eidon

Sumario
junio 2025

número 63
ISSN 2174 - 8292

Editorial

El saber, ¿tiene precio? **Diego Gracia** 1-2

A Fondo

Método ético clínico de tomada de decisões em Cuidados Paliativos. Escala Bioética de Riscos (EBR). **Josimário Silva**..... 3-15

No sufrir tu ausencia. Formas de duelo perinatal con una clínica difícil. **Teresa Sánchez Sánchez**..... 16-25

Actos de agresión a los profesionales de la salud. Reflexiones sobre unos hechos reiterados. **Jesús Alberdi Sodupe, Iñigo Alberdi Páramo, Irene Rodrigo Holgado**..... 26-39

El retorno del viejo naturalismo sobre la sexualidad humana: un análisis crítico desde la bioética. **Antonio Redondo García** 40-52

En Persona

Entrevista a Eduardo Díaz-Rubio. **Carlos Pose** 53-72

Deliberando

Deliberação para final de vida em Unidade de Terapia Intensiva. Relato de Caso. **Josimário Silva, Janny Leonor Lourenço Ferreira**..... 73-78

Hemos Leído

Lluis Montoliu, *No todo vale: Qué hace un científico hablando de ética*. Pamplona, Next Door, 2024. **Diego Gracia**..... 79-81

María Eugenia Herrero Sotillo, *Vínculos perdidos: Un encuentro entre la condesa de Chinchón y una Psiquiatra de niños*, Málaga, Última Línea, 2024. **Blanca Morera** 82-83

Diego Gracia, *El animal deliberante: Teoría y práctica de la deliberación moral*, Madrid, Triacastela, 2025. **Carlos Pose**..... 84-87

EIDON, nº 63
junio 2025, 63: 1-2
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.1-2

EL SABER, ¿TIENE PRECIO?

Diego Gracia

Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud

La teoría del valor distingue, al menos desde los tiempos de Aristóteles, dos tipos, generalmente denominados “intrínsecos” e “instrumentales”. Estos últimos se llaman así porque su valía depende de algo distinto de ellos mismos. El ejemplo paradigmático es un fármaco, que no tiene valor por sí mismo sino porque cura una enfermedad o alivia un síntoma. Si no hiciera ninguna de estas dos cosas, diríamos que “no vale para nada”. Es lo contrario de lo que sucede con los valores intrínsecos, que valen por sí mismos, no por referencia a otra cosa. La belleza tiene valor por sí misma, y lo mismo le sucede a la verdad, a la justicia, etc.

El precio es la medida de los valores instrumentales, no de los intrínsecos. Del amor, de la amistad, y en general de los valores intrínsecos, decimos que “no tienen precio”. El poeta Antonio Machado escribió que “solo el necio / confunde valor y precio”.

El problema está en que los valores intrínsecos necesitan de los valores instrumentales como “soporte”. El cuadro está pintado, por ejemplo, sobre un lienzo o una tabla que actúan como soportes. Éstos tienen su precio, que no se identifica con el valor del cuadro. Nadie diría que el lienzo que soporta el cuadro de las Meninas tiene un valor inapreciable, pero sí es posible decir eso del cuadro en sí. Moraleja, por más que los valores intrínsecos no tengan precio y los instrumentales sí, resulta que los primeros necesitan de los segundos como soportes, con lo cual nunca se dan, al menos en este mundo, en estado puro.

Lo que se dice de la belleza vale para cualquier otro valor intrínseco; por ejemplo, el saber, la ciencia. Por más que el saber o el conocimiento sean valores intrínsecos, que no tienen precio, no son posibles sin el soporte de múltiples valores instrumentales que sí lo tienen. Cuesta, y mucho, la investigación científica, y también tiene precio su difusión. El precio de publicar en revistas científicas de elevado factor impacto es tan alto, que para muchos investigadores resulta en la práctica prohibitivo. Para remediar esto, en las últimas décadas han surgido las llamadas revistas científicas de acceso directo o libre (*Open Access Journals*), que no buscan hacer negocio económico, por más que necesiten compensar los gastos que genera su edición, producción, distribución, etc. El saber y la ciencia son valores intrínsecos, pero soportados por un sistema relativamente complejo que sí vale dinero. Según datos recientes, la publicación de un artículo en una revista de acceso libre, lejos de resultar gratuita, puede costar entre 1.000 y 10.000 dólares, algo prohibitivo para la economía privada de muchos autores. De ahí la importancia de las revistas que no repercuten los costes de producción y edición a los autores de los artículos. Estas son de acceso libre de coste no solo para

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
junio 2025, 63: 1-2
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.1-2

los lectores sino también para los autores. De ahí que se haya hecho necesario distinguir dos modelos o tipos de revistas de acceso directo, generalmente conocidos como *Diamond (Platinum) Open Access Model* y *Gold Open Access Model.* El primero no repercute los costes de edición y producción de los artículos a sus autores, en tanto que el segundo sí.

El saber no tiene precio, pero sí su producción, edición y difusión.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 3-15
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.3-15

A fondo

Método ético clínico de tomada de decisões em Cuidados Paliativos. Escala Bioética de Riscos (EBR)

Clinical ethical method of decision-making in palliative care. Bioethical Risk Scale

Josimário Silva

Professor de Bioética Clínica do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco

Denise Swei Lo

Doutora em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Resumo

Na prática médica, é comum surgirem conflitos morais oriundos de opiniões e percepções divergentes sobre práticas diagnóstico e terapêuticas. Essas situações tornam as tomadas de decisões mais difíceis e podem ser moralmente questionadas. Em medicina os conflitos estão essencialmente relacionados a valores. Diante disso, quando há conflitos entre esses valores, que em tese precisam ser protegidos, torna-se necessário aplicar métodos éticos que possam consubstanciar as decisões a serem tomadas. O método apresentado constitui em mais uma ferramenta ou balizador ético para ser aplicado diante de situações complexas, como por exemplo em cuidados paliativos.

Palabras clave: Escala bioética; Tomada de decisões; Bioética; Bioética clínica; Cuidados paliativos.

Abstract

In medical practice, moral conflicts frequently arise from divergent opinions and perceptions regarding diagnostic and therapeutic practices. These situations make decision-making more difficult, and that can be questioned. In medicine, conflicts essentially involve values. Given this, when conflicts between these values that, in theory, need to be protected arise, we need to apply ethical methods to substantiate the decisions. This method is a tool or ethical guide that can be used in complex situations, such as palliative care.

Keywords: Bioethical scale; Decision making; Bioethics; Clinical bioethics; Palliative care.

Introducción

A assistência em cuidados paliativos é permeada de situações éticas que impactam nas decisões a serem tomadas em função de ser um modelo de assistência que lida com pessoas acometidas com doenças ameaçadoras a continuidade da vida, em distintas fases da evolução da doença, incuráveis, que evolui causando muito sofrimento ao núcleo paciente e família. A fase mais permeada de problemas éticos, geralmente ocorre nas decisões onde a doença está avançada, com mau prognóstico e elevado sofrimento emocional. Nesse contexto da doença, frequentemente surgem cenários de ambiguidades e incertezas sobre a realização e continuidade ou não de determinadas intervenções, o que torna o contexto clínico altamente susceptível à instalação de conflitos morais.

A bioética clínica vem subsidiando a reflexão necessária para a elaboração de modelos ou estratégias éticas que possam auxiliar ao profissional nas tomadas de decisões. O modelo de análise bioética mais universalmente aplicado é o principialismo, introduzido em 1979. (Beauchamp; Childress; 2002). Estes autores lançaram os quatro princípios fundamentais que devem permear as decisões bioéticas e que têm a mesma importância hierárquica, ou seja; são prima facie.

A expressão prima facie é origem latina e significa "à primeira vista" ou "à primeira impressão". A sua origem etimológica é a junção das palavras primus, que significa "primeiro", e facies, que significa "forma exterior" ou "aparência". Este conceito foi proposto por Sir David Ross, em 1930. Ele propunha que não há, nem pode haver, regras sem exceção. O dever prima facie é uma obrigação que se deve cumprir, a menos que ela entre em conflito, numa situação particular, com um outro dever de igual ou maior porte. Um dever prima facie é obrigatório, salvo quando for sobrepujado por outras obrigações morais simultâneas. Esta proposta já havia sido utilizada pelo Tribunal Constitucional Alemão. (Goldin, 2024)

> Decidir em medicina é, muitas vezes, equilibrar valores em tensão, e não apenas aplicar regras.

O modelo principialista da bioética é composto por quatro princípios fundamentais, e eles são os balizadores éticos para as tomadas de decisões, quais são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. No entanto, estes princípios podem ser conflitantes e a aplicação prática ser limitada diante da resolução de um problema real. Aproximadamente um em cada três profissionais da área da saúde experimentam a síndrome de burnout, também conhecida como a síndrome do esgotamento profissional, em algum momento da carreira trabalhista, e as tomadas de decisões que geram conflitos morais contribuem sobremaneira para o adoecimento emocional do profissional. (De Hert, 2020).

A subjetividade na avaliação de valores em conflito, as expectativas irrealistas de pacientes e familiares, a falta de consenso da equipe assistencial em relação ao plano terapêutico e a necessidade da tomada de decisões controversas são alguns dos fatores que contribuem para o nível crescente de exaustão física, mental e emocional em profissionais da área da saúde (Khanian, 2024).

