio. Visto en: <https://saib.es/daniel-callahan-y-los-fines-de-la-medicina/>

² Patient Dignity Inventory es un cuestionario diseñado para medir diversas fuentes de sufrimiento relacionado con la dignidad entre los pacientes que se acercan al final de la vida.

³ El SOS-V es un instrumento que proporciona una evaluación cuantitativa de la intensidad y la insoportabilidad de los síntomas físicos, psicológicos, sociales y existenciales que pueden causar sufrimiento.

3. Braun, E., Scholten, M. y Vollmann, J. (2024). El suicidio asistido y el argumento de la discriminación: ¿pueden las personas con enfermedades mentales cumplir criterios de elegibilidad basados en la beneficencia y la autonomía? *Bioética*, 38, 61 – 68. <https://doi.org/10.1111/bioe.13243>
4. Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medicine, health care, and philosophy*, 17(4), 529–540. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>
5. Carranza Bucio, O. (2021). Reflexiones sobre dolor, sufrimiento y existencia propia. *Medicina Y Ética*, 32(2), 443–461. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n2.03>
6. Carrotte, E. R., Hartup, M. E., Lee-Bates, B., & Blanchard, M. (2021). “I think that everybody should be involved”: What informs experiences of shared decision-making in supporting people living with schizophrenia spectrum disorders? *Patient Education and Counseling*, 104(7), 1583-1590. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.012>
7. Cassel, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
8. Crichton, P., Carel, H., & Kidd, I. J. (2017). Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych bulletin*, 41(2), 65–70. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>
9. Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Vissers, K. C., & van Weel, C. (2011). ‘Unbearable suffering’: A qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *Journal of Medical Ethics*, 37, 705. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100336>
10. Dees, M., Vernooij-Dassen, M., Dekkers, W., & van Weel, C. (2010). Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review. *Psycho-oncology*, 19(4), 339–352. <https://doi.org/10.1002/pon.1612>
11. Dembo, J., Schuklenk, U., & Reggler, J. (2018). "For Their Own Good": A Response to Popular Arguments Against Permitting Medical Assistance in Dying (MAID) where Mental Illness Is the Sole Underlying Condition. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(7), 451–456. <https://doi.org/10.1177/0706743718766055>
12. Díaz Romero, P. (2022). La mirada sobre el cuerpo y la injusticia epistémica en el marco de una fenomenología de la enfermedad. *Tópicos*, 44. Asociación Revista de Filosofía de Santa Fe. <https://doi.org/10.14409/topicos.2022.44.e0004>
13. Drożdżowicz, A. (2021). Epistemic injustice in psychiatric practice: Epistemic duties and the phenomenological approach. *Journal of Medical Ethics*, 47(12), 808-813. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106679>
14. Fricker, M. (2007). *Injusticia epistémica: Poder y ética del conocimiento*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>
15. Houlders, J. W., Bortolotti, L., & Broome, M. R. (2021). Threats to epistemic agency in young people with unusual experiences and beliefs. *Synthese*, 199(3-4), 7689–7704. <https://doi.org/10.1007/s11229-021-03133-4>
16. Kious, BM, Lewis, BR y Kim, SYH (2023). Injusticia epistémica y psiquiatra. *Psychological Medicine*, 53 (1), 1–5. doi:10.1017/S0033291722003804
17. Latova Santamaría, D. (2023). Injusticia epistémica. Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad, 24, pp. 274-299 DOI: <https://doi.org/10.20318/eunomia.2023.7667>

18. Morera Pérez, B., Cruz Piqueras, M., & Barrera Ezcurra, A. (2022). Las dimensiones del sufrimiento y su evaluación ante el deseo de adelantar la muerte. *Atención Primaria*, 18(5), 291–296.
19. Raja, S. N., et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
20. Ramos-Pozón, S., Terribas-Sala, N., Falcó-Pegueroles, A., & Román-Maestre, B. (2023). Persons with mental disorders and assisted dying practices in Spain: An overview. *International Journal of Law and Psychiatry*, 87, Article 101871. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101871>
21. Rooney, W., Schuklenk, U., & van de Vathorst, S. (2018). ¿Son suficientes las preocupaciones sobre la irremediabilidad, la vulnerabilidad o la competencia para justificar la exclusión de todos los pacientes psiquiátricos de la ayuda médica para morir? *Health Care Analysis*, 26, 326-343. <https://doi.org/10.1007/s10728-017-0344-8>
22. Sensky, T. (2020). Mental pain and suffering: The “universal currencies” of the illness experience? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 337–344. <https://doi.org/10.1159/000509587>
23. Sigurdardottir, S., & Halldorsdottir, S. (2012). Sufrimiento profundo y casi insoportable: Consecuencias del abuso sexual infantil para la salud y el bienestar de los hombres. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 688-697. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00981.x>
24. Verhofstadt, M., Thienpont, L., & Peters, G. Y. (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 211(4), 238–245. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199331>
25. Yager J. (2021). Addressing Suffering in Patients With Psychiatric Disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(9), 615–621. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001348>
26. Rizo Méndez, A., & Hernández Cornejo, N. (2023). Vulnerabilidad en personas con padecimientos mentales: ¿desventaja biológica, o injusticia epistémica? *En-claves del pensamiento*, 17(33), 1-16. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, División de Humanidades y Ciencias Sociales. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i33.601>

La educación médica con perspectiva bioética

RESUMEN

La perspectiva bioética en la Educación Médica debe erigirse como una acción transformadora y transdisciplinaria, orientada a lograr que los alumnos desarrollen como aprendizaje fundamental asumir la profesión médica con una dimensión holística e integral, científica y bioética. Así, su práctica profesional será personalizada, científica, empática y solidaria, pero sobre todo humanística y ética, preservando la vida y la dignidad de la persona humana, el respeto a los derechos humanos y valores universales, el cuidado del medio ambiente y la biodiversidad, en concordancia con los fundamentos de la Bioética.

PALABRAS CLAVE:

Educación médica, Educación superior, Bioética

ABSTRACT

The bioethical perspective in Medical Education should be established as a transformative and transdisciplinary action approach, aimed at ensuring that students acquire the foundational competencies necessary to embrace the medical profession with a holistic and integrative, scientific and bioethical outlook. This foundation will enable them to practice medicine in a personalized, evidence-based, empathetic and compassionate manner, while prioritizing humanistic and ethical principles. Such practice emphasizes the preservation of life and human dignity, respect for human rights and universal values, and the stewardship of the environment and biodiversity, in alignment with the principles of Bioethics.

KEY WORDS:

Medical education, Higher education, Bioethics

Introducción

Si para la Educación, la Medicina y la Bioética el sujeto y objeto de estudio es el ser humano, su vida, condición de salud, de ser persona, su actitud, conducta y acciones, su dignidad, libertad y su entorno (ambiental, social, educacional, cultural e histórico), abordar el tema de este trabajo demanda analizar y reflexionar sobre el concepto ontológico de la persona humana.

Desarrollo

1. Concepto ontológico de la persona humana.

De acuerdo a la Bioética Personalista el ser humano es persona desde el momento de la concepción, se construye y reconstruye a partir del nacimiento, a lo largo de su proyecto de vida y hasta su fallecimiento, por medio de sus vivencias y decisiones en su incesante interacción con los demás (fundamentalmente su familia), la educación, el contexto socio-histórico-cultural y el medio ambiente. Que el “ser persona humana” se cumpla en cada ser humano debiera ser una realidad, un derecho cumplido fundamentado en los Derechos Humanos Universales, legitimado por la sociedad y debidamente tutelado por la legislación a nivel nacional e internacional.

En el ámbito de la Antropología filosófica sobre la naturaleza y esencia de la persona humana, el filósofo romano S. Boecio (siglo V d.C.; ampliado posteriormente por Sto. Tomás de Aquino en el siglo XIII) enunció como concepto de persona: “una substancia individual de naturaleza racional” (persona est naturae rationalis individua substantia), derivando así tres cualidades ontológicas de la persona: ¹

1. Sustancialidad: como connotación de la existencia real de un individuo concreto, el existir en sí y para sí, independientemente de la existencia de otra persona.

2. Individualidad: se refiere a la condición de la persona humana como un ser único e irrepetible, que se distingue de otro por su corporeidad, determinada esencialmente por su genoma.

3. Naturaleza racional: significa que la persona está dotada de razón (facultad intelectual que le permite abstraer, universalizar, razonar y dar significado a las cosas), entendida esta como un atributo intrínseco de la naturaleza humana, que la distingue de los demás seres vivos.

La racionalidad de la persona humana puede ser interpretada con diversos enfoques, entre ellos: como la capacidad para ejercerla, o como atributo implícito de la naturaleza humana. En el primer caso, quedan excluidos de su condición como persona humana, quienes en un momento dado y por diversas situaciones, no pueden ejercer su raciocinio (embriones, niños pequeños y ancianos con ciertas enfermedades, pacientes en estado de coma, con deterioro cognitivo, etc.); mientras que el segundo enfoque, reconoce el respeto a la dignidad del ser humano, ante cualquier circunstancia o planteamientos ontológicos reduccionistas (como la corriente filosófica del utilitarismo).¹

En su obra *Suma Teológica*, Tomás de Aquino (1225-1274) al analizar el concepto de Boecio, expresa: “Es así como, de entre todas las sustancias, los singulares de naturaleza racional tienen un nombre especial. Este nombre es persona”; al mismo tiempo, sumó a la naturaleza racional la condición de libertad, enfatizando que la persona humana posee libre albedrío y debe ser responsable de sus actos.²

En el siglo XVIII, Immanuel Kant (1724-1804) en su obra *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (1785) formuló un imperativo categórico: “obra de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio”, de ahí que la persona humana sea “un fin en sí misma”. Dicha afirmación fundamenta la autonomía del ser humano, al erigirse en su propio juez en cuanto a la moralidad de sus actos.³

Para Kant, la dignidad suprema de la persona humana reside esencialmente en su autonomía: “la dignidad de un ser racional que no obedece a ninguna otra ley que aquella que él se da a sí mismo”; este concepto se vincula estrechamente con la libertad, entendida como “la capacidad de los seres racionales para determinarse a obrar según leyes distintas de las naturales”, las cuales derivan de su propia naturaleza racional. La libertad, que equivale a ejercer con autonomía la voluntad propia, también hace a la persona humana responsable de sus actos: es responsable de algo ante otra(s) persona(s). Consecuentemente, la responsabilidad se constituye en otra característica más del ser humano: “ser responsable significa aceptar las consecuencias

del ejercicio de la libertad, dar sentido a la existencia y a los valores que guían la vida, y a comprometerse en la realización de su propio proyecto de vida y el de la sociedad en la que vive”.^{1,3}

Max Scheler (1874-1928), en su libro *Ética: nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético* (2001), desarrolló: 1. Teoría de los valores: los valores son el fundamento primordial de toda actividad humana, y de la moral (los valores morales se circunscriben a la persona). Para Scheler, la persona humana al ser un valor por sí misma se constituye en el valor por excelencia: “El ser humano no es sólo un sujeto de valores, es decir, un portador de valores, sino que es un valor personal”. 2. Concepto de persona: aseverando, como Sto. Tomás de Aquino, que como consecuencia de su racionalidad la persona tiene libre albedrío (condición de libertad).⁴

Con el surgimiento de la corriente filosófica del Personalismo en la primera mitad del siglo XX, uno de sus iniciadores, el filósofo francés Emmanuel Mounier (1905-1950) y diversos autores amplían el concepto de persona humana. Desde su perspectiva, ser persona es el modo de existencia concretamente humano, la cual se logra por el esfuerzo del ser humano a lo largo de su proyecto de vida, encaminado a alcanzar la “verdadera humanidad”. Asimismo, destaca como atributos de la persona humana su condición social y comunitaria: “se nos aparece entonces como una presencia dirigida hacia el mundo y las otras personas, sin límites, mezclada con ellos, en perspectiva de universalidad. Las otras personas no la limitan, la hacen ser y desarrollarse”, además de que “no existe sino hacia los otros, no se conoce sino por los otros, no se encuentra sino en los otros”.⁵

Para Gabriel Marcel (1889-1973), la persona humana es una “existencia encarnada”, que a través de sus actos puede perfeccionarse o degradarse a la condición de individuo. En su perfeccionamiento como persona, que lo convierte en un ser personalizado, va asumiendo la responsabilidad de sus actos y expresiones, ante sí mismo (compromiso personal) y hacia los demás, como característica específica de ese proceso de personalización. En el transcurso de su vida, como persona enfrentará una dualidad de perspectivas: crearse y recrearse volviéndose cada vez más responsable, o abandonarse, autodestruirse y deshumanizarse perdiendo así hasta su identidad¹.