Outro modelo utilizado, é o deliberativo proposto pelo Professor Diego Gracia. No Brasil esse método vem sendo progressivamente aplicado pelos profissionais e vem ganhando espaço nas tomadas de decisões que envolve conflitos morais. Esse método

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

baseado em fatos, valores e deveres, consegue desconstruir uma lógica cartesiana e proporcionar uma análise mais ampliada do problema moral e ajuda aos profissionais a elegerem cursos intermediários importantes, o que facilita sobremaneira na resolução de conflitos, conseguindo superar a visão dilemática que coloca normalmente duas alternativas totalmente opostos, induzindo ao tomador da decisão, escolher uma alternativa como a correta e descartar a outra alternativa por entender ser errada. Mas o grande desafio é proteger todos os valores que estão em conflitos e não escolher aquele valor que melhor lhe convier. (Gracia, 2019)

No método principialista, via de regra dois valores ou princípios se opõe, e dificulta uma tomada de decisão prudente.

Casos reais com conflitos morais demandam deliberações práticas e prudentes. Os métodos ajudam na construção do pensamento na busca de promover a melhor assistência possível em consonância com os valores do paciente e demais envolvidos, e o paciente que muitas vezes fragilizado pela doença, afetado em todas as suas dimensões humanas, nem sempre consegue expressar suas vontades e nem demonstrar sua escala de valores, então cabe ao profissional ter habilidades desenvolvidas e aplicar os métodos éticos clínicos para proteger o máximo de valores ou lesar o menos possível (Gracia, 2019)

Pela pluralidade cultural, é importante utilizar os instrumentos éticos de acordo com a realidade e a habilidade do tomador de decisões. O método desenvolvido tem por objetivo orientar o profissional da saúde na tomada de decisões difíceis, podendo ser aplicado em colaboração com o método deliberativo ou até mesmo independente deste ou qualquer outro método ético de tomada de decisão. (Silva, 2024).

Vamos exemplificar com um caso clínico no contexto dos cuidados paliativos, a aplicação dos métodos principialista, da deliberação moral e a escala bioética de riscos

1. Caso Clínico: Sr. Antônio e os Dilemas Bioéticos

1.1. Histórico Clínico

Sr. Antônio, 84 anos, é um aposentado diagnosticado com doença de Alzheimer em estágio avançado. Ele mora com sua filha, Joana, de 50 anos, que deixou o emprego para se dedicar integralmente aos cuidados do pai. Antônio tem dificuldade para se comunicar verbalmente, está acamado na maior parte do tempo e depende totalmente de terceiros para as atividades diárias, incluindo alimentação, higiene e mobilidade. No atual estágio apresenta escala Palliative Performance Scale – PPS:20%

> O método deliberativo permite superar dilemas rígidos e encontrar saídas prudentes e contextualizadas.

Nos últimos meses, ele apresentou episódios de infecções urinárias recorrentes e úlceras (feridas) por pressão, apesar dos esforços de Joana para manter os cuidados domiciliares. Durante a última internação, a equipe médica discutiu a possibilidade de intervenções mais invasivas, como o uso de uma sonda vesical de longa permanência e uma gastrostomia endoscópica percutânea para alimentação, devido à disfagia severa.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

1.2. Contexto Familiar

Joana relata que seu pai ficou viúvo há 5 anos e que era muito companheiro da sua mãe. Eles frequentavam uma comunidade religiosa juntos aos domingos e esperava unir-se à esposa novamente um dia. Antes do diagnóstico, sempre dizia que não queria "ser um peso para ninguém" e que preferia uma morte natural a ser mantido vivo com "máquinas e tubos". No entanto, durante uma reunião familiar, o irmão mais velho de Joana, Carlos, que reside em outra cidade, defende a adoção de todas as medidas para prolongar a vida do pai, argumentando que "é nossa obrigação preservar a vida, independentemente das dificuldades". Joana está cansada e não sabe o que opinar.

A equipe de cuidados paliativos sugere uma abordagem paliativa, com foco no conforto do paciente e na redução de intervenções invasivas. No entanto, a decisão final causa divergências entre Joana, Carlos e os profissionais de saúde, gerando um cenário de dilemas bioéticos, dito de outra maneira, há conflitos de valores que dificultam as tomadas de decisões.

1.3. As dúvidas segundo o modelo principialista

- Autonomia prévia do paciente
    - Como considerar os desejos expressos anteriormente pelo Sr. Antônio, agora que ele não tem mais capacidade de decisão?
- Beneficência versus não maleficência
    - A colocação da sonda vesical e da gastrostomia pode reduzir complicações, mas também implica em procedimentos invasivos que podem causar desconforto. Haveria um limite clínico ainda não muito claro entre a intervenção e a não instituição de medidas?
- Decisão familiar versus decisão médica
    - Como lidar com a discordância entre os familiares e a equipe médica sobre o plano de cuidados?
- Sobrecarga da cuidadora principal
    - Deveria ser mantido o cuidado domiciliar? Seria eticamente sustentável tal decisão considerando o impacto na saúde física e emocional de Joana?
- Proporcionalidade dos tratamentos
    - A evolução clínica da doença do Sr. Antônio demonstra um prognóstico bastante limitado, interferindo na sua qualidade de vida, que vem se deteriorando física e emocionalmente. Diante desse quadro, deveria a equipe promover tratamentos com intervenções invasivas para manter ou prolongar à vida de Sr. Antônio? Estava claro para as equipes o prognóstico e a baixa qualidade de vida do Sr. Antônio?

1.4. Questões para Reflexão

- Quais métodos éticos podem ser aplicados para resolver o conflito entre os valores dos familiares e a equipe de saúde?
- Como integrar os cuidados paliativos para priorizar o conforto do paciente?

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

- Quais estratégias podem ser adotadas para garantir que os direitos do Sr. Antônio sejam respeitados, mesmo em sua incapacidade de decisão?

1.5. Usando o método deliberativo poderíamos elaborar as seguintes questões

- Quais os fatos clínicos que se apresentam? (conhecer sobre a doença, o prognóstico e as possíveis abordagens para controle de sintomas, além de saber sobre a rede de apoio familiar e quais os fatores psicossociais e espirituais envolvidos). São os fatos que apoiam os valores.
- Qual o problema moral (deliberação sobre valores). Os valores precisam ser protegidos. Aqui é onde a percepção deve ser bastante aguçada para promover a todos os valores presentes ou de uma forma negativa, lesar o mínimo possível os valores. Seja valores extrínsecos ou de referência, seja os valores intrínsecos ou valores fins.
- Quais os deveres (cursos de ação extremo, intermediários e o curso ótimo)
- E o teste de consistência (se a decisão adotada é aprovada na publicização, na temporalidade e a justiça).

2. O que é a Escala Bioética de Riscos (EBR)

Antes de falar sobre a escala bioética de riscos (EBR), é fundamental entendermos o que é risco nas tomadas de decisões em saúde. Risco é a probabilidade de um evento ocorrer, e na saúde está associado ao estabelecimento de uma cultura de segurança (OJEDA, 1982).

O risco deve ser entendido como uma elaboração teórica, que é construída, historicamente, com o objetivo de mediar a relação do homem com os perigos, visando minimizar os prejuízos e maximizar os benefícios. Assim, não é uma grandeza que está na natureza para ser medida, não é independente do observador e de seus interesses. É formulado e avaliado dentro de um contexto, tendo um caráter multifatorial e multidimensional.

A palavra Risco está ligada aos termos latinos *risicu* e *riscu*, ligados por sua vez a *resecare,* que significa 'corte'. Como uma ruptura na continuidade, como um risco que se faz numa tela em branco. (Monteiro, 1991). O risco é uma situação que conjuga diversos fatores: natureza ou tipo de perigo; acessibilidade ou via de contacto (potencial de exposição); características da população exposta; probabilidade de ocorrência; magnitude das consequências.

> A Escala Bioética de Riscos (EBR) avalia o impacto ético das decisões clínicas em cinco dimensões humanas.

Risco está presente em situações ou áreas em que existe a probabilidade, susceptibilidade, vulnerabilidade, acaso, situações que possa ocorrer algum tipo de crise, ameaça, perigo, problema ou desastre. Embora as definições e interpretações sejam numerosas e variadas, todos reconhecem no risco a incerteza ligada a um momento futuro, num tempo em que o risco se revelará. O risco é a tradução de uma ameaça, de um perigo para aquele que está sujeito a ele e o percebe como tal.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Covello e Munpower (1985) lembram que, por volta de 3.200 a.C., no vale entre os rios Tigre e Eufrates, vivia um grupo chamado *Asipu*. Uma das principais funções dos membros do grupo era auxiliar pessoas que precisavam tomar decisões difíceis. O *Asipu*, quando procurado, identificava a dimensão do problema, as alternativas e as consequências de cada alternativa.

Assim, elaborava uma tabela, marcando os pontos positivos e negativos de cada uma delas, para indicar a melhor decisão. Com as grandes navegações, no século XV, emergiu a necessidade de avaliar os prejuízos causados pelas possíveis perdas dos navios. Surge então o termo "risco", que desde a sua origem está associado à possibilidade de ocorrência de um evento indesejado. O desenvolvimento da probabilidade, em meados do século XVII, possibilitou quantificar estas possibilidades. (Covello e Munpower, 1995; Freitas e Gomez, 1997).

3. Aplicação da Escala Bioética de Risco

A Escala Bioética de Riscos (EBR), é uma metodologia ou modelo ético clínico, que tem como principal objetivo orientar o profissional nas tomadas de decisões. Ela utiliza como referências cinco dimensões humanas:

1. Física (relacionada as questões biológica e fisiológica humana)
2. Emocional (relacionada aos aspectos psicológicos do indivíduo)
3. Espiritual (relacionada as crenças religiosas de cada indivíduo)
4. Moral e social (essa dimensão dia respeito a moralidade, aos valores, a biografia e sua imagem no entorno social)
5. Patrimonial (diz respeito a questões econômicas de sobrevivência e manutenção de financeira)

Cada uma dessas dimensões é afetada quando uma pessoa é acometida por uma doença e, em especial, por doenças ameaçadoras à continuidade da vida. Enfermidades que por sua característica progressiva, debilitante, de mal prognóstico, sem possibilidade de cura e de difícil controle de sintomas em muitas ocasiões, podem cursar causando muito sofrimento ao ser humano em todas as suas dimensões.

> Toda decisão em saúde afeta o paciente física, emocional, espiritual, socialmente e economicamente.

Essas dimensões estão interligadas e podem tanto potencializar as limitações advindas do processo de adoecimento. No decorrer da história da humanidade, muitas explicações são dadas de como ocorre o processo saúde-doença; podem ser explicações mágico-religiosas, naturalística, o olhar bacteriológico ou unicausal, a explicação multicausal e a produção social da saúde e da doença (Furtado, 2019).

Por outro lado, o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas; dependerá da época, do lugar, da classe social; dependerá de valores individuais; dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (Rosen, 1994).

A EBR visa alertar ao profissional que sua decisão vai impactar diretamente na qualidade de vida e de morte do paciente. Ela deve ser aplicada em situações clínicas

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

de cuidados paliativos onde não está plenamente clara para a equipe que melhor decisão tomar.

Sempre haverá um grau de subjetividade pois a subjetividade é um componente indissolúvel nas questões de valores. Em toda decisão humana haverá sempre um grau de subjetividade pois a levamos além de nossos valores para uma tomada de decisão que envolve incertezas. (Gracia, 2019).

O método pode ser complementar a outros métodos, como o da deliberação moral (Gracia, 2003), mas também pode ser utilizado como processo decisório único. É recomendável que o profissional tenha uma boa formação e conhecimento sobre bioética clínica, isso vai facilitar muito a análise e a aplicação da escala, além de conhecer sobre os valores envolvidos para aplicar adequadamente este método.

4. O Método

Neste método, foi estabelecido escores que têm como objetivo ranquear cada uma das dimensões humanas descritas anteriormente. Dessa forma, baseada na interpretação destas dimensões, considerando a expertise clínica do tomador de decisões e status funcional do paciente, a decisão pode ser tomada de forma clara, com o mínimo possível de ambiguidade ou incerteza e de maneira prudente.

1. Nas três dimensões: Física, Psicológica e Espiritual, o escore vai de 1 a 3
2. Na dimensão Moral e Social, o escore vai de 1 a 6
3. Na dimensão Patrimonial, o escore vai de 1 a 3

Dimensão Física ou Biológica: O que normalmente leva o paciente a procurar um serviço de saúde é uma sintomatologia que afeta o indivíduo no seu corpo. A doença inicialmente afeta essa dimensão. Os riscos variam dependendo do estágio da doença, da condição física do paciente e do tempo em que foi diagnosticada. Quando a doença foi diagnosticada no início, de forma precoce e tem um bom prognóstico, o risco é baixo.

Quando já há uma evolução da doença, com tratamentos instituídos, com o paciente apresentando respostas aos tratamentos propostos, mas apresentando certas limitações funcionais, já se caracteriza um risco médio, em função da evolução de doença. Neste caso, o prognóstico é incerto.

Finalmente, um risco elevado estabelece-se quando esse paciente, já têm doença avançada, com comorbidades, altas limitações funcionais e pouca ou nenhuma resposta aos tratamentos propostos. Portanto, paciente de prognóstico ruim, podendo estar em fase de terminalidade ou falência terapêutica.

Questiona-se: Considerando os procedimentos médicos, quais as possibilidades (probabilidade) existentes que esses procedimentos possam trazer riscos (desconforto) para a dimensão física do paciente?

> *1 – Risco baixo? (exemplo; trata-se um procedimento simples sem repercussões sistêmicas – prescrição para um processo inflamatório em fase inicial*
>
> *2 – Risco moderado? (exemplo: procedimento eletivo para retirada de uma lesão com suspeita de malignidade)*

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

3 – Alto risco? (exemplo: procedimento cirúrgico de alto risco e baixa probabilidade de sucesso)

Dimensão Psicológica ou emocional: Quando nos referimos à dimensão psicológica do paciente precisamos considerar os riscos que podem advir a partir dos procedimentos médicos e o impacto na dimensão da saúde mental e emocional do paciente.

Questiona-se: Considerando o impacto emocional do diagnóstico da biópsia de uma lesão, quais os riscos de acordo com a gravidade da doença?

1 – Baixo risco? (exemplo: diagnóstico de uma lesão benigna curável)

2 – Risco moderado? (exemplo: biopsia de uma lesão com risco de malignidade)

3 – Risco elevado? (exemplo: diagnóstico de uma doença sem cura e de mal prognóstico)

Dimensão espiritual: Os aspectos que envolve a espiritualidade e ou religiosidade do ser humano tem muita relevância diante do adoecimento. Quando o indivíduo adoece, um sistema de crenças é acionado na busca do sagrado, para entender e dar sentido à própria vida, assim, a religião mesmo quando vivida de forma limitada – é um esforço humano de que a vida faça sentido, uma vez que "não é a dor que desintegra a personalidade, mas a dissolução dos esquemas de sentido" (Alves 1993)

Um escore elevado na EBR indica maior risco de dano moral, com poucos benefícios clínicos evidentes.

Questiona-se: Considerando a condição de doença e o que ela afeta no emocional do paciente, de que maneira impacta na percepção religiosa ou espiritual do paciente?

1 – Baixo risco? (exemplo: a fé do paciente está bem preservada e ele demonstra confiança no plano terapêutico; diagnóstico de uma doença com bom prognóstico);

2 – Risco moderado? (exemplo: a fé do paciente está mantida, mas ele já demostra sofrimento espiritual diante de uma doença com prognóstico incerto:

3 – Risco elevado? (exemplo: o paciente rompe com o sagrado, ele questiona sua fé e demonstra sofrimento espiritual, desacredita da orientação dos profissionais; diagnóstico de uma doença incurável, pouco tempo de vida e sofrimento existencial)

Dimensão moral e social: No que tange a dimensão social e moral, compreendemos que às interferências no âmbito da moralidade repercute nos espaços sociais, daí a fusão dessas duas dimensões para que a análise de riscos seja a mais compreensiva possível.

Questiona-se: Considerando os procedimentos médicos, quais as possibilidades existentes que esses procedimentos possam trazer riscos para as dimensões moral e social?

1 − Decisão consensual? (Há concordância na proposta terapêutica entre o paciente e ou a família e a equipe? o paciente age em sua autonomia? Essa autonomia é validada?)

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

2 – Há constrangimento ilegal? (ao usar da autoridade médica, o paciente se sente constrangido? foi repreendido? O médico foi desatencioso com as demandas do paciente? Impor ao paciente um procedimento que o mesmo recusa, ameaçando de não promover o tratamento caso ele não aceite o que está sendo imposto pelo médico)

3 – Há risco de exclusão social do paciente? (o paciente é abandonado pela rede de apoio, não recebe a devida atenção por parte dos familiares, é negligenciado, ou é discriminado por ter um diagnóstico de doença contagiosa; um paciente drogadito de difícil adesão ao tratamento.

4− Há risco de discriminação? (exemplo são pacientes testemunha de Jeová que é discriminado por recusar hemoderivados; ou qualquer outra situação que possam caracterizar discriminação na assistência médica)

5− Há risco de exposição indevida do doente? (são situações em que pode haver risco de quebra de sigilo de informações que deveriam ser mantidas em proteção e que vão expor a intimidade do paciente; riscos de exposição em redes sociais);

6 − A decisão contrariou a vontade do paciente mesmo tendo o paciente a capacidade de exercitar sua autonomia?

Dimensão patrimonial (econômico-financeira): A doença afeta de maneira direta o indivíduo e sua família, com perda de produtividade e aumento de gastos. Os recursos públicos gastos com a saúde devem ser pautados nos princípios de equidade e justiça social.

Questiona-se: Considerando os procedimentos médicos, quais as possibilidades existentes que esses procedimentos possam trazer riscos ao patrimônio econômico? Ou seja: Quais os custos?

1 − A relação custo/efetividade é benéfica? (a proposta terapêutica está plenamente indicada? Há evidência científica que comprove? O benefício ao paciente é inquestionável do ponto de vista médico?)

2 − O custo financeiro é elevado, mas se justifica? (está indicado o tratamento com boa margem de ser efetivo; outras propostas terapêuticas menos onerosas não conseguem promover uma assistência adequada ao paciente; o não uso dessa proposta trará um malefício ao paciente no controle e/ou cura do paciente?)

3 − O custo financeiro é elevado e não se justifica. (nesse cenário, a instituição ou manutenção de uma proposta terapêutica que não consegue promover um benefício ao paciente é fútil; não consegue atingir o objetivo proposto; sendo possível fazer um trial terapêutico e em posterior reavaliação se conclui que não está sendo útil ao paciente, deve-se suspender.

A próxima etapa é realizar o somatório de cenários possíveis de acordo com a cinco dimensões e estabelecer o “score” entre máximo (de 18 pontos no máximo e no mínimo 12), médio (máximo de 11 pontos e mínimo de 06) e baixo (no máximo 5 pontos).

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dimensões Humanas consideradas de acordo com a EBR

FÍSICA	EMOCIONAL	ESPIRITUAL	MORAL/SOCIAL	PATRIMONIAL
1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3-4-5-6	1-2-3

Escore considerados de acordo com a EBR

ALTO	MÉDIO	BAIXO
18		
	11	
		05

EBR entre 12 e 18 pontos: A probabilidade de ocorrer um risco à dimensão física é bastante elevada, é certo que haverá sofrimento nas esferas subjetivas e patrimonial do paciente. Os riscos são maiores sem benefício evidente.

EBR entre 06 e 11: Há probabilidade de ocorrer um dano físico considerável, com probabilidade de afetar as esferas subjetivas e patrimonial. Riscos relativamente elevados com benefícios limitados. São riscos potenciais para benefícios incertos.