Por su parte, en el pensamiento del filósofo español Xavier Zubiri (1898-1983) el ser humano en sí posee una “personidad” (conformación estructural) y a partir de ella se configurará su “personalidad” (modo de ser), como resultado del proceso de formación de la persona humana (“proceso de personalización”) que se desarrolla a lo largo de su vida por medio de sus actos de decisión libres, pero también mediante la influencia ejercida por los demás o lo demás (cosas, hechos, circunstancias, etc.), siendo más relevante la interacción con otras personas, que con las cosas. Para Zubiri, la personalidad es lo que un ser humano llega a ser, desde una determinada personidad, al desarrollar sus potencialidades personales. Por ello, la persona humana desde este enfoque debe ser “el centro motivador del actuar individual, social y político, oponiéndose de esta forma al objetivismo deshumanizante, al individualismo egoísta y al colectivismo opresor”.⁶

En su libro *Persona* (1996), Julián Marías (1896-2005) cuestiona a la Filosofía y la Ciencia por preguntarse ¿Qué es el hombre?, cuando desde su planteamiento la interrogante debería ser: ¿Quién soy yo?, ¿Qué va a ser de mí? Explica que el concepto de persona se refiere a la conciencia que cada quien tiene de ser “alguien”, no algo, que merece respeto porque es un fin en sí misma (no un medio), y puede proponerse sus propios fines: “La vida que me es dada y en la cual me encuentro, no me es dada hecha sino por hacer; es decir, me es ofrecida o propuesta como quehacer o tarea por realizarse”.⁷

Para Viktor Frankl (1905-1997), en su obra *La voluntad de sentido* (2011) el ser humano posee tres dimensiones:

1. Biológica (aspecto físico e interacción psicofísica),
2. Psicosocial (ámbito instintivo y psicodinámico),

3. Espiritual (manifiesta el valor propio de lo humano). Esta última se expresa tanto en lo biológico como lo psicosocial, constituyéndose así el ser humano en una unidad dentro de la totalidad corpóreo-anímica-

espiritual interrelacionada. Desde esta visión, el hombre elige las opciones que irán configurando su existencia como persona humana, convirtiéndose en el arquitecto de su propia vida.^{8,9}

De acuerdo con el Prof. y Dr. Elio Sgreccia (1928-2019), fundador de la Bioética Personalista, así como filósofos de esa misma corriente (J. Maritain, M. Scheler, D.H. Hildebrand, G. Marcel), la dignidad de la persona es una cualidad inherente a la estructura ontológica del ser humano, de la cual deriva el deber ético del respeto.¹⁰

Toda la argumentación filosófica y antropológica referente al estatus del “Ser persona humana” ha suscitado innumerables discusiones en múltiples foros académicos, científicos, jurídicos y sociales, entre otros, ocasionando un amplio impulso al debate bioético en el ámbito de las ciencias de la vida y la salud, especialmente en Medicina (y el Derecho, incidiendo en la formulación de las leyes respectivas), reflejándose desde los planes y programas de estudio (contenidos, métodos de enseñanza-aprendizaje, demás actividades docentes, procesos de evaluación, perfil de ingreso y egreso del alumnado, perfil del profesor, etc.) hasta la práctica clínica (relación médico-paciente, toma de decisiones, profesionalismo y valores, respeto a las normas bioéticas y jurídicas de la profesión, etc.) y la investigación científica, así como en la cotidianidad de la vida personal, familiar y social del médico.

2. Educación, educabilidad y educatividad.

El significado etimológico de Educación tiene dos acepciones del latín:

1. Educare (criar, nutrir): entendida como una acción o proceso que se desarrolla de afuera hacia adentro, e implica que el educando capta su entorno físico, social y cultural. Se refiere a la influencia del medio en el desarrollo de la naturaleza humana (“tesis”).

2. Ex ducere (desenvolvimiento): se concibe como un proceso que se realiza de adentro hacia afuera, en el cual ocurre una exteriorización de algo propio del núcleo esencial de la persona (“antítesis”).

Ambos conceptos, aunque opuestos, no se excluyen, son complementarios: la tesis corresponde al ámbito sociocultural de la educación (fundamento de la institución educativa), mientras que la antítesis, al potencial creativo y transformador intrínseco de la naturaleza humana (“la persona se educa”). Durante el proceso educativo, que debiera ser personalizado, integral y formativo para cada educando, ambos aspectos se vinculan (“síntesis”), de manera que la capacidad para educarse surge como resultado de la interacción constante entre la persona y el medio ambiente, familiar, social, cultural e histórico en que se desarrolla.¹¹

Considerado el “Padre de la Pedagogía”, John Amos Comenius (1592-1670), filósofo y pedagogo alemán aseveró que el hombre es el único “Ser educable de la naturaleza”. Dicha afirmación es sustentada por cualquiera de las corrientes antropológicas (filosófica, científica, histórica, pedagógica, etc.), destacando que esta cualidad del ser humano rebasa el campo de la Biología, Psicología e incluso la Sociología, situándose más bien en “la naturaleza propia de su mismo Ser”, su dimensión ontológica. Tal concepción sobre la educación crea condiciones idóneas para su proceso de humanización: lo que el ser humano es, debe ser o puede llegar a ser por sí mismo y por la influencia del medio, para configurar su idiosincrasia personal.¹

La Educabilidad, término creado por el filósofo y pedagogo alemán Johann Friedrich Herbart (1776-1841), descrito en su libro *Bosquejo para un curso de Pedagogía*, se refiere a esa naturaleza educable de la persona, orientada a la esencia misma de su Ser, que le permite configurarse y reconfigurarse a lo largo de su vida.¹

El acto educativo supone, además de la Educabilidad del educando, otro concepto afín relativo al educador: la Educatividad. Vocablo propuesto por J. Zaragüeta (1953), concerniente a la capacidad del ser humano para influir en la educación de otros, denota las características de quien educa en el proceso educativo: educadores o profesores. Herbart afirmó que los primeros educadores son los padres de familia, propuso que

tanto ellos como los profesores deben “educar con amor, seguridad y autoridad”, asumiendo que esta última debe fundamentarse “en el respeto a sí mismo y hacia los demás”, por ello es ineludible establecer una combinación equilibrada entre libertad y autoridad.

Para la Antropología Pedagógica, la educabilidad del estudiante es su concepto fundamental, a partir de ella asume la interdisciplinariedad y el contexto histórico-cultural que permite contemplar la dimensión social e histórica de la profesión docente, la práctica educativa, los contenidos académicos, modelos educativos, y el énfasis en ciertos enfoques de la educación (como la educabilidad de la voluntad, orientada a la formación moral en valores).^{1, 11}

3. Educación Superior y Educación Médica.

El objetivo principal de todo proceso educativo debe ser promover la formación integral de la persona humana para alcanzar el máximo potencial de su desarrollo personal, social y profesional, con la finalidad de contribuir en la construcción de una sociedad más humanitaria, justa, incluyente, equitativa, solidaria y empática.¹¹

En “La Educación encierra un tesoro”, informe sobre la Educación Superior para el siglo XXI, aparece la propuesta de “Los cuatro Pilares de la Educación” (J.Delors, UNESCO, 1994);

1. Aprender a conocer (aprendizaje cognitivo), 2. Aprender a hacer (aprendizaje procedimental), 3. Aprender a Ser (aprendizaje actitudinal y valores), y 4. Aprender a vivir juntos (convivir); enfatizando la importancia del enfoque humanista en la educación.

Investigaciones han demostrado que, para el desarrollo de valores, la familia es el espacio más importante y que contribuye la conducta del profesorado (Cárdenas y Cid, et al, 2017). Asimismo, que para la formación humanística y ética:^{12, 13}

- Contribuyen las distintas áreas y asignaturas del proceso educativo;
- Son relevantes las actividades académicas en el aula, y la práctica clínica concreta (relación directa con el paciente y el personal de salud en instituciones hospitalarias);
- Influye la actitud, conducta y acciones de los profesores.

En las sociedades contemporáneas, la economía globalizada, exige una alta competitividad en la formación de capital humano para satisfacer las demandas del mercado laboral, soslayando el humanismo, la ética y valores de la profesión médica, favoreció la introducción del paradigma mercantilista en la relación médico-paciente, tornando a éste en un cliente y al médico en un comerciante. Promovió la Medicina Defensiva, centrada en el uso excesivo de análisis e imagenología, con frecuente violación de la ética y el humanismo (abandono, ausentismo, desinterés, mala práctica, maltrato).¹⁸

Lo anterior contribuyó a la actual “crisis de la Medicina”, identificada como “Deshumanización de la Medicina”.^{19, 20}

4. La Bioética en la Educación Médica.

¿Qué debemos hacer para revertir la deshumanización de la Medicina? Entendida como la ética de la vida o disciplina que estudia la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y la salud, su campo de acción incluye a la investigación científica, al cuidado y protección del medio ambiente y la biodiversidad, a la educación y las instituciones, la Bioética abre el camino para reorientar la Educación Médica hacia un nuevo paradigma centrado en el “Ser” de la persona humana, su dimensión ontológica. Diversos documentos

lo fundamentan como la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005): artículo 23, Educación, formación e información en Bioética, Los cuatro pilares de la Educación para el siglo XXI (UNESCO, 1994), y Bioética mínima (D. Gracia, Madrid 2019).¹¹

Desde sus inicios, la Medicina surgió como una disciplina humanística, enmarcada en la ética y la formación de valores; la educación médica integral supone que los planes de estudio de Medicina, aunado al aprendizaje científico-tecnológico y procedimental, incluyan un área de formación humanística (Bioética, Historia, Antropología, Psicología, etc.).

Es importante resaltar también, el papel fundamental de la familia en la formación actitudinal (moral y valores) de los educandos, así como el de los profesores, y la necesidad de un modelo educativo encaminado a este nuevo paradigma, si deseamos contribuir para revertir la deshumanización actual de la Medicina y en la sociedad global.^{12, 13}

Conclusiones

Como necesidad humana prioritaria, la educación superior debe conducir a la formación ética y humanística del educando en cualquier área del conocimiento, más aún en la Medicina. Para Zubiri, la fundamentación de cualquier modelo educativo deriva de la concepción que se tenga del Ser humano, por lo que “La Educación Médica con perspectiva bioética”:

1. Debe partir de una concepción integral ontológica del Ser humano: como una persona única, irrepetible e indivisible, que representa un valor y un fin en sí misma; poseedora de dignidad, libertad y autonomía; que se construye y reconstruye a lo largo de su proyecto de vida; un ser social educable y educador al mismo tiempo, en su interrelación con los demás; un ser personalizado que asume la responsabilidad de sus actos hacia sí mismo y los demás; dotado de una dimensión biológica, psicosocial, histórica y espiritual.

2. Debe constituirse en una acción transformadora y transdisciplinaria, para lograr que los alumnos como aprendizaje fundamental asuman a la profesión médica con una dimensión holística e integradora: ética, bioética, humanística, científica, social e histórica.

3. Hará que la Medicina sea un arte, una actividad científica, personalizada y social, pero sobre todo humanística y ética, que privilegie a la persona humana, su dignidad y la vida en general, al promover y respetar los fundamentos bioéticos, los valores y derechos humanos universales.