EBR até 05: São situações em que as dimensões foram atingidas de forma parcial, há recursos viáveis e possibilidades clínicas consistentes que podem minimizar o dano ou promover qualidade de vida razoavelmente digna ao paciente, ou seja: na ponderação há mais muito mais benefícios que danos. Relação risco/benefício bem favorável.

5. Tomada de Decisão considerando a EBR

EBR entre 12 e 18: Manter todos os cuidados paliativos necessários ao caso, promovendo todo o acolhimento e esclarecimentos à família, intervenções pontuais para controle de sintomas. Evitar exames dolorosos e invasivos, focando essencialmente do doente, na sua biografia e nos seus valores.

EBR entre 06 e 11: Estabelecer limites de intervenção, considerando a possibilidade de interromper ou não iniciar procedimentos que demonstre futilidade fisiológica, após discussão e consenso com equipe, promovendo todo o acolhimento e esclarecimentos à família para que possa haver aceitação da proposta terapêutica;

> Em contextos de incerteza, a EBR orienta decisões prudentes, sensíveis aos valores em jogo.

EBR até 05: Empreender todos os recursos médicos necessários disponíveis para caso, ou promover condições e encaminhamentos para que o paciente seja conduzido sempre no maior benefício. Há chances reais das intervenções promoverem a melhora do paciente, dando-lhe oportunidade de retornar ao seu convívio social de maneira ativa e funcional.

Exemplo Prático

Caso clínico

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

- Dimensão Física:
- Dimensão Emocional:
- Dimensão Espiritual:
- Dimensão Moral/Social:
- Dimensão patrimonial:

Aplicação da *EBR neste caso:*

Dimensão física: Considerando os procedimentos médicos, quais as possibilidades (probabilidade) existentes que esses procedimentos possam trazer riscos (desconforto) para a dimensão física do paciente? Alto risco: realizar procedimentos invasivos no intuito de promover melhor qualidade de vida ao Sr. Antônio. A doença já está bastante avançada, há comorbidades associadas que aumentam ainda mais a fragilidade do paciente. Score 3

Dimensão emocional: Considerando o impacto emocional na família, de propostas terapêuticas que não conseguissem dar uma qualidade de vida adequada ao paciente, acrescentando intervenções cuja realização trazem desconforto, não seria justificado. O risco dessa dimensão ser afetada é elevada, sendo classificado com score 3

Dimensão espiritual: O paciente sempre demonstrou enquanto agente ativo, fé e uma religiosidade evidente. Era de sua vontade se manter vivo em condições adequadas e sem medidas obstinadas que pudessem impor a ele uma vida associada a muito sofrimento. Mesmo que nessa fase da doença não pudesse o paciente se expressar, mas já havia uma vontade prévia. Contrariar essa dimensão na condição de doença que ele se encontra, fere frontalmente sua dimensão religiosa/espiritual. Nesse sentido o score é 3.

Dimensão social/moral: O adoecer e o processo de final de vida institucionalizado, vulnera muitas vezes o paciente e a família. A auto imagem é desfigurada, a exposição do corpo do paciente é muito frequente, nem sempre os profissionais e as instituições preservam pela a intimidade do paciente, sendo ambientes de enfermarias onde naturalmente as escutas, olhares e trocas de informações são mantidas rompendo com o sigilo e a privacidade. A permanência do Sr. Antônio sem devido cuidado por parte da equipe, poderia facilmente expor essa dimensão humana. A preservação da imagem, da intimidade e sigilo, são condições imprescindível da dignidade da pessoa humana. Como a análise é estimativa, há um risco associado neste item que não pode ser desprezado. O escore pode ser poderia ser 5 ou 6 se as decisões médicas contrariassem a vontade do paciente.

Dimensão patrimonial: vários estudos demonstram que o adoecimento em situações crônicas, lavam a um elevado custo financeira por parte da família. Muitos pacientes precisam de medicamentos, alimentação especial, diversos materiais de uso pessoais e custos com procedimentos, etc. O caso demonstra que se for implementados tratamentos modificadores de doença ou procedimentos desproporcionais as necessidades clínicas do paciente, haveria futilidade, portanto, a relação custo / efetividade é bastante elevada, não havendo como eticamente ser defendida essa intervenção. Score 3

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

O escore considerados de acordo com a EBR para o Sr. Antônio seria **17**. O que significa dizer, ainda de acordo com a EBR, que deveria ser mantido todos os cuidados paliativos necessários ao caso, promovendo todo o acolhimento e esclarecimentos à família, intervenções pontuais para controle de sintomas. Evitar exames dolorosos e invasivos, focando essencialmente do doente, na sua biografia e nos seus valores.

> A boa decisão ética é aquela que respeita a história, os valores e a dignidade da pessoa doente.

Esta estrutura apresentada amplia o entendimento das várias dimensões humanas afetadas na doença. Compreender o ser humano em sua multidimensionalidade, é fundamental para a elaboração de um plano de cuidado centrado na pessoa. Ir além do modelo biomédico e inserir a multidimensionalidade humana para o processo decisório em saúde eleva o caráter moral do processo de tomada de decisões. Nosso modelo apresentado considera as cinco dimensões fundamentais do ser humano e possibilita, de maneira prática, guiar o olhar cuidadoso e objetivo para decisões prudentes frente a conflitos morais no contexto de cuidados paliativos.

6. Conclusiones

Ao longo das últimas décadas, vários estudos foram publicados para facilitar processos decisórios considerando a autonomia da participação do paciente e/ou sua família na decisão compartilhada (Elwyn et al, 2012). Recentemente, (Forte et al. 2018) publicou uma proposta de estrutura bioética para guiar a tomada de decisões em pacientes criticamente enfermos onde considera-se quatro etapas: 1. Foco exclusivo na doença (prognóstico, redução de risco absoluto/relativo e implicações do tratamento). 2. Foco na pessoa, com uso de comunicação empática para compreender seus valores. 3. Foco na contextualização das etapas anteriores para a discussão interprofissional e elaboração das melhores recomendações terapêuticas. 4. Foco na relação médico-paciente para a deliberação de decisões compartilhadas.

Elaborar uma escala de riscos bioéticos, é uma contribuição necessária para promover maior segurança emocional ao profissional diante de decisões que carregam um componente muito forte de ambiguidade e incertezas. Decisões em cuidados paliativos gera muitas vezes muito sofrimento de ordem emocional e coloca os limites éticos entre as decisões muito próximos. O paciente em cuidados paliativos exige por parte das equipes uma atenção global, sempre buscando identificar sintomas que afetam todas as suas dimensões enquanto ser multidimensional. O emprego de método ético clínico para nortear tomada de decisões é imperativo para uma boa prática clínica e promoção de uma assistência qualificada focada no melhor interesse do paciente, desde o respeito a sua biografia como também nos aspectos clínicos sempre proporcional as suas necessidades. Espera-se que essa escala possa ser usada e consiga dar ao profissional a segurança ética de está tomando a melhor decisão possível. E enfatizar a importância da formação em bioética clínica para saber gerenciar adequadamente todos os conflitos morais que surgem na prática assistencial.

Bibliografía

Alves, R. (1993). *O que é religião*. São Paulo: Brasiliense.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? *Revista Saúde e Sociedade*, *11*(1), 1–11.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.

Borrelli, I., Rossi, M. F., Melcore, G., Perrotta, A., Santoro, P. E., Gualano, M. R., et al. (2023). Workplace ethical climate and workers' burnout: A systematic review. *Clinical Neuropsychiatry*, *20*(5), 405–414.

Bomhof-Roordink, H., Gärtner, F. R., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2019). Key components of shared decision making models: A systematic review. *BMJ Open*, *9*(12), e031763.

Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultura.

Cottone, R. R., & Claus, R. E. (2000). Ethical decision-making models: A review of the literature. *Journal of Counseling & Development*, *78*(3), 275–283.

De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*, *13*, 171–183.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., et al. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, *27*(10), 1361–1367.

Forte, D. N., Kawai, F., & Cohen, C. (2018). A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. *BMC Medical Ethics*, *19*(1), 1–8.

Furtado, M. D., & Oliveira, R. G. (2019). *Saúde coletiva*. Maringá (PR): Unicesumar.

Goldin, J. R. (n.d.). https://www.ufrgs.br/bioetica/primafd.htm. Acessado em 25 de dezembro de 2024.

Gracia, D. (2003). O método de deliberação moral. In P. A. C. Fortes & E. L. C. P. Zoboli (Orgs.), *Bioética e Saúde Pública* (pp. 39–54). São Paulo: Loyola.

Gracia, D. G. (2019). *Bioética mínima*. Madrid: Triacastela.

Khanian, A., Homayuni, A., Jamshidian, Z., & Salehi, A. (2024). Investigating the correlation between organizational ethics and professional ethics with job burnout and organizational commitment: A cross-sectional study in the nursing staff. *BMC Nursing*, *23*(1), 1–9.

Ojeda, E. N. S. (1982). El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, *96*(6), 482–491.

Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública* (423 p.). São Paulo: Hucitec.

Silva, J. (2024). *Deliberação moral e tomada de decisões em bioética clínica: Casos clínicos* (2ª ed.). Editora Plenavoz.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 16-25
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.16-25

A fondo

No sufrir tu ausencia. Formas de duelo perinatal con una clínica difícil

Not Suffering Your Absence: Perinatal Mourning and the Breakdown of Meaning

Dra. Teresa Sánchez Sánchez

Profa. Titular de Psicología. UPSA

Resumen

Nuestro idioma carece de un término para expresar cómo se llaman los padres y hermanos que han perdido a una edad impropia a un hijo o hermano, concretamente al niño-púber-adolescente-joven, antes de tener acceso a su periodo de madurez y de plenitud personal. El duelo en estos casos posee unas características especiales y seca las pulsiones de vida, desata las pulsiones destructivas y fomenta los desapegos vinculares preexistentes. El duelo por la muerte de un hijo se podría describir como crónico, excesivo, incompleto, imposible, ritualizado e invasor. Un duelo patológico que detiene la vida de los deudos, la paraliza y desvertebra, que la priva de futuro y de sentido. Dos casos de duelo perinatal ilustran algunas de las peculiaridades.

Palabras clave: Hijo muerto; Reacciones; Duelo patológico; Madres; Bioética.

Abstract

The Spanish language lacks a specific term to refer to parents and siblings who have lost a child or brother at an untimely age—particularly during childhood, adolescence, or early adulthood—before reaching maturity and personal fulfillment. Mourning in such cases presents unique characteristics: it can deplete the life drive, unleash destructive impulses, and weaken pre-existing emotional bonds. The grief experienced after the death of a child is often chronic, excessive, incomplete, impossible to process, ritualized, and invasive. It becomes a pathological mourning that suspends the lives of those left behind—paralyzing, dislocating, and stripping life of its future and meaning. Two clinical cases of perinatal grief are presented to illustrate some of these complexities.

Keywords: Dead son; Reactions; Pathological mourning; Mothers in grief; Bioethics.

Introducción

El duelo por la muerte de un hijo, incluso en la fase perinatal, se podría describir como crónico, excesivo, incompleto, imposible e invasor. En suma, duelo patológico en muchos casos. Es una contingencia que detiene la vida de los deudos, la paraliza y desvertebra, la priva de futuro y de sentido. Las fases del duelo por la muerte de un hijo también quedan trastocadas en torno a las vidas no vividas (Savage, 1992), incrementándose notablemente la rebeldía, la búsqueda, la desesperanza y las cristalizaciones somáticas, así como las fantasmatizaciones alucinatorias ante la demolición psíquica que la pérdida de un hijo causa, algo para lo que casi ningún idioma posee un término, tan sólo el hebreo, que denomina *shjol* al padre que pierde un hijo, algo que impacta de forma más dramática que la orfandad (Boss, 2001).

> Que este es el dolor más grande que puede existir, tiene que ver con el hecho de que es la única pérdida que atenta contra el sentido biológico del tiempo. La muerte del hijo, en efecto, deroga las leyes de la cronología e invierte el orden de los factores naturales. El hombre maduro ve morir a su fruto; el padre y la madre se convierten en huérfanos de su propia descendencia (…) La paternidad reclama aquí unos derechos que ni los amantes, ni los esposos, ni los amigos, pueden confiar en compartir (R. Menéndez-Salmón).
>
> Es un dolor que excede todos los dolores (Eva Giberti: *Lo que no tiene nombre*)

La lucha entre lo que anhela continuar la vida y lo que yace inerte y yerto en nosotros es un fatigoso trabajo psicológico, emocional y cognitivo, revestido en muchos casos también de dimensiones espirituales y morales. Predominan el estupor causado por la incredulidad, la rebeldía contra un desenlace antinatural, la desesperación por su irreversibilidad, el deseo de morir uno mismo para extinguir una conciencia de dolor intolerable, la percepción de injusticia que no siempre encuentra un causante a quien acusar o ante quien protestar, la irrestañable sensación de fatalidad, de burla cruel del destino, de castigo incomprensible, cuyo merecimiento se trata de hallar para sosegar los interrogantes: por qué me pasa esto a mí, qué he hecho yo para ser golpeado de esta forma…

> El duelo por un hijo perinatal es vivido como crónico, imposible y patológico, paralizando la vida de los deudos y desvertebrando su sentido.

La muerte del hijo es vivida también como una *traición al mensaje de seguridad*. Si un hijo muere en el vientre, durante el nacimiento o al poco tiempo, se interrumpe la función anaclítica en la familia, deja sin destino el impulso de cuidado, e incluso –radicalmente- puede estimular el sentimiento de culpa, irracional las más de las veces, de que la muerte se ha producido precisamente por fallos o errores en la función del sustento y confort, por irresponsabilidad o insuficiente atención a los indicios de que algo fuera mal.

La muerte del hijo marca, a veces, penosamente, el inicio de la muerte del superviviente, pues los progenitores no hallan frecuentemente otro modo de «recolocar emocionalmente al hijo muerto», salvo ubicándose a ellos mismos junto a él, es decir: muriendo ellos mismos, inmolando su ilusión y su esperanza, deprimiéndose.

Me atrevo a afirmar que la universal fantasía de inmortalidad de todo ser humano dura hasta que engendra, trasladándola entonces sobre el fruto de su simiente, permitiéndose a sí mismo el derecho de morir una vez cumplido el legado de vida que ha realizado. La vida de los hijos aquilata el sentido de la propia fugacidad y nos importa

menos morir, cuando nuestro tiempo esté amortizado, porque el hijo porta la antorcha y resarce nuestra deuda con la humanidad, con la especie. El hijo que vive nos incardina en la concatenación de la historia, nos convierte en eslabón enlazado con el pasado y con la posteridad. De ahí que la fractura de la cadena del tiempo deje a los padres sin futuro. La muerte es la más radical negación del anhelo humano de fundirse con lo eterno, con lo transpersonal de la humanidad.

Los padres y, por extensión, la familia como útero social protector, cumplen la función de asegurar la supervivencia del cachorro humano y al hacerlo se humaniza y genera vínculos socializantes y emocionales complejos que se retroalimentan, pero también, a través del hijo, da sentido a la existencia en su continuidad, situándola en el tiempo y en el río de sucesiones (genéticas, vivenciales, en la intrahistoria del linaje familiar, en la victoria biológica sobre la pulsión de muerte y la entropía).

Al morir el hijo, cesan la proyección sobre el hijo concreto, pero no sobre la representación mental del hijo, mitificándolo. Ya nunca más sufrirá conflicto, queja, disgusto o frustración, ni será la causa de causar malestar o enfado en los padres. Deviene un pequeño tótem ensalzado e idealizado.

1. Características del duelo perinatal

La muerte perinatal provoca un duelo inverso: Invertido porque los papeles están invertidos y subvierten el orden natural: quien yace yerto es quien debería llorar al padre/madre. Los padres quedan destituidos de su condición por la muerte de aquel a quien dieron vida para que los enterrara un día. El duelo será una experiencia de dolor punzante o paralizante, pero a menudo causante de desorganización mental.

> La muerte del hijo invierte el orden biológico y convierte a los padres en huérfanos de su descendencia, dejando la existencia sin futuro.

En la medida que era depositario de partes de nuestras emociones y anhelos, al desaparecer, notan un encogimiento, una mutilación, una ruina del propio valor. El muerto arrastra al vivo, decía Proust, y lo convierte en una pobre cosa sin valor. Entonces entra en escena el «trabajo de lo negativo», tal como Green (1999) lo concibe, ya que se produce un repliegue autoaniquilador pues consuma el desinterés por el propio yo y el entorno más inmediato, y a veces campan a sus anchas las fantasías autodestructivas, el autosadismo que busca segar las manifestaciones de vida en derredor. En el duelo psicótico se comprueba cómo los deudos supervivientes de un hijo muerto se repliegan y concentran deliberadamente en la minuciosa y pertinaz tarea de acabar consigo mismos.

«alimentado por un sufrimiento permanente, el sujeto buscaría hacer cesar el estado de sufrimiento cesando de ser él mismo, ya que su existencia y su dolor son indisociables» (Green, 2001, p. 306).

Los supervivientes, particularmente los hermanos, crecen bajo el síndrome del ausente, del hermano muerto, a la sombra de su invasora memoria. Los muertos matan.

Un hijo que muere antes de haber comenzado a vivir interroga por la adecuada competencia del entorno en la función de cuidado y socorro. Concebido para ser cuidado, amado, protegido, ayudado a crecer, encaminado a la vida, su vulnerabilidad es el desafío que obliga a sus padres al compromiso de darse, y ésa es su tarea preferente, estableciéndose en ellos una dependencia de dar. Esta muerte es, así, la más sádica evidencia del fracaso en el cumplimiento de esa misión de amparo. Todo padre o madre queda interpelado por la confusión, el vacío y la culpa al evaluar como

función fallida o insuficiente la realizada con su hijo pues no consiguió prevenir, evitar, retrasar la muerte. Ciertamente que esta interpretación contiene tanto pensamiento mágico, delirante incluso, que cabría decir que, en alguna medida, un padre/madre superviviente de rasgos psicóticos se creerá un filicida.

Abre las puertas a un duelo imposible (Goldbeter-Merinfeld, 2003): la naturaleza de lo perdido, la forma, la desgarradura de la familia ante la nueva situación establecida por el traumatismo, pueden inducir un estado psicótico, de rebeldía profunda contra la realidad, negándose a admitirla. El prototipo de los duelos imposibles es el del duelo de un hijo (Roitman et als., 2002), aunque el duelo por el asesinato, atentado o suicidio de un ser querido no le van a la zaga en gravedad (Giberti, 1996). Es también un duelo por lo no vivido. Es determinante:

«Es una dimensión de no cumplimiento de una vida…Es un duelo por lo que no ha ocurrido; no son los recuerdos del pasado los que orientan el duelo, sino eso que la muerte convierte en definitivamente no cumplido en el muerto» (Allouch, 1995, p. 138).

El hijo muerto se inviste de las proyecciones idealizadas de los deudos, inexpugnable a la crítica, a la distancia, al desgaste del recuerdo. Embellecido y eternamente bebé, inmarcesible, inmune al deterioro físico y al emocional, perdura como un imán de la posibilidad familiar. Pero también el bebé muerto, miembro fantasmático pero apenas conocido, es el “tercero pesante” (Merinfeld, 2003) que queda para siempre en medio de la familia, triangulando la comunicación. A veces, esto desemboca en el silencio por separado de cada uno de los miembros, por su carácter innombrable.

La experiencia del duelo perinatal puede desencadenar respuestas psicóticas, con fusión simbiótica con el hijo muerto y negación de la realidad.