4. No es suficiente para el desarrollo de valores, actitud ética y humanística, incluir cursos curriculares de ciencias humanísticas, es necesario formar a los estudiantes con el ejemplo (personal y profesional de los docentes), de modo transversal y longitudinal en todo el proceso educativo

**Cárdenas Morales Beatriz Eugenia¹, Azcona Cruz María Isabel¹,
Cid Velasco Ma. del Carmen¹, Hernández Jerónimo Julia Matilde¹, Lugo Radillo Agustín^{1,2}**

1 Cuerpo Académico “Humanidades, Educación y Salud”. Facultad de Medicina y Cirugía
Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO), México

2 CONAHCYT-Facultad de Medicina y Cirugía, UABJO, México

Contacto: bioetica.fmc.uabjo@gmail.com

Bibliografía

1. Acosta Sanabria, R. (2017). La educación del ser humano: un reto permanente. Universidad Metropolitana. 2ª. Edición. Caracas, Venezuela. <https://www.unimet.edu.ve/wp-content/uploads/2019/10/La-educaci%C3%B3n-del-ser-humano.-Un-reto-permanente.pdf>
2. Tomás De Aquino (2011) Suma Teológica III Tratado del hombre. Editorial BAC, Thesaurus. Madrid, España
3. Kant, I. (2016). Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Alianza Editorial. Madrid, España.
4. Scheler, M. (2001) Ética: nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético. Caparrós Editores, S.L.3ª. Edición. Madrid, España Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/5.1-Scheler-Etica-71-78.pdf>
5. Mounier, E. (2000). El personalismo. Editorial El Búho. Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://www.universilibros.com/temas/ciencias-sociales-y-humanas/filosofia/el-personalismo>
6. Zubiri, X. (1998). Sobre el hombre. Alianza Editorial. Madrid, España
7. Marías, J. (1996). Persona. Alianza Editorial. Madrid, España
8. Frankl, V. (1991). La voluntad de sentido. Herder Editorial. Barcelona, España
9. Lukas, E. (2008). Viktor E. Frankl. El Sentido de la vida, Plataforma editorial, Barcelona, España. Disponible en: <https://www.plataformaeditorial.com/libro/732-viktor-e-frankl>
10. Sgreccia, E. (2013). Persona humana y personalismo. Cuadernos de Bioética XXIV/ 1ª. Asociación Española de Bioética. Madrid, España. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/115.pdf>
11. Gracia, D. (2019). Bioética mínima. Editorial Tricastela 1ª. Edición. Colección Humanidades Médicas No. 37. Madrid, España
12. Cárdenas Morales BE, et al (2017). Profesionalismo y valores en la educación médica: ¿qué, dónde, cómo? Bioética Complutense N° 32: 82-90. Edita: Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España
13. Cárdenas Morales BE, Cid Velasco MC (2018). La formación humanística de los médicos generales. Libro: Docencia y Aprendizaje de la Bioética en Latinoamérica. FJ León Correa (Coordinador), pp 147-156 Editorial: FELAIBE, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, y Centro de Bioética, Instituto de Investigación e Innovación en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. 1ª Edición. Santiago de Chile.
14. Ávila Morales, JC. (2011). La deshumanización en Medicina: desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia. 2017 Abr-Jun; 30(2):216-229. DOI 10.17533/udea.iatreia. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1805/180550477011.pdf>

Bioética y atención primaria: La vulnerabilidad en la relación clínica

RESUMEN

Este artículo examina la relación entre la vulnerabilidad y la ética del cuidado en el contexto de la atención primaria (AP), destacando la relevancia de la interacción entre el médico y el paciente en el manejo de las vulnerabilidades de los enfermos. Basado en la teoría de Carol Gilligan sobre la ética del cuidado, el texto enfatiza la importancia de la empatía, la conexión emocional y el diálogo en la práctica médica. Se resalta que la AP tiene una posición privilegiada para abordar las vulnerabilidades del paciente, no solo ofreciendo tratamiento médico, sino también proporcionando acompañamiento constante y cuidado humanizado. Aspectos clave de este enfoque incluyen la escucha activa, la construcción de confianza y la creación de un ambiente íntimo y de apoyo. Se concluye que los profesionales de la AP, en especial los médicos de familia, son clave para crear ambientes en que los pacientes se sientan acompañados, escuchados y apoyados.

PALABRAS CLAVE:

Bioética; vulnerabilidad, atención primaria; éticas del cuidado

ABSTRACT

This article examines the relationship between vulnerability and the ethics of care within the context of primary care (PC), highlighting the importance of the interaction between doctor and patient in addressing the vulnerabilities of the sick. Based on Carol Gilligan's theory of the ethics of care, the text emphasizes the significance of empathy, emotional connection, and dialogue in medical practice. It highlights that PC is in a privileged position to address patient vulnerabilities, not only by offering medical treatment but also by providing constant support and humanized care. Key aspects of this approach include active listening, building trust, and creating an intimate and supportive environment. The article concludes that primary care professionals, particularly family doctors, are crucial in creating environments where patients feel accompanied, heard, and supported.

KEYWORDS:

Bioethic; vulnerability; primary care; ethics of care

Introducción

En 1982, Carol Gilligan (1936) presentó un texto que marcaría un antes y un después en la filosofía y, sobre todo, en la ética: *In a Different Voice*. Esta obra supuso, sin duda, el cambio hacia un nuevo paradigma en el que la ética de la justicia pasaba a estar acompañada, a partir de entonces, por la denominada ética del cuidado. Gracias a esta transición, el sujeto moral pasó a ser pensando a través de la emoción y la afectividad, y no solo mediante la racionalidad. Este contexto condujo, en consecuencia, a que en medicina no solo

empezara a ser necesario prestar atención a las evidencias –a los síntomas–; desde entonces también había que atender las vivencias.

No es necesario destacar que esta nueva etapa del pensamiento moral sería, sin duda, un caldo de cultivo idóneo para que en los años posteriores entrara en la filosofía, con más fuerza que nunca, la reflexión alrededor de la vulnerabilidad. Es en este contexto, en el de la vulnerabilidad y el de la ética del cuidado, en el que se inserta el presente artículo. Más todavía, el objetivo de estas páginas será reflexionar sobre cómo la atención primaria (en adelante, AP) es capaz de hacerse cargo de la vulnerabilidad de las personas y de cumplir con el que diría que es uno de los fines sistemáticamente despreciados por la medicina: la actividad de cuidar.

Como última consideración antes de iniciar el presente escrito, cabe justificar el porqué de la AP, y para ello, lo primordial es tener en cuenta que «el núcleo de la medicina es la relación médico-paciente» (González, 2017, p. 192). Si se tiene esto en cuenta, es fácil advertir que los centros de AP son espacios en los que, sin duda, sucede algo singular: el seguimiento, la constancia y el acompañamiento en las diferentes etapas vitales no son algo coyuntural, sino que forman parte de su esencia, de la manera en que presta asistencia. Es todo esto, sin duda, lo que convierte la AP en un servicio de atención integral, no solo para pacientes, sino también para las vulnerabilidades; es esto lo que invita a pensar que la AP, de la mano de la medicina familiar y comunitaria, es de las disciplinas de la medicina más propensas –si no la que más– a humanizar la asistencia y a convertir el fin de cuidar y de acompañar en realidad.

2. La vulnerabilidad en la relación clínica

Carol Gilligan inicia su estudio *El daño moral y la ética del cuidado* remarcando un hecho, sin duda, destacable; el que investigaciones llevadas a cabo en los años 80 con lactantes pusieron de relieve que, a penas después de nacer, los bebés buscan insertarse en relaciones de cuidado, en «estar en contacto con otra persona» (Gilligan, 2013, p. 13). Este hecho marcó un antes y un después en la psicología del aprendizaje y del desarrollo, y es utilizado por la psicóloga estadounidense para reflexionar sobre el cuidado entre personas. Desde la perspectiva de Gilligan, la pregunta fundamental de esta dimensión del trato entre humanos no es cómo adquiere la persona la capacidad de cuidar de sí misma y de los otros, sino más bien lo contrario: cómo es que esta disposición se pierde a lo largo de la vida,

«qué inhibe nuestra facultad de empatía y nuestra sensibilidad hacia el clima emocional de nuestro entorno, por qué somos incapaces de percibir la diferencia entre estar o no estar en contacto, y lo que resulta aún más doloroso, cómo perdemos la capacidad de amar» (ídem).

A pesar de que en un primer momento no se advierta, parece lógico plantear estas y otras cuestiones semejantes en el propio campo de la medicina, porque ¿cómo es que el personal médico, a menudo, pierde la capacidad de cuidar de sus pacientes? ¿Cómo es que, desde sus inicios, el cuidado ha quedado relegado a la enfermería? ¿Por qué ha sido necesario desarrollar el conocido como modelo centrado en el paciente y el biopsicosocial de George L. Engel (1903-1999) para que la medicina asumiera de forma íntegra la responsabilidad que detenta para con la vulnerabilidad del paciente? Estos interrogantes no son, en ningún caso, fútiles, puesto que el personal médico no solo trata a pacientes, sino que «es un espectador privilegiado del sufrimiento humano» (Borrell, 2007, p. 136) que debe ser capaz de estar a la altura, de habitar y de crear «espacios de vulnerabilidad» (Delor y Hubert, 2000).

‘Vulnerabilidad’ es un concepto que, sin duda, tiene un largo recorrido en la historia de la filosofía. Sin ir más lejos, etimológicamente, ‘vulnerabilidad’ proviene de la palabra latina *vulnus* que significa ‘herida’. Por esto, ‘vulnerabilidad’ literalmente quiere decir ‘heribilidad’ –o hecho de ser ‘herible’–, concepto que convierte la humana en una *vulnerabilis vita vivida* por el *homo vulnerabilis*. A pesar del gran número de conceptualizaciones que ha recibido este término, –muy de moda hoy en día– la definición más general propondría que la vulnerabilidad es una dimensión antropológica del ser humano que «tiene que ver con la posibilidad de sufrir con la enfermedad, con el dolor, con la fragilidad, con la limitación, con la finitud y con la muerte» (Feito, 2007, p. 9). En pocas palabras, vulnerabilidad es, de alguna manera, la premisa que estipula

que «ser vulnerable significa afectar y ser afectado» (Seguró, 2022, p. 166) en la dimensión física, psíquica, cognitiva, social, moral e, incluso, democrática (Riera y Torrell, 2020, p. 3).

En este punto cabe destacar que, como sucede en la dependencia, uno de los rasgos más característicos de la vulnerabilidad, y también de la autonomía, es su gradualidad: es evidente que hay personas más vulnerables que otras, y personas más autónomas que otras. Con la autonomía y la vulnerabilidad, sin embargo, sucede algo singular, puesto que no se puede olvidar que la autonomía es la cara, mientras que la vulnerabilidad es la cruz –y nunca mejor dicho– de una misma moneda que es el ser humano. En este punto, cabe también destacar que, cuando es pensada la vulnerabilidad, a menudo, y más en contextos hospitalarios, es fácil que se acabe derivando en el concepto de sufrimiento.

El personal médico, a causa de su formación, tiende a estar provisto de una visión excesivamente biologicista para con sus pacientes. Sin embargo, esta mirada centrada en exceso en lo somático, en la corporalidad, corre el riesgo, no solo de «olvidar que es la persona la que tiene problemas de salud y quien lo vive particularmente» (Aporia y Sant Pere Claver, s.d., p. 12), sino también de vincular dolor y sufrimiento, cuando la realidad es que ambos son diferentes¹. Como decía Begoña Román, «no solo de pan vive el hombre, [...] el alma, como el cuerpo, también muere de hambre» (Román, 2016, p. 45). Es trascendental tener presente esta distinción en el contexto médico y no confundirlos, pues sería un error por parte del sanitario, sea de la especialidad que sea, el pensar que un paciente que vuelve a casa sin dolor, también lo hace sin sufrimiento. El dolor se trata con fármacos, mientras que el sufrimiento requiere de un acompañamiento mucho más profundo basado, a veces, en un diálogo, en otras, en la escucha, pero siempre fundamentadas en el cuidado y, en ello, es especialista la AP.

La AP es, se podría decir, un «espacio de atención habitual» (Riera y Torrell, 2020, p. 5) que, por su naturaleza, asiste, y asiste, precisamente, porque la palabra ‘asistir’ proviene del latín *assistere* (RAE, 2023c). Este término está formado por la preposición *ad* (‘hacia’ o ‘junto’) y *sistere* (‘colocar en su sitio’). De ahí que ‘asistir’ remita a la acción de ‘estar cerca’ (Gálvez, 2007, p. 7), de ‘sentarse al lado’, y no solo del enfermo.

2.1. El diálogo

Tal y como se afirmaba en la primera parte de este artículo, la ética del cuidado parte de la consideración de que el ser humano es un ser relacional y dialógico, pues «las personas somos en relación» (Riera y Torrell, 2020, p. 3). De hecho, Gilligan consideraba que algo tan fundamental como es «la reparación [cuando ha habido daño moral] comienza [...] con la escucha» (Gilligan, 2013, p. 15). A pesar de que el diálogo sea concebido, a menudo, como un contexto que nace entre dos personas que hablan, la realidad es que el diálogo también es (y ello es lo más complejo) un momento en el que dos personas se escuchan. Ahora bien, ¿qué papel tiene la escucha activa en la medicina?

Quizás un presupuesto que los griegos tenían muy presente y que ha quedado un tanto desdibujado en la sociedad actual es que, a escuchar, también se aprende –y que, por tanto, se educa– y que es posible reivindicar, desde aquí, una ética de la escucha. En el campo de la medicina, que es el que atañe a este proyecto, aspectos como las habilidades comunicativas, la resolución de conflictos o la asertividad –capacidad de dar malas noticias sin herir al otro– han quedado relegadas a un segundo plano, a las conocidas como las ‘soft skills’ o «currículo informal» (Casell, 2009, p. 28). A menudo, desde la medicina e, incluso, desde una perspectiva social, no se concibe la comunicación amable y empática por parte del profesional médico como una condición necesaria e imprescindible para que haya un buen servicio; pareciera que buen médico es solo aquel que opera bien. Ahora bien, la medicina no solo debe aspirar a curar al paciente; el cuidado y el acompañamiento forman también parte de la atención médica. De hecho, un elemento que pone de relieve la

¹ Brevemente, se podría afirmar que, mientras que el dolor tiende a ser físico, el sufrimiento tiene causas sociales, emocionales e, incluso, existenciales.

importancia del diálogo y las habilidades comunicativas del sanitario está vinculado con la reflexión sobre la información.

Está claro que decir toda la verdad es irresponsable, sea en el contexto que sea, pues ello pasa a convertir a la persona en «sincericida» (Rojas, 2019, min 14). En este sentido, Marc Antoni Broggi, presidente del Comité de Bioética de Catalunya, afirma que «antes de informar, debes informarte en parte de la necesidad de información que tiene el otro» (Broggi en Herreros, 2021, min. 32). Al final, una consulta médica no es un tribunal de justicia en el que solo cabe decir ‘toda la verdad, solo la verdad y nada más que la verdad’; en medicina ‘todo lo que se dice es verdad, aunque no se dice toda la verdad’.

Cuando facultativo y paciente entablan una conversación, es fundamental que el sanitario desvele, a partir de los gestos, de la expresión fácil, de los silencios, de las preguntas que formula el paciente y de las que no, qué es lo que quiere y no quiere saber. De hecho, y esto ya lo decía en parte Paracelso (1493-1541), padre de la toxicología, cuando afirmaba aquello de que «nada es veneno, todo es veneno. La diferencia está en la dosis» (Esteban, 2003, p.56). Con la información sucede algo similar: saber puede ayudar –hacer de cura– o puede hundir –hacer de veneno–; la diferencia entre ambas reside en la dosis.

Con todo, y volviendo a la AP, a la hora de conocer el grado de información que desea tener el paciente, la medicina de familia es, sin duda, la que mejor puede actuar en este sentido. Es importante tener presente que el acompañamiento que estos profesionales ofrecen a lo largo del tiempo facilita que conozcan, no solo, la historia clínica, sino también la biografía del paciente. El profesional de la medicina familiar es uno de los que mejor puede atender la vulnerabilidad del paciente, ya que es conocedor, de primera mano, de la respuesta del paciente ante un diagnóstico, de cuáles pueden ser sus temores vinculados a las enfermedades, qué antecedentes tiene, si sufre o no de hipocondría –elemento que, en general, se tiene muy poco en cuenta en la medicina y no hace sino aumentar el grado de vulnerabilidad y reducir el de autonomía–, etc. Con todo, las ‘soft skills’ vinculadas al diálogo, no solo son fundamentales para descubrir qué necesita saber el paciente, sino, ya de entrada, para conocer qué le sucede interiormente. Ello podría parecer, sin duda, muy obvio, pero el Informe del Consenso de Toronto llega a conclusiones, como mínimo, alarmantes. Según este documento,

«la mitad de las quejas y de las preocupaciones de los pacientes no son detectados, pasan inadvertidos más del 50% de los problemas psicosociales, en la mitad de las entrevistas el paciente y el médico no están de acuerdo sobre la naturaleza del problema y por término medio “no les dejamos describir sus problemas”, interrumpiéndolos a los 18 segundos de la exposición» (Combarro et al., 2009, p. 225).

La falta de habilidades conversacionales no solo puede llegar a herir al paciente, sino que además pone de relieve la necesidad de una «cultura de la atención» (Robles, 2005, p. 11). Claro está que, a menudo, la interrupción constante por parte del personal médico responde al limitado tiempo del que dispone por consulta, y al elevado número de pacientes al que debe atender. Sin embargo, Juan Gérvas, Mercedes Pérez y Blanca Gutiérrez, en su precioso artículo titulado Consultas sagradas (2008), exponen que «por supuesto, el tiempo pasa inexorablemente, y conviene no perder de vista el reloj, pero hay que lograr esa apariencia de tener todo el tiempo del mundo» (Gérvas et al, 2008, p. 42). Aún a pesar de las limitaciones, para atender la vulnerabilidad, la medicina de familia debe seguir apostando «por dar la palabra al paciente, dejarle participar en las decisiones, averiguar las expectativas que tiene, mostrarse el profesional como ser humano» (Borrell, 2002, p. 177).

2.2. La confianza y la importancia del contexto

‘Confianza’ proviene de la palabra latina *confidere*, formada por la preposición *cum* (con) y por el verbo *fido*, derivado este, a su vez, del sustantivo *fides* (‘fe’ o ‘fidelidad’). Esto lleva a pensar que la confianza está vinculada a la fidelidad con el otro, a la fe en que es posible confiar en la otra persona; de ahí que la confianza sea relacional y esté vinculada a la discreción, a la intimidad, al secreto. Está claro que las consultas de la AP deberían ser «un encuentro interpersonal basado en la confianza, que crea un espacio de intimidad donde el paciente cuenta lo que le pasa, relata sus vivencias patológicas, y solicita ayuda esperando que el médico

escuche, comprenda y ofrezca respuestas solventes» (González, 2017, p. 192). Ahora bien, está claro que, en los CAPs, la realidad es muy diferente.

Uno de los principales problemas vinculado, claro está, con la bioética, nace porque, desde la perspectiva del profesional sanitario, es más sencillo diagnosticar y curar al paciente, que crear un contexto más complejo a fin de cuidarlo. Es, como mínimo, entendible, que desaprender para aprender a comunicar con asertividad, a medir las palabras y el tono, y hacer surgir la confianza requiere de mucho tiempo, paciencia y esfuerzo. Es fácil percibir la alta complejidad de todo ello; más si se atiende a que el presente es un mundo de la desconfianza.

La actual es una sociedad contractualista que, como su propio nombre indica, no resuelve su desconfianza como sería, por ejemplo, creando capacidades y erradicando sesgos y estereotipos, sino a través del contrato y de figuras como los notarios que ‘dan fe’ en situaciones de alta incertidumbre. El contrato es lo contrario a la confianza. De hecho, esta necesidad de recurrir a las relaciones contractuales se ha trasladado incluso a la práctica médica, puesto que son ya muchas las voces que, desde la bioética, denuncian el mal uso que se está dando a la figura del consentimiento informado.

En cualquier caso, el primer obstáculo que debe afrontar, en general, la AP, pero, sobre todo, al inicio, el especialista de medicina familiar, es el hecho de que el paciente no va a consulta por gusto; las personas acuden al CAP porque tienen un problema y necesitan ayuda. En este sentido, es comprensible que, al principio, no confíen en el sanitario; de hecho, a ello ya prestaba atención la ética del cuidado. La corriente iniciada por Gilligan partía de la consideración de que «los cuidados se dan en el seno de relaciones que no son igualitarias» (Camps, 2021, p. 130), aunque ello no sirve como excusa para no hacer todo lo posible a fin de «ocultar la asimetría que por definición la constituye» (ídem, p. 13). Aun así, este no es el único impedimento, puesto que la confianza no aparece ex nihilo, sino que se construye, y se debe construir, sobre todo, por parte del personal médico. Para ello, no solo es necesario disponer de las ‘softs skills’, sino también de la voluntad de querer convertir la consulta en un ‘espacio de vulnerabilidad’.

El médico de familia debe ser capaz de lidiar con la intimidad, de guiarla y de sentirse cómodo con la vulnerabilidad cuando surja en la consulta. Este especialista debe evitar un «estilo emocional reactivo» (Borrell, 2002, p. 177) frecuente entre el personal médico, por el que se responde «negativamente a las emociones [...]. El paciente es quien marca el clima» (ídem) y, por ello, es fundamental aprender a reaccionar ante las biografías más quebradas y, sobre todo, a disponer de autocontrol, de esa virtud que evita que el cuerpo delate lo que uno piensa y siente. Lo complejo reside, sin duda, en que es necesario casar el autocontrol con la «resonancia emocional» (Borrell, 2007, p. 135) y con una mirada atenta de la intimidad, pero siempre desde el respeto. A todo ello remite, precisamente, el concepto de ‘distancia terapéutica’, que, en ningún caso, es fácil de situar en una consulta de la medicina de familia. Como afirmaba Juan Gérvas, «ser médico [...] de familia no es fácil. Es un arte, pues, es difícil mantener un equilibrio que no rompa la “distancia terapéutica” ni confunda buen trato con amistad» (Gérvas et al., 2009, p. 43).

Junto con la significación de la intimidad, también es necesario atender a muchos otros elementos que permiten hacer de la consulta un ambiente (atmosphere) próspero a la confianza. «Un lenguaje corporal sereno, unas maneras acordes al contexto de cada paciente y problema, recibir y despedir de pie en la puerta, dar la mano y mirar apropiadamente al paciente a los ojos» (ibídem, p. 41) son solo algunos de los elementos que hacen de la consulta un lugar, sin duda, más confortable. Lo más fundamental cuando se piensa la confianza es, precisamente, tener en cuenta la consideración de que no es sencillo para nadie aceptar la vulnerabilidad tal y como aparece: con la sensación de debilidad, con el dolor y el estado de padecimiento, con la ignorancia, la incertidumbre y la ignotancia².

² El concepto de ignotancia, proveniente de ‘ignoto’ (desconocido), remitiría a la incapacidad de conocer lo desconocido. Este término, aun a pesar de no ser recogido por la RAE, haría referencia, en medicina, a la imposibilidad, por ejemplo, de saber los riesgos que causará un determinado procedimiento médico, el resultado final de un tratamiento, el momento en que devendrá la muerte del paciente, etc.

3. Conclusiones

A lo largo de este proyecto se ha podido comprobar, fundamentalmente, cómo la AP es capaz de poner en el centro la relación médico-paciente, y todavía más, de hacerse cargo de la vulnerabilidad que le constituye. En concreto, tal y como se ha podido comprobar hasta este punto, una de las conclusiones a las que conduce el presente artículo está vinculada con la importancia del diálogo en la relación típicamente clínica. Es fundamental tener presente que la AP, por la cercanía, la constancia y el conocimiento de la biografía del paciente, puede averiguar de forma muy eficiente qué es aquello que quiere saber la persona y qué no, cuáles son sus miedos, cuáles sus creencias, etc. Con todo, en la sección titulada El diálogo se ha destacado la importancia que, en esta relación, tienen elementos como la escucha y la presencia. Además, cabe destacar, de forma complementaria a lo expuesto anteriormente, la trascendencia de la confianza y de la intimidad en el seno de la relación entre profesional de la salud y paciente. Aun a pesar de la dificultad de crear un espacio de seguridad y de franqueza en tiempos como el actual, queda claro que uno de los esfuerzos que debe llevar a cabo el profesional de la AP debería ir en esta línea para percibir, tanto como sea posible, la condición vulnerable de aquel que tiene delante.