Bowlby (1983) etiqueta como «ubicaciones inapropiadas de la presencia del muerto» las sensaciones de que el muerto sigue presente dentro de uno mismo (dentro de la cabeza, dentro del vientre, etc); se aparece, interpela o llama al vivo (ilusión o alucinación óptica, acústica, olfativa o táctil), impone o aconseja ciertas conductas, etc.

Este otro muerto-vivo aplasta al deudo, lo inunda, parasita, absorbe, aliena. Causa un «agujero en la malla narcisista» (Rappoport, 2001). Cohabita con el superviviente en una fusión indestructible pues ha traspasado la muerte física, impidiendo el desprendimiento y prolongando el vínculo como si nunca se hubiera interrumpido. A. Green agrega que ese agujero «abriga en negativo la imagen del objeto perdido». Estas relaciones parásitas, que perpetúan la simbiosis que existía en la vida previa, bloquean el trabajo de duelo porque el superviviente se convierte en un ‘ventrílocuo’ o en un autómata del desaparecido. Cuando esto ocurre, el otro internalizado actúa como un ‘Estado dentro del Estado’. En definitiva, si el duelo no se realiza, y por consiguiente no se ‘mata al muerto’, es el muerto el que puede acabar matando al vivo: empujando al suicidio, precipitando una enfermedad somática, un deterioro en el autocuidado, etc, como formas indirectas de provocar el ‘re-encuentro’ con el otro. «Mi Objeto amado no se ha ido, pues ahora lo llevo dentro de mí y nunca podré perderlo» (Abraham, 1924, p. 333).

Duelo por muerte súbita: Se caracteriza por la sensación de irrealidad, la exacerbación del sentimiento de culpa, la necesidad de encontrar un chivo expiatorio, la extraordinaria obcecación por aclarar aspectos formales y legales (autopsias, atestados), la necesidad de confirmación externa y reiterada (se buscan testigos, últimos encuentros con otras personas, se reconstruye obsesivamente su último día u horas, se indagan sus huellas

en los circuitos de contactos, con la avidez de completar todas las lagunas que ayuden a representar lo irrepresentable. Puede decirse que el otro es alguien vivo y muerto a un tiempo, porque no parece verdad su ausencia. En cierto modo hay una negación del duelo en el duelo nostálgico.

En el duelo ritualizado: el deudo puede disponer un 'altar' con fotos, pertenencias preparadas para su bebé; hacer girar su vida en torno a fechas y marcas relacionadas con él, conduciéndose como si el otro fuera a ocupar dichas estancias: se preservan sus cosas inalterables (muñecos, juguetes, cuna, sonajeros...) El riesgo de que la vida entera se transforme en un homenaje o efeméride es muy elevado.

Maternity blues potenciado: Podemos encontrarnos ante un cuadro de mayor gravedad, o psicosis postparto, que puede cursar con hostilidad y sentimientos de desvinculación hacia el niño inexistente, presentando ideas delirantes, alucinaciones, desorganización conductual o ánimo inusualmente exaltado o disfórico. (Paricio del Castillo & Polo Usaola, 2020, p. 45).

2. Madres en duelo

No sólo la madre pierde, pero nadie pierde tanto. Hécuba, Deméter, Clitemnestra…figuras de la madre que ha nacido para el luto, que intuye con horror y sueña la muerte del hijo con angustia devoradora. Percibiremos el duelo psicótico en madres de tragedia griega. Madres que ayunan hasta extenuar su cuerpo, madres sumidas en el remordimiento, que se apartan del cumplimiento de la función materna con otros hijos, madres encerradas en el jardín secreto de su silencio para preservar del olvido al hijo muerto, que supuran melancolía por la llaga de un útero recién abierto, pero sin fruto. Madres que alteran los patrones vinculares previos con los otros hijos, que desatienden su cuidado o bien sobreprotegen en un exigente esfuerzo de controlar su destino y evitar la repetición del drama. Madres que recolocan al muerto en otros hijos sustitutos, imponiéndoles a veces el mismo nombre que portaba el difunto. Patologías maternas múltiples cuya más sádica expresión es la de tener hijos de reemplazo.

> El hijo muerto se convierte en tótem idealizado o fantasma invasor, impidiendo el trabajo de duelo y contaminando la vida familiar.

> El sufrimiento, pues, y la memoria de la intimidad del cuerpo, súbitamente presente con desgarradora exactitud, incremento de dolor para el cuerpo-memoria de las madres (…) Por eso, una madre debe su lugar preeminente junto al muerto a la prelación absoluta que le procura, de una vez por todas, el vínculo del parto. Vínculo sin mediación, exigente y doloroso (…) terriblemente dulce, terriblemente fuerte, simplemente terrible (Loraux, 2004, p. 49-51).

La psicosis puerperal, sobre todo cuando ha habido un resultado de mortalidad perinatal, manifiesta la imposibilidad de sufrir la ausencia, de aceptar el hueco y el vacío en una identidad que ha perdido por completo cualquier plasticidad adaptativa.

3. Ilustraciones clínicas

3.1. Caso 1.

H. y G. esperan su primer hijo. Tienen su habitación adecuada para recibirlo. Gracia ha realizado una óptima preparación al parto (tanto médica, como obstétrica, como psicológica). Diríase que es la primera mujer del universo que espera un hijo. Le habla, le pone música, le escribe cartas que guarda para entregárselas más tarde. Elige su nombre el mismo día que la ecografía revela que es una niña. Toma notas en su diario

en las que refleja su mundo familiar desde el día en que se confirmó el embarazo porque considera que desde el mismo momento de ser engendrada 'ella' ya es 'ella'. Gozosa, no sabe hablar de otra cosa. Parece pasmada y algo perpleja ante la maternidad como si se tratara de un acontecimiento de trascendencia planetaria. Tanto ella como su marido son personas muy altas y fuertes (no atléticos), y la niña también se desarrolla en un percentil 98-99 de crecimiento.

En el octavo mes de embarazo le sobreviene un fuerte mareo y acuden al hospital. La monitorizan y toman todas las constantes vitales. Tiene la tensión muy alta y bajo nivel de saturación de oxígeno. Tratan de estabilizarla. Está en las mejores manos, pero se le diagnostica preeclampsia, a pesar de lo que no toman la decisión de realizar una cesárea. El propósito médico es estabilizar a la madre e intentar que el embarazo llegue a término o al menos que se prolongue un par de semanas más. El feto comienza también a sufrir alteraciones inesperadas y, aunque Gracia está monitorizada en todo momento, el feto muere. Comunican la muerte a la madre y al padre y ambos se derrumban. Pese a eso, le provocan el parto con oxitocina y ella, sin colaborar en absoluto en la expulsión, hundida por la pérdida de su hija tan deseada, solo es un monigote que se mantiene en shock y estuporosa. Al final, el feto es expulsado (casi arrancado) de su vientre. Ella pide que le entreguen a la niña; la abraza, la besa, habla con ella como si estuviera viva, incluso le canta una nana.

> Los casos clínicos muestran formas extremas de elaboración del duelo, desde la simbolización mitopoética hasta la disociación suicida.

Al final, los sanitarios se llevan a la niña, certifican su defunción y la incineran. A partir de ese momento, ambos padres se sumen en una actitud letárgica. Un día, ya fuera del hospital y en posesión de las cenizas de su hija, la madre comienza a sonreír y, mirando por la ventana hacia el cielo estrellado, exclama: "L. es aquella estrella". Todos los días podré mirarla, ella nos mirará también. Siempre estaremos juntos". A partir de ahí, su actitud cambia: está contenta, vuelve a preparar su oposición interrumpida, sale, alegra su vestimenta, se cuida, pero siempre habla de la estrella: "mi hija ahora es una estrella", "mi hija se convirtió en estrella y ahora nos ilumina", "cuando hay nubes no podemos ver a nuestra hija, pero ella sí nos ve, porque ella es un ser de luz".

Su perfil de Wathsapp, de las redes sociales, etc. Hace permanente alusión a la estrella bautizada como su hija. Numerosos rituales en las visitas al cementerio: estrellas de colores, velas a cada asistente a las ceremonias con forma de estrella, poesía en la lápida alusiva a la luz de su estrella, recordatorios con poesías sobre estrellas, mapa estelar identificativo de cuál es exactamente la estrella, etc.

Dos años después se produce un nuevo embarazo: esta vez el control médico y los cuidados son aún más exhaustivos, para evitar un cuadro similar. Nace un varón: le llaman con el nombre de un arcángel porque (los arcángeles) son los únicos que viven en las estrellas, para que pueda 'visitar' a su hermana… Cuando hablan de su familia dicen que son cuatro: H. y G., la *niña* y el niño.

Posteriormente, continúan buscando incesantemente una niña y llegan a ser una familia numerosa solo de varones, mostrando en cada nacimiento la decepción de que M. no se manifieste. Lo obcecado y enloquecido del proceso lleva a la madre a embarazos de riesgo extremo, a dos partos prematuros, a la UCI por preeclampsia, etc. La negación y disociación del riesgo, incluso el peligro de que las cosas no salgan bien, las

advertencias médicas, etc, no bastan para arredrarles en su empeño de ver de nuevo a L. encarnada en otra hija.