David Rivilla

Graduado en Filosofía y máster en Ética Aplicada

Bibliografía

1. Aporia, y Sant Pere Claver (s.d.). Diagnóstico en salud mental: una aproximación ética.
2. Borrell, F. (2007). Competencia emocional Del Médico. FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria, 14(3), 133-141. doi:10.1016/s1134-2072(07)71566-9
3. Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. Elsevier, 119(5), 175-179. Consultado 10 enero 2023 desde https://www.researchgate.net/publication/256812433_El_modelo_biopsicosocial_en_evolucion
4. Camps, V. (2021). Tiempo de cuidados: Otra forma de estar en el mundo. Barcelona: Arpa.
5. Cassell, E. J. (2009). ¿Qué es una persona enferma?. Dentro de La persona como sujeto de la medicina (p. 27-42). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
6. Combarro, J., Viana, C., Bóveda, J., y García, M. P. (2009). Averiguando lo que sucede a los pacientes. (Dr. Watson). Habilidades e terapéutica, 16, 225-227. Consultado 11 enero 2023 desde https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/05_Habilidades_03.pdf
7. Delor, F., y Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of 'vulnerability'. Social Science & Medicine, 50(11), 1557-1570. doi:10.1016/s0277-9536(99)00465-7

8. Esteban, S. (2003). Paracelso el médico, Paracelso el alquimista. *Anales de la Real Sociedad Española de Química*, 4, 53-61. Consultado 11 enero del 2023 desde <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/762328.pdf>
9. Feito, L. (2007). Vulnerabilidad, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00465-7
10. Gálvez, A. (2007). Errores en el lenguaje: Nursing no es enfermería. “Cuidado” no es care. *Biblioteca Las Casas*, 3(3). Consultado 7 enero 2023 desde <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0251.pdf>
11. Gérvas, J., Pérez, M., y Gutiérrez, B. (2009). Consultas sagradas: Serenidad en el apresuramiento. *Elsevier Doyma*, 41(1), 41-44. doi: 10.1016/j.aprim.2008.05.005
12. Gilligan, C. (2016). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
13. Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
14. González, C. (2017). Bioética narrativa. *Revista Conamed*, 22(4), 191-194. Consultado 10 enero 2023 desde <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6436679>
15. Herreros, B. (Director). (2021). *Kayros. Una historia de la bioética – Documental de Benjamín Herreros [Documental]*. España: Instituto de Ética clínica Francisco Vallés, Fundació Grífols y Sociedad Española de Medicina Interna.
16. RAE (2023). *Diccionario de la lengua española*. Consultado 6 enero 2023 desde <https://dle.rae.es/asistir>
17. Riera, L., y Torrell, G. (2020). Vulnerabilidad, cuidados y atención primaria: Cronicidad en tiempos de pandemia. *Bioètica i debat*, 26(88), 3-9. Consultado 6 enero 2023 desde <https://shorturl.at/qBKTZ>
18. Robles, L. (2005). Comunicarse con el enfermo: La asignatura pendiente. *Revista médica*, 10-16.
19. Rojas, L. (2019, marzo 25). V. Completa. La familia es la mejor escuela para aprender a manejar las emociones [Vídeo]. Consultado 10 enero 2023 desde <https://www.youtube.com/watch?v=CNHirXru2Tw>
20. Román, B. (2016). *Ética de los servicios sociales*. Barcelona: Herder Editorial.
21. Seguró, M. (2022). *Vulnerabilidad*. Barcelona: Herder Editorial.

Caso Clínico Comentado

Introducción

Existen genes de alta penetrancia que explican la existencia de síndromes hereditarios de cáncer. En este grupo, se han descrito unos 200 genes cuya alteración puede explicar alrededor del 5-10% de casos de cáncer. La mayoría tienen un patrón de herencia autosómica dominante y están causados por mutaciones que producen una disfunción de genes supresores de tumores. Al tener la gran mayoría un patrón de herencia dominante es muy importante estudiar las familias y la descendencia porque hay un 50% de posibilidades de que sea portador de esta mutación y los individuos portadores, tienen una mayor probabilidad de desarrollar algún tipo de cáncer a lo largo de su vida (1).

Entre estos, el más estudiado es el Síndrome de Cáncer Hereditario de Mama y de Ovario (SCHMO) producido por mutaciones en los genes BRCA1/2, responsables del 30-50% de los casos de Cáncer de Mama (CM), Cáncer de Ovario (CO) y Cáncer de Mama/Ovario (CM/CO) hereditarios (2). Mutaciones en BRCA1/2 también incrementan la susceptibilidad de los cánceres de páncreas, próstata y melanoma, aunque en menor proporción.

El primer informe convincente de la vinculación del CM a un cromosoma, el 17q21, fue publicado en 1990. En 1994 se determinó el gen causal BRCA1; el mismo grupo identificó en 1995 el BRCA2. El BRCA1 está ubicado en el brazo largo del cromosoma 17 y BRCA2 en el brazo largo del cromosoma 13. Se conoce que ambos genes juegan un papel importante en la integridad del genoma y en el mantenimiento de su estabilidad, controlando el ensamblaje y actividad de complejos de macroproteínas nucleares que monitorean la duplicación, el mantenimiento y la segregación cromosómica durante las divisiones celulares. Además, tienen un papel importante en prevenir alteraciones cromosómicas reparando rupturas de doble cadena en el ADN durante su replicación. Las mutaciones en la secuencia de los genes BRCA1/2 pueden conllevar cambios estructurales y funcionales en la proteína que tienen implicaciones dependiendo el dominio que se vea afectado y las proteínas que interactúan con él, lo que posteriormente conduce a la inestabilidad cromosómica y oncogénesis. En la vía de reparación del ADN participan también otros genes que están asociados a un alto riesgo de CM y CO (TP53, PTEN, CDH1, PALB2) y a un moderado riesgo de CM y CO (CHEK2 patogénicas, ATM, BRIP1, MSH6, RAD51C, RAD51D, BARD1 y NBN). Para algunos de estos genes, el riesgo es controvertido llevando a generar complicaciones en cuanto a la consejería genética y a la toma de decisiones terapéuticas frente a su hallazgo (3-5).

Los estudios en familias españolas muestran en forma global, la identificación de variantes patogénicas (VP) en línea germinal en BRCA1/2 en un 20-25% de ellas. Los porcentajes más altos corresponden a familias con 3 o más casos de CM y CO y son menores en familias sólo con CM (10-15%) o mujeres jóvenes con CM sin antecedentes familiares (<5%). La presencia de CO es un indicador de mayor probabilidad de alteración en BRCA1 (6).

Fortuny y col. (2009), en el primer estudio multicéntrico español sobre el tema, reportaron la opinión sobre la toma de decisiones reproductivas entre individuos sometidos a pruebas genéticas BRCA1/2. Concluyeron que un resultado positivo podría influir en las decisiones reproductivas, así como en la solicitud del diagnóstico prenatal (PND, prenatal diagnosis) y diagnóstico genético preimplantacional (PGD, preimplantation genetic diagnosis), considerándose ético su ofrecimiento a pacientes BRCA1/2 positivos (7).

El proceso de toma de decisiones reproductivas en cáncer hereditario es complicado emocionalmente y estresante. Los sentimientos de incertidumbre y culpabilidad son frecuentes y las parejas destacan la utilidad del apoyo psicosocial durante la consejería genética. Las posibles opciones son: tener un embarazo natural sin

estudio genético, PND, PGD, donación de gametos y adopción. Durante la toma de decisiones las parejas consideran sus valores personales y las ventajas y desventajas de las distintas opciones, que pueden ser físicas, psicológicas, sociales, éticas y prácticas. Es importante tener en cuenta que tanto la información como las emociones son importantes en la toma de decisiones reproductivas. Por ello, la consulta de consejería genética debe tratar de empoderar a la pareja para que tome una decisión informada (8).

Diferenciar entre genes que conllevan herencia de una enfermedad grave o riesgo (probabilidad) de padecer una enfermedad en el futuro origina un problema ético tanto para el PND, PGD, como para la decisión reproductiva. Es un tema que requiere ser deliberado.

Descripción de los hechos

Paciente femenina de 35 años, administrativa, portadora de una variante patogénica BRCA2 conocida desde hace 6 años que fue identificada por sus antecedentes familiares. Su madre falleció por CO a edad temprana para este tipo de tumor (50 años), al igual que su abuela. Carece de antecedentes personales patológicos y obstétricos de importancia.

Acude, embarazada de 15 semanas (primigesta), con su pareja, solicitando información sobre la posibilidad de realizar diagnóstico prenatal y posteriormente interrupción de embarazo, en caso de que el feto fuese portador de la VP familiar BRCA2. Anteriormente han acudido a la Unidad de Reproducción de un hospital público donde no les han dado la posibilidad de diagnóstico y tratamiento, y a una Clínica Privada donde les han dicho que enviarán su petición a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (CNRHA) para ver si es aceptable su solicitud.

Ahora la pareja ha acudido a nuestro hospital, entre cuyos miembros tienen dudas y diferencias de opinión, tanto sobre la interpretación de la ley como éticas, por lo que solicitan asesoramiento al Comité de Ética Asistencial (CEA). Adjuntan los artículos 15 y 16 de la Ley Orgánica 2/2010 y su modificación Ley 1/2023 con relación a la interrupción por causas médicas entre la semana 14 y 22 de embarazo; antes de la semana 14 cualquier mayor de 16 años puede decidir interrumpir el embarazo sin dar explicación alguna (9,10).

Comentario

Aclaración de los hechos

Una vez presentado el caso por la persona representante de los responsables de tomar la decisión, se recogen las interrogantes de los participantes del CEA. Gracia (2004) señaló que: “el procedimiento de análisis parte del estudio minucioso de los hechos clínicos, ya que cuanto más claros estén éstos mayor será la precisión con la que podrán identificarse los problemas de valor. Una buena historia clínica es siempre la base de una buena sesión clínica, también de ética” (11).

Los participantes deben preguntar todas aquellas dudas de hecho que tengan al presentador. El objetivo de esto es disminuir tanto como sea posible la incertidumbre sobre los hechos relativos al caso y tener de él la idea más clara posible. Es importante no perder de vista que toda la incertidumbre que no seamos capaces de eliminar aquí nos acompañará en todos los posteriores momentos del análisis, y que cualquier error en los hechos vicará de raíz el análisis ético ulterior (12).

Se mencionó la angustia de la pareja ante la falta de respuesta a su solicitud hasta el momento y que, a pesar de conocerse ella desde hace 6 años el estado de portadora de la VP BRCA2, el estado de gravidez generó al igual que en su pareja una gran incertidumbre.

Por otro lado, desde el CEA se plantearon las siguientes interrogantes: ¿cuál es la cartera de servicios de una Unidad de Reproducción Humana Asistida? y ¿qué respuesta recibió la Clínica Privada de la CNRHA en relación con la autorización del diagnóstico prenatal para BRCA2 y posterior interrupción del embarazo, así como su justificación? Para estas preguntas no se obtuvo contestación.

Identificación de problemas éticos

El análisis ético comienza identificando todos los problemas éticos que sean posibles. Gracia (2016) considera problema ético “todo lo que alguien cree que es un problema ético, porque al menos es problema ético para esa persona, y con eso es suficiente”. La identificación de problemas debe hacerse entre todos los participantes del CEA. Es conveniente que no intervenga en este proceso la persona que ha presentado el caso. “Los problemas éticos son concretos y se denominan del modo más conciso y preciso posible. El paso desde la concreción a la abstracción o generalización es posterior. La experiencia demuestra que en cualquier caso clínico suelen encontrarse no menos de siete problemas” (12).

Los problemas éticos identificados por los participantes del CEA fueron (iniciando con el verbo “debería”):

- ¿Debería realizarse el PND y en caso de que el embrión o el feto fuese portador de la VP BRCA2 podría realizarse la interrupción del embarazo (semana 15 o posteriores)?
- ¿Debería existir pleno respeto a la autonomía reproductiva de la madre?
- ¿Debería haber recibido la información pertinente por su gineco-obstetra?
- ¿Debería haber sido derivada a consejería genética en su primera consulta?
- ¿Debería haber recibido apoyo psicológico desde el inicio de este proceso?
- ¿Debería fomentarse este tipo de estudios sabiendo que, en un futuro no muy lejano, se pudieran incrementar los casos de interrupción de embarazos?
- ¿Debería privarse a la pareja de la información que solicita?
- ¿Debería ser un estigma para el asesor genético o la pareja que lo demanda?
- ¿Debería evaluarse la competencia de la pareja, especialmente de la madre?
- ¿Debería informarse de los resultados a los familiares o personas allegadas?

Problema ético principal

El problema que debe deliberarse es el que tenga la persona que consideremos como el asunto principal de consulta, elegido por el presentador del caso. “A partir de este momento se analiza sólo ese problema, de modo que no se discutirá sobre los demás más que en el caso de que estén relacionados con el problema objeto de estudio” (12).

El expositor del caso señaló como problema ético principal: **¿Debería respetarse la solicitud de la paciente y su pareja realizarse la PND que solicitan y en caso de que el feto fuese portador de la VP BRCA2 debería realizarse la interrupción del embarazo?**

- El hecho de presentar una predisposición o riesgo de desarrollar un CM o CO en la edad adulta por una VP BRCA1/2, ¿es uno de los supuestos que la Ley contempla? Se están interrumpiendo embarazos por presentar la expresión genética que condiciona un alto riesgo de desarrollar enfermedad de Huntington, y los miembros del Hospital que hacen la consulta se plantean si se puede considerar el caso que se presenta como una anomalía fetal, que es el término que utiliza la ley; no tienen dudas sobre la pertinencia de que sean los padres los que decidan una vez que estén bien informados.

- Si no se considera uno de los supuestos para poder interrumpir el embarazo, ¿procedería hacer un PND con el consiguiente riesgo (13), para no tomar una decisión de suspender el embarazo ante el resultado? Con otras patologías lo han hecho, por preservar el derecho a saber, tomar conciencia y organizarse tras el nacimiento, aunque la pareja tenga claro que no va a interrumpir el embarazo, si legalmente no puede. En este contexto, también podría realizarse el PND y dar libertad a la pareja de explorar otras opciones, cómo que busquen otro país donde sea legal, o que se alegue, si existe, afectación mental grave de la madre.

- Dar malas noticias, según la teoría de Kúbler-Ross, tras ingente práctica profesional fundamentalmente oncológica, conlleva tras las fases de choque, negación, depresión, ira, negociación a la baja, una final de aceptación, por lo que es posible el cambio de actitud, si existe el tiempo suficiente y el apoyo emocional adecuado.

Valores en conflicto

Aquí se retiró el expositor del caso y los miembros del CEA continuaron la deliberación. “Es en este punto donde vamos desde la concreción a la generalidad. Ello se hace identificando los valores morales en conflicto. Es evidente que, si hay un conflicto moral, si se trata de un problema moral, es porque hay un conflicto de obligaciones o deberes, es decir, de valores que uno se cree obligado a respetar. Es importante que en este momento del análisis se realice el debate de qué valores están en conflicto. Se coloca el problema en el centro, y después se señala con unas flechas a ambos lados del problema los valores que pugnan por realizarse y que son incompatibles entre sí” (12). El valor de la autonomía (solicitud de la madre) frente al valor de la vida (del feto) (Figura 1).

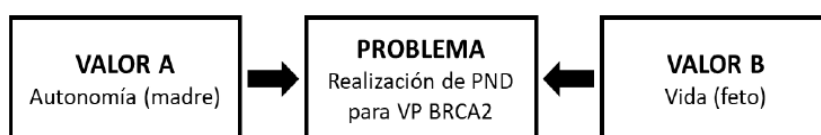


Figura 1. Identificación de los valores en conflicto (modificado de Diego Gracia)

Cursos de acción

“Se inicia con los “cursos extremos” porque son los más fáciles de ver. La mente humana los ve muy rápidamente y son sencillos de identificar si se conocen cuáles son los valores en conflicto. Un curso extremo consiste siempre en la opción por el “Valor A” en prejuicio completo del “Valor B” y el otro el contrario” (12). Son Cursos extremos: la realización del PND para VP BRCA2 en riesgo de la Vida del feto, por un lado, y la no realización del PND para VP BARC2 en respeto de la Vida del feto por el otro (Figura 2).

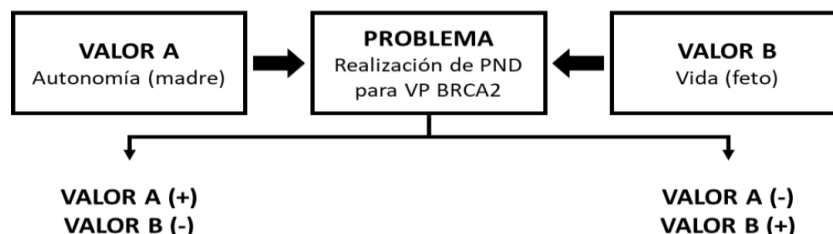


Figura 2. Cursos de acción extremos (modificado de Diego Gracia)

La deliberación no exige sólo poseer ciertos «conocimientos» específicos, sino también de gozar de bastantes «habilidades» prácticas y, sobre todo, contar con algunas «actitudes» básicas del carácter. Los conocimientos se adquieren mediante el estudio, las habilidades a través de la repetición, y las actitudes básicas

y los rasgos de carácter, en muy buena medida, por imitación de los rasgos que, la mayoría de las veces de modo inconsciente, vemos en las figuras paradigmáticas y los modelos (14). Antes de proseguir e identificar los cursos intermedios, es importante tener estos conocimientos, habilidades y actitudes básicas.

Existe la posibilidad de realizar PND para evaluar el riesgo de CM y CO de forma temprana en familias con mutaciones BRCA1/2 ya identificadas por medio amniocentesis (a partir de la semana 16) o muestras de las vellosidades coriónicas (11+0 y 13+6 semanas) (3,13). Por otro lado, en una revisión sistemática, Laot y col. (2022) señalaron la información sobre el PGD debe entregarse con cuidado, ya que puede aumentar tensiones a nivel personal y ético y se debe disponer de apoyo psicológico para los pacientes, además que no existen directrices internacionales que orienten a los médicos a sugerir sistemáticamente el PGD en contextos de VP de BRCA (15).

- En una comunicación del III Congreso Interdisciplinar de Genética Humana celebrado en Valencia en el año 2021, se presentó un caso clínico de interrupción de embarazo por PND de BRCA1 por biopsia de vellosidades coriales en un embarazo <14 semanas. Los autores concluyeron que el estudio prenatal de genes promotores de riesgo de enfermedad es un problema ético abierto. Se debe favorecer socialmente un proceso de discusión aplicando los principios bioéticos (16).

- La Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (ASRM, American Society for Reproductive Medicine) (2018), señaló que el uso de PGT-M (preimplantation genetic testing for monogenic disorders) para VP BCRA es controvertido ya que estas variantes son de penetración incompleta y su presencia no garantiza la aparición de la enfermedad. Argumentos en contra apuntan a que su uso sistemático pudiera enviar un mensaje negativo sobre el valor de las personas que viven con la enfermedad, incluidos aquellos que tienen la VP BRCA y que aún no han desarrollado el SCHMO; también al alto costo y la probabilidad de riesgo en los procedimientos de selección de embriones y fecundación in vitro. Sin embargo, la ARMS expresó que su uso es éticamente aceptable como una cuestión de libertad reproductiva (17).

- Vuković y col. (2021), en una revisión sistemática sobre pruebas genéticas preimplantacionales (PGT, preimplantation genetic testing) para portadores de BRCA1/2, señalaron que estas tecnologías han evolucionado siendo posible la detección de VP BRCA. Sin embargo, es un tema controvertido y poco debatido que requiere definir mejor las normas éticas para su uso (18).

- Según las estimaciones de penetrancia, el riesgo de CM a los 80 años es del 72% y 69% y de CO del 44% y 17% para las portadoras de BRCA1 y BRCA2, respectivamente. Para CO el riesgo relativo presenta un riesgo superior antes de los 50 años que empieza a incrementarse a partir de los 40 años para BRCA1 y a partir de los 50 años para BRCA2 mantenido hasta la séptima década para ambos genes (5).

- Derks-Smeets y col. (2014) expresaron que la toma de decisiones reproductivas en relación con el PGD y el PND es un proceso muy complejo y estresante para las parejas con SHMOC donde, la percepción de la gravedad y la moral fueron los factores que influyeron en su elección. Así mismo, señalaron que para algunas parejas el impacto emocional es sustancial y duradero, por lo que se requiere un asesoramiento reproductivo con profesionales altamente capacitados, capaces de guiar a las parejas en un desafiante proceso de reconciliación con una amplia variedad de consideraciones morales y emociones sobre sus deseos reproductivos y, de forma complementaria, para la toma de decisiones en busca del bienestar emocional (19).

- Las mutaciones BRCA analizadas por PGD produce controversias importantes porque, por un lado, las mutaciones no son letales y no garantizan el desarrollo de un cáncer y, por otro, el hecho de descartar embriones que por lo demás son normales puede no ser aceptable desde un punto de vista emocional, religioso y ético. Por esto, no hay consenso sobre si se debe realizar PGD en mujeres portadoras. Las que deciden hacerlo deben recibir la consejería psicosocial adecuada (20).

- Lombardi y col. (2022), en una revisión sistemática, señalaron en líneas generales que la presencia de una VP BRCA impactó en planificación familiar e intenciones de fertilidad, pero de forma multifacética y no homogénea. Se expresó dificultad, miedo y preocupación en la toma de estas decisiones; otras pacientes se sintieron

presionadas para acelerar su proyecto reproductivo para luego someterse a una cirugía preventiva y no esperar a tener el riesgo de mayor edad o realizar tratamientos con efectos sobre la fertilidad (22).

- La Atención Primaria es un punto clave en cualquier cuestión de salud pública, y no lo es menos en la identificación y el asesoramiento inicial cuando se sospecha una susceptibilidad hereditaria al cáncer (22). Cuatro sociedades científicas: la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la Asociación Española de Genética Humana (AEGH), la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), propusieron el año 2022 unas recomendaciones para que el Médico de Familia y el Pediatra de Atención Primaria conocieran cuándo, cómo y dónde derivar a sus pacientes con patología hereditaria y/o genética a los servicios de genética clínica (23).

- Para la SEOM (2019), el Consejo Genético en Cáncer Hereditario es un proceso asistencial que está enmarcado en el permanente progreso científico, con diferentes modelos de asesoramiento, destacando “la comunicación” como herramienta principal (22). Simultáneamente, involucra aspectos ético-legales (24) y la valoración del impacto psicológico en los pacientes (8).

Cursos intermedios

Esta es una labor complicada, que requiere tiempo. El debate colectivo (CEA) es muy útil para encontrar cursos ingeniosos. Hay cursos que están más cerca de respetar el “Valor A” y de lesionar el “Valor B”, y otros a los que les sucederá lo contrario. Eso hace que los cursos puedan ir situándose en ramas sucesivas, más cerca de un extremo o de otro. Un factor muy importante a la hora de identificar cursos intermedios es el tiempo; generalmente se tiende a pensar que la solución hay que tomarla ya. El tiempo permite reflexionar a las personas y a madurar las propias opiniones. Se considera que un árbol de cursos de acción no está bien analizado cuando se identifican menos de cinco cursos de acción distintos (12) (Curso 1 y 5: Cursos extremos, Curso 2, 3 y 4: Cursos intermedios) (Figura 3).