3.2. Caso 2.

Trabajando los fines de semana en una clínica privada en las afueras de una gran ciudad con psicóticos menores de 30 años, conocí un caso que nos causó mucha zozobra:

La mujer, Lorena, había sido ingresada por recomendación de una psiquiatra que la atendió tras un descubrimiento que le preocupó. Su marido, en conversación extraconsulta con la doctora, le reveló que Lorena había confesado a un amigo común que quería ponerse en contacto con alguien que vendiera un arma en el mercado negro para matarse. Previamente, le había dicho, en un momento de insoportable conciencia dolorosa (en medio del estupor negacionista), había buscado en internet a un sicario a quien pagaría por matarla, pero había fracasado en encontrarlo o en llegar a un acuerdo fiable con nadie. Todo esto sucedió varios meses después de que, con 4 meses de vida, su bebé niña muriera en sus brazos por un encharcamiento pulmonar causado por una regurgitación de la leche. Desde el nacimiento, la niña había presentado vómitos, cólicos y opresión torácica grave tras cada ingesta, lloraba continuamente de día y de noche y apenas podían descansar o dormir. Le resultaba imposible dormir tumbada y el pediatra les había aconsejado que la niña durmiera en posición vertical recostada en el pecho del padre o la madre, por lo que pasaban las noches en una hamaca y dormitaban en ella cuando la bebé conciliaba el sueño.

> El duelo perinatal desafía tanto a la psicología como a la bioética, reclamando una atención clínica que acoja el dolor sin imponer normas.

Fueron 4 meses de sobresalto agotador y la madre había fantaseado muchas veces con el fin de esa tortura en la que se cruzó una clara psicosis posparto con una acentuación de síntomas delirantes depositados en un cuidado obsesivo, seguido de acusaciones terribles a su pareja y a sí misma por haber fumado durante la gestación o no haberla engendrado con suficiente amor. De hecho, el embarazo había sobrevenido en el momento más inoportuno, cuando ella intentaba abrirse camino laboralmente. No fue buscada en su concepción y el difícil embarazo, su reniego continuo, fue posteriormente juzgado causa de las complicaciones perinatales.

Su ideal de hija perfecta (sana y de crianza risueña) se desvaneció, arrastrando con ello su proyecto de abrir y desarrollar una empresa propia muy prometedora. Se culpaba de sentir por momentos odio hacia su hija porque con su nacimiento y su continua demanda de atención había impedido sus planes, deteriorando además la relación de pareja. Su marido intentaba apoyarla, desistiendo de su propio duelo, pero se iban convirtiendo en extraños mutuamente decepcionados por no responder a la exigencia de reconocimiento y valoración que esperaban. Su bebé murió sofocada por el cuerpo de Lorena que se venció sobre ella, aunque los pulmones y el corazón presentaron en la autopsia insuficiencias que, un análisis genético postmorten, relacionó con una mutación genética concreta. No obstante, esta revelación no tranquilizó a Lorena, quien no se perdonaba por haberse quedado dormida mientras sostenía a la niña en su silla. Se exigía ser una madre que no precisara comer, dormir ni descansar, porque solo debía ser una teta nutricia y unos brazos que acunaran. Convencida de que su fatiga causó la muerte de su hija, quiso resarcir su culpa dándose muerte.

La medicación que se le prescribió causó un cambio físico notable en ella y su marido se iba distanciando y hastiando gradualmente de ella. Lorena no pudo soportar su oscuro deseo de acabar con su pesadilla y cuando la bebé amaneció muerta, la atribuyó

a su propia fantasía tabú y estableció una relación causa-efecto mágica entre ambas. Ya no pudo volver a dormir en la cama, recreaba continuamente las canciones, las palabras, las escenas que había vivido con su hija durante esos difíciles meses y creó una atmósfera fuera de la realidad en la que mantenía a salvo la familia y la niña continuaba presente. Tiempo después, la pareja se separó, ella regresó a su vida laboral y se centró obsesivamente en un trabajo muy concienzudo. Pedro se emparejó y tuvo un hijo que con Lorena se negó a buscar o tener, espantado de sus reacciones alteradas.

No sufrió su ausencia e hizo de la muerte de su hija una pertenencia fanática, a la que se adhirió sin tregua.

4. Conclusiones

En ambos casos relatados, las hijas muertas pasaron a ser una propiedad interior. No evolucionaron desde la fase de shock y el mecanismo de escisión y negación permitió apartarse de la senda de la realidad hacia una paralela de creación delirante de un espacio en que las niñas se mantenían vivas. Fueron convertidas, desde su posición de hijas amenazantes y perseguidoras para la salud de sus madres, en figuras protectoras, totémicas. De este modo, no es preciso sufrir la ausencia, ser derrotados por la muerte, sino que los deudos sienten el poder de vencerla. La omnipotencia del deseo evolucionó de forma diferente en ambas: en Gracia hacia la hiperparentalidad de la familia numerosa, siempre buscando la niña en embarazos de algo riesgo (cuyo último resultado fue la repetición de la preeclamsia y el nacimiento prematuro de un tercer varón de 1,800 kg), y en el caso de Lorena en un intento de fusión con la hija muerta adelantando su propia muerte o, posteriormente, modulando una casa-altar habitada con recuerdos, fotos, ropita, etc, de su hija difunta. Ella en su trabajo se desempeñaba como una eficientísima profesional y a su vuelta a casa convivía con el fantasma de su hija, consagrándose como una especie de sacerdotisa a su recuerdo, quizá intentando perdonarse o convencerse de que no fue la madre egocéntrica que, por descuido, mató a su hija.

Bibliografía

Abraham, K. (1924). Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales. En *Psicoanálisis clínico* (2ª ed.). Hormé, 1980.

Adúriz, S. (2010). La sombra del objeto. La inquietante extrañeza en la melancolía. *Revista de Psicoanálisis, APM*, *59*, 59–124.

Allouch, J. (1996). *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. Eldep.

Baker, J. E. (2004). El duelo y la transformación de las relaciones de objeto. Evidencia de la persistencia de apegos internos. *Aperturas Psicoanalíticas*, *16*.

Baranger, W. (1980). El muerto-vivo: estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos. En *Problemas del campo psicoanalítico* (cap. 10). Kargieman.

Barreto, P., & Soler, M. C. (2008). *Muerte y duelo*. Síntesis.

Bezares, B., & Sanz, O. (2009). Patología puerperal. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, *32*(1), 169–175.

Bleichmar, H. (2010). Una reformulación del duelo patológico; múltiples tipos y enfoques terapéuticos. *Aperturas Psicoanalíticas*, *35*.

Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Gedisa.

Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Paidós.

Bowlby, J. (1998). *El apego*. Paidós.

Castellano-Maury, E. (2005). Del trauma al trabajo de duelo. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, *44*, 141–164.

Caviglia, G. Freud y el *trauerarbeit*. Del trabajo y la función del duelo. Centro Psicoanalítico Bahía Blanca. http://www.cpbb.org.ar

Cesio, F. (1960). El letargo. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa. *Revista Argentina de Psicoanálisis*, *XVII*(1).

Denis, P. (1973). Depresión, duelo, nostalgia. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, *47* (2001), 9–28.

Domingo Peña, C. (2022). El embarazo y sus implicaciones sobre el trauma relacional temprano de la madre. *Aperturas Psicoanalíticas*, *(70)*, e4, 1–19. https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0001187

Freud, S. (1915–1917). Duelo y melancolía. En *Obras Completas II* (1973). Madrid: Biblioteca Nueva.

García Arroyo, J. M., Domínguez López, M. L., Fernández-Argüelles, P., & García López, O. (2012). Los dos tipos de duelo tal como pueden identificarse en la clínica. *XIII Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. http://www.interpsiquis.com

Giberti, E. (1996). Lo que no tiene nombre. *Actualidad Psicológica*.

Goldbeter-Merinfeld, E. (2003). *El duelo imposible: las familias y la presencia de los ausentes*. Herder.

Green, A. (1999). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu.

Grinberg, L. (1963). Sobre dos tipos de culpa. Su relación con los aspectos normales y patológicos del duelo. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, *45* (2005), 59–72.

Lagache, D. (1938). El trabajo de duelo. En *Obras I (1932–1938)* (2ª ed.). Paidós, 1982.

López Peñalver, J. L. (1999). El objeto interno. *Revista de Psicoanálisis*, 145–147.

Loraux, N. (2004). *Madres en duelo*. Abada.

Miramón, B., & Barna, N. G. (1990). Duelo. *Revista de Psicoanálisis*, *XLVII*(5/6), 1047–1061.

Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.

Paricio del Castillo, R., & Polo Usaola, C. (2020). Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *40*(138), 33–54. https://doi.org/10.4321/S0211-573520200020003

Roitman, A., Armus, M., & Swarc, N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. *Aperturas Psicoanalíticas*, *12*.

Sánchez Sánchez, T. (s.f.). La identificación con el objeto perdido. Una explicación psicodinámica a la morbilidad en el periodo de duelo. *Intersubjetivo*, *3*(1), 43–66.

Savage, J. A. (1992). *Duelo por las vidas no vividas*. Luciérnaga.

Sopena, C. (2010). Nuevas perspectivas sobre el duelo. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, *59*, 131–138.

Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Paidós.

Ugarte, J. (2010). Discusión al Taller «Nuevas perspectivas sobre el duelo» de C. Sopena. *Revista de Psicoanálisis, APM*, *59*, 139–144.

Valcarce, M. (1999). Separarse del otro: la angustia más primitiva. *Revista de Psicoanálisis*, *29*, 91–100.

Villamarzo, P. F. (1999). Duelo y Melancolía: Una revisión histórico-crítica del trabajo freudiano de 1915. En P. F. Villamarzo, *Actualidad de Sigmund Freud. Teórica, Clínica, Técnica*. Ediciones Académicas.

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 26-39
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.26-39

A fondo

Actos de agresión a los profesionales de la salud. Reflexiones sobre unos hechos reiterados

Acts of Aggression Against Healthcare Professionals: Reflections on Recurring Events

Jesús Alberdi Sudupe

Doctor en Medicina. Psiquiatra. Doctor en Filosofía. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Iñigo Alberdi Páramo

Doctor en Medicina. Psiquiatra. Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Profesor Asociado Universidad Complutense de Madrid.