Figura 3. Cursos de acción intermedios (modificado de Diego Gracia)

- Curso 2: Recomendar el contacto con la Comisión Nacional de Reproducción Asistida, a fin de aclarar su competencia en materia de PND para el contexto BRCA1/2.

- Curso 3: Recomendar el establecimiento de contactos para asesoría y formación con las sociedades médicas u organizaciones certificadas en las áreas de genética y diagnóstico prenatal del país. Entre ellas se encuentran: Asociación Española de Genética Humana (AEGH) (<https://aegh.org/>); Asociación Española de Diagnóstico Prenatal (AEDP) (<https://aedprenatal.com/>); Sociedad Española de Asesoramiento Genético (SEAGen) (<https://seagen.org/>); Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (<https://seom.org/>). En todos los niveles de consultoría se debería contar con información para ayudar o derivar correctamente a los pacientes que soliciten información reproductiva.

- Curso 4: Recomendar la Consejería Genética para la pareja. Se les debe dar información de calidad (basada en la evidencia científica y jurídica), individualizada, con un proceso de comunicación efectiva y apoyo psico-emocional para ayudarlos en la toma de decisiones óptimas y obtención del consentimiento informado.

Elección del/los cursos óptimo/s

1. Posibilidades actuales de realizar lo que la pareja solicita: se recomienda a los que hicieron la consulta el Curso 4.

- Según la evidencia médica, el uso de la información genética para la reproducción ya no se limita al PND del primer trimestre de embarazo y la interrupción del embarazo, sino que también existe la posibilidad PGD y selección embrionaria.

- En este caso, tratamos con preembriones, embriones o fetos sanos que, si tienen las VP BRCA2 que predisponen al cáncer, no conllevan directamente enfermedad, sino incremento (probabilidad) del riesgo de padecerlo en la edad adulta. La selección y descarte de los mismos es muy cuestionable pero posible. Nosotros, actualmente no lo recomendamos.

- Los profesionales que realizan la Consejería Genética afrontan los cuestionamientos éticos y legales planteados por las y los pacientes con VP BRCA2; su calificación es óptima para este proceso asistencial y la ayuda en la toma de sus decisiones reproductivas.

2. Para los miembros del Hospital que han hecho la consulta se recomienda el Curso 3.

- La solicitud señala la necesidad de mejora formativa en el contexto de las decisiones reproductivas de pacientes con VP BRCA1/2.

- Los CEA, según González-Bermejo y col. (2020) tiene como función “asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen durante la práctica clínica asistencial” (25). Se han planteado las orientaciones institucionales para la mejora en el conocimiento sobre el diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento y problemas éticos identificados para esta consulta.

Prueba de legalidad

Gracia (2016) expresó “Hasta aquí el análisis que se ha realizado es estrictamente ético, hasta el punto de que no se ha tenido en cuenta la normativa jurídica. Esto es importante que sea así, pues en caso contrario el debate se juridifica, perdiéndose lo más específico de la deliberación moral. Pero una vez finalizado el proceso de análisis ético, es preciso preguntarse por la legalidad de la decisión que se quiere tomar. Hay veces que es posible tomar una decisión moral que sea ilegal, pero lo normal es que eso sólo ocurra en casos excepcionales, e incluso entonces es conveniente hacer explícito el contenido de la norma jurídica, ya que su no cumplimiento puede acarrear sanciones y penas” (12).

El curso de acción recomendado (Curso 4) es legal. La Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (LIB) (26), no contiene una regulación específica sobre las implicaciones particulares de los análisis genéticos preconceptivos, como procedimiento para tomar decisiones relativas a la reproducción. El artículo 3 contiene las definiciones de algunos conceptos de importancia (incluida la definición de Consejo Genético). En cuanto al PGD y PND, el artículo 48.4. de la LIB dispone que “La realización de análisis genéticos sobre preembriones in vivo y sobre embriones y fetos en el útero requerirá el consentimiento escrito de la mujer gestante”. Por lo que se refiere al PND, de preembrión o feto en el útero, sólo podrán llevarse a cabo intervenciones “cuando tengan un propósito diagnóstico o terapéutico en su propio interés, sin perjuicio de lo previsto legalmente sobre la interrupción voluntaria del embarazo” (artículo 30 de la LIB). La propia Ley de Reproducción Asistida (14/2006) (27) prevé como uno de sus objetivos el empleo de estas técnicas para la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético (artículo 1.1b). Estas indicaciones están recogidas también en la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre (que también incluyen las definiciones de Consejo Genético y análisis genético para el PND), señalando que “se realizan en caso de fetos con alto riesgo de sufrir una determinada enfermedad o trastorno genético relacionado con su salud: anomalía cromosómica o molecular,

cuando el feto tiene alto riesgo de padecer una enfermedad o trastorno genético grave..., y que debe contribuir al manejo clínico de la gestación o del recién nacido o a la toma de decisiones reproductivas” (24, 28).

La paciente está cursando la semana 15 de gestación. Estando fuera del rango de tiempo estipulado en el artículo 14 (Interrupción del embarazo a petición de la mujer) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo (9); el artículo 15 (Interrupción por causas médicas) expresa “excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes: a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada... o exista riesgo de graves anomalías en el feto... o cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida... o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico”. Como señala la evidencia, el ser portador de la VP BARC2 no implica una anomalía o riesgo grave que sea incurable o incompatible con la vida del feto.

Prueba de publicidad

Gracia (2016) señaló “Esta segunda prueba es complementaria de la anterior. En general, no nos atrevemos a hacer públicas las decisiones que son ilegales. Pero puede suceder que tampoco queramos que salgan a la luz decisiones que, incluso siendo legales, consideramos poco morales. Es importante preguntarse si uno estaría dispuesto a defender la decisión que piensa tomar públicamente, ya que cada vez es más frecuente que esto suceda, bien porque el caso llega a los tribunales, o porque alguien, incluso el propio interesado, lo hace público” (12).

El curso de acción recomendado (Curso 4) puede hacerse público y defenderse ante un público especializado sin temor alguno.

Prueba de tiempo

Gracia (2016) indicó “Esta prueba es complementaria de las dos anteriores. En ella el elemento fundamental es el tiempo. No es fiable una decisión que no resiste el paso del tiempo. Cuando eso sucede, es que estamos muy dominados por las emociones o por nuestro propio inconsciente. En esos casos es importante dejar que pase un poco de tiempo antes de elevar la decisión a definitiva. En momentos de gran turbación no es prudente tomar decisiones importantes, sobre todo si pueden esperar algún tiempo más” (12).

El curso de acción recomendado (Curso 4) volvería a tomarse pasado un tiempo y con las mismas condiciones de conocimientos y evidencias clínicas que en las actuales.

La lógica de la investigación científica está cambiando; exige cada vez más regulaciones y una ética de la responsabilidad; las decisiones médicas, cómo la mayoría de las decisiones humanas, se realizan en condiciones de incertidumbre. Nos encontramos en una transición de cara a evitar enfermedades o alteraciones del concepto de salud que hasta hace pocos años eran atribuidas al azar; desde un punto de vista de justicia social se podría interpretar como una injusticia que un individuo futuro que padeciera un tumor no se hubiera prevenido por ausencia de información o acceso a un asesoramiento genético por parte de sus progenitores. Lo que hay detrás de esta idea es que según aumentemos nuestras capacidades de actuación en materia genética para prevenir o tratar enfermedades, el territorio de lo que es natural se irá desplazando a lo que es social y este ámbito, que irá surgiendo, será colonizado por las ideas de justicia. Lo que ahora se está deliberando desde una perspectiva moral es la eliminación de preembriones, embriones o fetos portadores de mutaciones que pueden o no llevar a desarrollar un cáncer en edad adulta con posibilidades de curación (29).

Decisión final

Como conclusión de la deliberación el CEA recomienda:

- No admitir el curso de acción extremo (Curso 1) que ha motivado la consulta.
- Derivar prioritariamente a la pareja a Consultoría Genética ofreciéndoles apoyo psicoemocional (Curso 4)
- Gestionar las acciones necesarias para la mejora formativa en el contexto de las decisiones reproductivas de pacientes con VP BRCA1/2 en el área de influencia del sistema sanitario (Curso 3).

Conflicto de interés y aspectos éticos

Los autores refieren no tener conflicto de interés con patrocinadores u organizaciones gubernamentales o no gubernamentales. Aunque se trata de un caso real, se ha protegido la identidad de las instituciones. La pertinencia de la deliberación es académica y reflexiva para las instituciones y los profesionales sanitarios.

Agradecimientos

A todos los participantes de las tres deliberaciones con idénticos resultados a que ha dado lugar el caso clínico consultado y especialmente al Profesor Diego Gracia Guillén por su coordinación y consejos recibidos en los Seminarios de Actualización en Bioética correspondientes (19ª edición). Madrid, 2023.

A los miembros del CEA de la OSI Bilbao-Basurto por la autorización que han dado para publicar este caso cuyos datos han sido previamente anonimizados

Autores: Germán Rojas Loyola (1). Daniel Solano López (2)

(1) Especialista en Pediatría y Puericultura. Magister Scientiarum en Bioética. Doctorando en Ciencias de la Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). Miembro Titular de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP). Miembro de Número del Centro Nacional de Bioética - Venezuela (CENABI).
ORCID: 0000-0003-2681-7871

(2) Especialista en Medicina Interna, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Miembro Numerario de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC), Miembro Numerario de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Bibliografía

1. Ruiz M. Bases genéticas del cáncer y principales síndromes de predisposición hereditario al cáncer [internet]. NPunto. 2022 [citado 15 enero de 2024]; V(56):112-143. Disponible en: <https://n9.cl/iyqmo>
2. Martín C, Suárez L, Sembaj A, Gómez F, Zunino S, Montes C et al. Características clínicas de pacientes con cáncer de mama y/o cáncer de ovario con mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 en Córdoba, Argentina. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2022; 79(3):228-234. doi: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n3.34533>
3. Orozco-Hernández J, Marín-Medina D, Martínez-Muñoz M, Martínez J. Genes de predisposición al cáncer de mama. Salud Uninorte. 2018; 34(3):766-783. doi: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.34.3.616.99>

4. Lerda D, Labrador J, Illescas E. La utilidad del análisis BRCA 1 y 2. *Oncología clínica*. 2020; 25(1):15-20. doi: <https://doi.org/10.56969/oc.v25i1.27>
5. Ramón y Cajal T, Llorca G. Aspectos clínicos de predisposición hereditaria al cáncer de mama y al cáncer de ovario. En: *Sociedad Española de Oncología Médica [internet]. Cáncer Hereditario*. 3ra ed. España: GoNext Producciones S.L. 2019 [citado 15 enero 2024]. p. 156-188. Disponible en: <https://n9.cl/0b5p6>
6. Díez O. Aspectos moleculares de predisposición hereditaria al cáncer de mama y al cáncer de ovario. En: *Sociedad Española de Oncología Médica [internet]. Cáncer Hereditario*. 3ra ed. España: GoNext Producciones S.L. 2019 [citado 15 enero 2024]. p. 136-154. Disponible en: <https://n9.cl/0b5p6>
7. Fortuny D, Balmaña J, Graña B, Torres A, Ramón y Cajal T, Darder E et al. Opinion about reproductive decision making among individuals undergoing BRCA1/2 genetic testing in a multicentre Spanish cohort. *Human reproduction*. 2009; 24(4):1000-1006. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/den471>
8. Esteban I, Lopez A, Balmaña J. Impacto psicológico del asesoramiento genético en cáncer. En: *Sociedad Española de Oncología Médica [internet]. Cáncer Hereditario*. 3ra ed. España: GoNext Producciones S.L. 2019 [citado 15 enero 2024]. p. 136-154. Disponible en: <https://n9.cl/0b5p6>
9. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 55, de 4 de marzo de 2010. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2>
10. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 51, de 1 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1>
11. Gracia D. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. En: Gracia D y Júdez J. *Ética en la práctica clínica [internet]*. 1ra ed. Madrid: Triacastella; 2004 [citado 16 enero de 2023]. p. 21-41. Disponible en: <https://n9.cl/hzsku8>
12. Gracia D. ¿Cómo proceder? El problema del método. En: Gracia D, Feito L, Moratalla T, Sánchez M, Martínez J. *Ética y Ciudadanía 1. Construyendo la ética*. [Ebook]. 1ra ed. Madrid: PPC; 2016. [Acceso 16 de enero de 2024]. Disponible en: <https://n9.cl/oe634>
13. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Técnicas invasivas en diagnóstico prenatal 2022 [internet]. *Prog Obstet Ginecol 2023* [citado 16 enero de 2023]; 66:77-115. Disponible en: <https://n9.cl/k1p9v>
14. Gracia D. Pedagogía deliberativa. En: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. *La bioética y el arte de elegir [internet]*. 2da ed. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2014 [citado 17 de enero de 2024]. p. 165-185. Disponible en: <https://n9.cl/iaqag>
15. Laot L, Sonigo C, Nobre J, Benachi A, Dervin T, El Moujahed L et al. Should Preimplantation Genetic Testing (PGT) Systematically Be Proposed to BRCA Pathogenic Variant Carriers?. *Cancers*. 2022; 14(23):1-13. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers14235769>
16. Álvarez S, Barreiro J, Ontañón M, Jiménez P, Zapico A, Sánchez-Nieves D. Realización de pruebas prenatales para detección de gen BRCA y sus dilemas. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Comunicación oral presentada en: III Congreso Interdisciplinar de Genética Humana; 3-5 de noviembre de 2021; Valencia. Disponible en: <https://n9.cl/fwsqa>
17. Vuković P, Peccatori F, Massarotti C, Selvi M, Beketić-Orešković L, Lambertini M. Preimplantation genetic testing for carriers of BRCA1/2 pathogenic variants. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2021; 157:1-19. doi: <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2020.103201>

18. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Use of preimplantation genetic testing for monogenic defects (PGT-M) for adult-onset conditions: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*. 2018; 109(6):989-992. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.04.003>
19. Derks-Smeets I, Gietel-Habets J, Tibben A, Tjan-Heijnen V, Meijer-Hoogeveen M, Geraedts J et al. Decision-making on preimplantation genetic diagnosis and prenatal diagnosis: a challenge for couples with hereditary breast and ovarian cancer. *Human Reproduction*. 2014; 29(5):1103-1112. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/deu034>
20. Peralta O, Rodríguez T, Camis A. Aspectos reproductivos en mujeres portadoras de mutaciones genéticas BRCA. *Rev Med Clin Condes*. 2017; 28(4):632-643. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.06.009>
21. Lombardi L, Trumello C, Stuppia L, Antonucci I, Brandão T, Babore A. BRCA1/2 pathogenetic variant carriers and reproductive decisions: Gender differences and factors associated with the choice of preimplantation genetic diagnosis (PGD) and prenatal diagnosis (PND). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2022; 39:1433-1443. doi: <https://doi.org/10.1007/s10815-022-02523-y>
22. Robles L, Lastra E. El consejo genético como proceso y la comunicación. En: Sociedad Española de Oncología Médica [internet]. *Cáncer Hereditario*. 3ra ed. España: GoNext Producciones S.L. 2019 [citado 15 enero 2024]. p. 80-98. Disponible en: <https://n9.cl/0b5p6>
23. Ejarque I, Marín P, García-Miñaur S, Chirivella I, Martínez M, García A. Criterios de derivación a genética clínica desde Atención Primaria. Documento de consenso. *Atención Primaria*. 2022; 54(12):1-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102501>
24. Nicolás P. Aspectos éticos y legales. En: Sociedad Española de Oncología Médica [internet]. *Cáncer Hereditario*. 3ra ed. España: GoNext Producciones S.L. 2019 [citado 15 enero 2024]. p. 100-115. Disponible en: <https://n9.cl/0b5p6>
25. González-Bermejo D, Solano MD, Polache J, Mulet A, Barreda D, Soler-Company E. Los Comités de Ética Asistencial y los Comités de Ética de la Investigación en España: organización, regulación y funciones. *Rev. OFIL-ILAPHAR* [internet]. 2020 [citado 15 enero 2024]; 30(3):206-211. Disponible en: <https://n9.cl/1745bu>
26. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. *Boletín Oficial del Estado*, 159, de 4 de julio de 2007. <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/07/03/14>
27. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. *Boletín Oficial del Estado*, 126, de 28 de mayo de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/05/26/14/con>
28. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 6 de noviembre de 2014. <https://www.boe.es/eli/es/o/2014/10/31/ssi2065>
29. Brunet J y Nicolás P. Cuestiones de bioética en relación a la libertad reproductiva y utilización de la información genética. *Cáncer Hereditario II Edición*. SEOM. Madrid, 2010; p. 313-317.

Cajón de bioética y más

Pedro Almodóvar en perspectiva bioética

Pedro Almodóvar es uno de los grandes directores de cine de nuestra época. Ha tenido un amplio recorrido cinematográfico, pasando de un cine directo y provocador a otro más comedido, y quizás más provocador en un sentido más profundo de la palabra. Siempre ha cuidado en sus trabajos la luz, los gestos, las palabras. Uno de los temas centrales de su filmografía es lo que podríamos llamar lo "cotidiano universal", es decir, aquellas pequeñas cosas que de alguna manera identifican lo humano. Bien podríamos decir que su cine es una cartografía de la vida humana en su cotidianidad. Sus temas merodean, no podía ser de otra forma, temas bioéticos.

De entre todos ellos me gustaría destacar uno e invitar a ver alguna de sus películas en esta clave bioética: los límites de lo humano. En muchas de sus películas es central de una forma evidente el tema de la muerte: la muerte próxima, cercana, que irrumpe, que amenaza; y no menos central es el límite que para la vida humana supone la caricia, el tacto, la piel. Límite en el tiempo, la muerte; límite en el espacio, la piel. Y entre la muerte y la piel, con la muerte y con la piel, siempre los otros, que acercan y que alejan, que cuidan y que al mismo tiempo vulneran. Y todo esto pide ser dicho, expresado, a veces con silencios, con música o simplemente con imágenes que callan, o que gritan. A tocar, a sentir, a pensar.

Todo sobre mi madre (1999) 105 min.

Manuela es una enfermera que vive sola con su hijo Esteban, a quien adora. Esteban es muy cinéfilo y le encanta ver películas en la compañía de su madre. Para el día del cumpleaños de su madre, Esteban decide invitarla a una noche de teatro viendo "Un tranvía llamado deseo". Los dos adoran la obra, y a la salida del lugar se encuentran con Huma Rojo, la actriz protagonista. Esteban no se lo piensa dos veces y corre tras ella para conseguir su autógrafo. Cruza la calle a toda velocidad y, en ese momento, un coche lo atropella.

Manuela presencia, de este modo, la muerte de su propio hijo, pérdida de la que no podrá recuperarse en toda su vida. Poco tiempo después, aún loca de dolor, Manuela viaja a Barcelona en busca del padre de su hijo, una búsqueda que no será fácil, ni tampoco carente de aún más dolores.



Hable con ella (2002). 112 min.

Benigno es un enfermero que se enamora de una bailarina a la que no conoce. Tras un accidente, ella entra en coma y acaba bajo su cuidado. Cuando una torera sufre una cogida y cae en coma, es llevada a la misma sala, y Benigno entabla amistad con su acompañante, Marcos. Dentro de la clínica, la vida de los cuatro personajes fluye en todas las direcciones, pasado, presente y futuro, arrastrando a los cuatro a un destino insospechado. (FILMAFFINITY)



La piel que habito (2011). 117 min.

Desde que su mujer sufrió quemaduras en todo el cuerpo a raíz de un accidente de coche, el doctor Robert Ledgard, eminente cirujano plástico, ha dedicado años de estudio y experimentación a la elaboración de una nueva piel con la que hubiera podido salvarla; se trata de una piel sensible a las caricias, pero que funciona como una auténtica coraza contra toda clase de agresiones, tanto externas como internas. Para poner en práctica este hallazgo revolucionario es preciso carecer de escrúpulos, y Ledgard no los tiene.

Pero, además, necesita una cobaya humana y un cómplice. Marilia, la mujer que lo cuidó desde niño, es de una fidelidad perruna: nunca le fallará. El problema será encontrar la cobaya humana. (FILMAFFINITY)

La habitación de al lado (2024). 106 min.

Ingrid y Martha fueron muy amigas en su juventud. Ambas trabajaban en la misma revista, pero Ingrid acabó convertida en novelista de autoficción y Martha en reportera de guerra. Las circunstancias de la vida las separaron y, después de muchos años sin tener contacto, vuelven a encontrarse en una situación extrema, pero extrañamente dulce. Primer largometraje rodado íntegramente en inglés de Pedro Almodóvar. (FILMAFFINITY)

Invitación a pensar desde la narración

Y a modo de invitación a pensar plantearía unos interrogantes a la hora de ver estas películas, todas o alguna de ellas. Valdrían para ver las películas, o, ahora, simplemente al recordarlas.

- ¿Cómo son los personajes contruidos? ¿Fuertes/débiles? ¿Vulnerables/vulneradores?
- ¿Cuáles con los conflictos que se abordan en la película? ¿Hay un conflicto que destaque sobre los demás? ¿Cuál sería? ¿Qué valores se enfrentan y confrontan?
- ¿Se resuelven los conflictos planteados? ¿Cómo son las decisiones que se toman? ¿Estarías de acuerdo? ¿Qué propondrías?
- Si tuvieras que elegir en estas películas (en todas o en algunas de ellas) el tema central, ¿cuál sería? Te propongo que optes entre 4: la muerte, la piel, las palabras y la mirada. ¿Habría algún tema que pudiera englobarlos? ¿otro tema central?



Tomás Domingo Moratalla

Profesor Titular de Antropología Filosófica (UNED)

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [XXII Semana de Ética y Filosofía Política](#). Congreso Internacional de la AEEFP. Universidad de Granada. 29-31 enero 2025.
- [III Congreso Internacional de Bioética](#). “Bioética y ciudadanía”. Vic, 27-28 febrero 2025.
- [13th International Conference on Ethics Education \(IAEE\)](#). “Ethics Education: An Imperative for Future Generations”. St. John’s National Academy of Health Sciences, Bangalore, 12-14 junio 2025.
- [Oxford Global Health & Bioethics International Conference 2025](#). Oxford, 8-9 julio 2025.
- [37th ESPMH Conference](#). “Bioethics and philosophy of medicine after COVID”. Manchester, UK. 13-16 agosto 2025.
- [XVII Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica](#). Teruel, 23-25 octubre 2025.
- [17th World Conference in Bioethics, Medical Ethics & Health Law](#). Ljubljana, Slovenia. 24-26 noviembre 2025.

Bibliografía y fuentes de Bioética



- Diéguez, A. *Pensar la tecnología. Una guía para comprender filosóficamente el desarrollo tecnológico actual*. Shackleton Books. 2024.
- Sols, J., de los Ríos, M.E. *Bioética de la inteligencia artificial*. San Pablo. 2024.
- Domínguez-Alcón, C., Busquets, M., Cuxart, N., Ramió, A. (coords.) *Qué políticas para qué cuidados. Ética del cuidado, justicia, retos y controversias en la acción*. Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2024.
- Daldato, L., Guirro, U. *Bioética e cuidados paliativos*. Foco. 2024.
- Chambers, T. *Redescribing bioethics. How the field constructs its argument*. Lexington Books. 2024.
- Scherz, P. *The Ethics of Precision Medicine: The Problems of Prevention in Healthcare*. University of Notre Dame Press. 2024.
- Cherry, M.J. *Bioethics after God: Morality, Culture, and Medicine*. University of Notre Dame Press. 2024.
- Cortina, A., Correa, M. (eds.) *Applied Ethics from Medicine to Humor*. Springer. 2024.
- Cortina, A. *¿Ética o ideología de la inteligencia artificial?: El eclipse de la razón comunicativa en una sociedad tecnolozada*. Paidós. 2024.
- Jamieson, D. *Ethics and the Environment: An Introduction (2ªed)*. Cambridge University Press. 2024.

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

Nº48
Diciembre 2024
Segunda época