Irene Rodrigo Holgado

Psicóloga Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Resumen

Los comportamientos agresivos, tanto verbales o de acción, los *actos de agresión*, son acontecimientos que ocurren desgraciadamente con demasiada frecuencia en el ámbito del ejercicio profesional de las funciones médico-sanitarias o clínicas. ¿Cómo entenderlos y afrontarlos?

En Bioética se habla de *educación en valores*. Y entre los valores requeridos con mayor vehemencia en el caso de la violencia en el ámbito sanitario (sin que esta violencia sea un fenómeno netamente separable de la violencia en otros ámbitos socio-políticos) destacan los llamados *valores intrínsecos*, porque pueden facilitar el acceso a una vida y una convivencia más humanas entre las personas. Con la formación en valores intrínsecos o personales se pretende promocionar el desarrollo de personas que en su vida persigan objetivos, no solamente buenos, sino pretendidamente óptimos en todas sus acciones.
En nuestro caso particular, en la predisposición con la que llegan los pacientes y su comportamiento, por un lado, y en la actuación de los profesionales sanitarios, por otro.

Palabras clave: Actos médico-sanitarios; Agresión; Confianza básica; Educación en valores; Responsabilidad.

Abstract

Aggressive behaviour—whether verbal or physical—and acts of aggression are events that, unfortunately, occur all too frequently in the professional practice of medical and clinical care. How can we understand and address them?

In Bioethics, we speak of education in values. Among the values most urgently needed in response to violence in the healthcare setting—though such violence cannot be clearly separated from violence in other socio-political contexts—are the so-called intrinsic values. These values are seen as key to fostering more humane living and coexistence among people. Training in intrinsic or personal values aims to promote the development of individuals who pursue not only good, but optimally ethical objectives in all their actions.

In our particular case, the issue involves both the predisposition and behaviour with which patients arrive, on the one hand, and the actions of healthcare professionals, on the other.

Keywords: Medical-Health Acts; Aggression; Basic Trust; Education In Values; Responsibility.

Introducción

Los comportamientos agresivos, tanto verbales o de acción, los *actos de agresión*, son acontecimientos que ocurren desgraciadamente con demasiada frecuencia en el ámbito del ejercicio profesional de las funciones médico-sanitarias o clínicas.

En relación con las *agresiones* a los profesionales sanitarios, basta consultar, por ejemplo, entre otras fuentes, los datos oficiales publicados por el Ministerio de Sanidad (2024a, 2024b). Y en el caso de los profesionales médicos, los datos ofrecidos por el Observatorio Nacional del Consejo Nacional de Colegios Oficiales de Médicos (2024).

Es un tema que ha sido objeto de estudio en este mismo medio de publicación (Lobato, 2023), y en otras numerosas publicaciones de carácter sanitario (Marinas-Sanz, 2016; Serrano, M.I., Fernández M.T., Satrústegui, P.J., Urcola, F., 2019). Por citar solamente algunos ejemplos.

En lo que sigue, entendemos que las agresiones son actitudes, expresiones verbales, y comportamientos, a todos ellos llamamos *actos* (Zubiri, 1980, p. 140), *actos agresivos* o lesivos, que provocan un daño, por parte del paciente o de sus familiares y acompañantes, dirigidos hacia los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones profesionales. Son actos que cabe calificar igualmente como *actos violentos*, puesto que por *violencia* entendemos igualmente a agresión, causar un *daño*.

Hannah Arendt (2013, p. 6) definió la violencia, precisamente por sus consecuencias, por el daño que unas personas ejercen sobre otras. Pero para Arendt (2013, p. 6), los actos de agresión o violentos, además de los resultados de los daños ocasionados sobre otros o sobre sí mismos, introducen una característica en el propio modo de actuar humano, separable de las consecuencias, que es muy importante tener en cuenta: el de una gran *incertidumbre* y de *azar* por la falta de control sobre tales actos de agresión por parte del sujeto activo o agente de los mismos, y también por parte de quienes son víctimas y testigos pasivos o receptores. En tanto que el razonamiento y el diálogo pretenden dotar habitualmente de un sentido humanitario comprensible a la relación y a la comunicación interpersonal en el acto sanitario, un sentido sobre el que podemos reposar reflexivamente y en cierta forma poder ser parcialmente dueños del suceso, ese sentido es interrumpido por un inmediato paso al acto agresivo o violento, un paso que se caracteriza por la impulsividad irracional, instintiva, ciega. Son acciones que escapan en gran medida del control voluntario de la persona sobre sí misma.

Esta incertidumbre irracional y la pérdida de control voluntario son aspectos decisivos a la hora de intentar entender y prevenir las conductas agresivas, puesto que por su propia naturaleza parecen situarse más allá de la pretendida comprensión razonable que va sedimentando la *experiencia* personal en la vida (para el concepto de “experiencia”, véase, Zubiri, 1983, pp. 222 y ss.; Zubiri, 2005, pp. 145 y ss.).

Arendt estudia los comportamientos violentos sobre todo en escenarios socio-políticos. No en vano, desde Aristóteles sabemos que somos animales políticos en una buena parte de nuestra identidad como seres humanos necesariamente socializados. Y los actos agresivos surgen en todos los niveles de nuestra vida socio-política, no solo en el ámbito médico-sanitario que aquí nos ocupa. Es más, a lo mejor resulta que en buena medida, muchas veces, lo que ocurre en el ámbito médico-sanitario es que se

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

reproducen patrones de comportamiento agresivo que esas mismas personas ya vienen presentando en otros escenarios de su vida interpersonal y social.

Como señala Seoane (2008, p. 15), "En el siglo XX, en consonancia con el modelo social, político y económico imperante, la salud deviene un bien de consumo y se concibe como bienestar (…). Ejemplo de ello es la utópica definición de la Organización Mundial de la Salud del año 1946."

Y si la salud, en buena parte, es un bien o producto de consumo más entre otros muchos, queda expuesta al mismo destino que esos otros productos en el intercambio económico que rige sobre todos ellos.

La violencia en el ámbito sanitario es una expresión del malestar social, no un fenómeno aislado, y se manifiesta en comportamientos agresivos que alteran la lógica dialógica de la relación clínica.

A su vez, en ocasiones, no sólo los pacientes, sino los propios profesionales sanitarios, las instancias médico-sanitarias y sociales, y las instituciones sanitarias que albergan los actos sanitarios, pueden también intervenir en el acto sanitario en parte bajo esos mismos parámetros socio-económicos que acabamos de citar, contribuyendo ellos mismos al deficiente desarrollo de los actos de asistencia médico-sanitaria. Y esta perspectiva ha de ser también estudiada.

Las coordenadas de los actos médico-sanitarios son realmente complejas desde varios puntos de vista, tanto para los profesionales como para quienes sufren y buscan alivio.

A diferencia de la orientación socio-política de Arendt, desde un ámbito intrapsíquico, individual, Laplanche y Pontalis (1983, p.13) definen la agresividad como,

> Tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva; no hay conducta, tanto negativa (rechazo de ayuda, por ejemplo) como positiva, tanto simbólica (por ejemplo, ironía) como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión. (Laplanche y Pontalis, 1983, p. 13).

Las tendencias agresivas y hostiles hacia otras personas se dan en todos los seres humanos, y tienen una gran importancia en algunas afecciones psicopatológicas (trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos paranoides. Kernberg, O., 1992).

Pero, sin llegar a recurrir a la psicopatología, porque seguramente es un error atribuir muchas de las reacciones agresivas en el ámbito socio-sanitario a trastornos psicopatológicos, y no parece acertado hacer énfasis en los mismos para caracterizar la agresividad, como muchas veces se hace en los medios de comunicación, hay que resaltar que, en personas que no son susceptibles de un diagnóstico de trastorno psicopatológico, son frecuentes las manifestaciones agresivas o violentas.

Bleichmar (2020) propone un *modelo integrativo* que contempla todo un proceso psicológico que se desarrolla en el interior de la persona, desde procesos inconscientes de deseos frustrados y de sentimientos adversos intrapsíquicos, hasta la aparición de la agresividad como comportamiento hacia el mundo exterior. Las necesidades de estima de una persona, una autoestima necesaria para construir una identidad valiosa ante sí mismo y ante los demás que pueda permitir sobrellevar los avatares de la vida y afrontarla con cierta confianza en sí mismo y con unas expectativas de futuro, dependen

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

en gran medida de la aceptación que uno siente recibir de los demás. Esto ocurre desde las fases iniciales de la vida, desde muy temprano. Cuando las expectativas que una persona tiene respecto de la mirada que recibe de los demás no son correspondidas, surgen la frustración, la rabia y la agresividad. Sentimientos e impulsos que en algunos casos son dirigidos hacia uno mismo, ya que se derrumban las pretensiones narcisistas de esa autoestima, y entonces sobrevienen sentimientos depresivos. O en otros casos se enfocan hacia las personas externas que son quienes no cumplen como debería ser con lo que se les pide, con lo que se les exige de forma fantaseada o más o menos realista, y entonces aparece la agresión hacia esas personas (Freud, S., 1957).

A veces los actos agresivos ocurren más veladamente, y de forma *ambivalente*, como amor y odio. Esta estructura ambivalente puede estar presente en muchas relaciones personales.

Todos los autores citados mantienen la hipótesis de que las tendencias agresivas son un componente precoz, habitual en el desarrollo de la persona, tanto en su constitución individual, en su desarrollo ontogénico, como en su constitución como animal político en el ámbito interpersonal desde los vínculos maternos, familiares, y culturales.

Con esa inherente impulsividad agresiva, con la tendencia a los actos de agresión o violentos, nos encontramos, por tanto, ante una predisposición humana dispuesta con un elenco muy amplio de actitudes y conductas en las que el paciente, por muy distintos motivos, psicológicos y personales, interpersonales, familiares, culturales, socio-económicos y políticos, puede reaccionar de manera agresiva ante los profesionales sanitarios, y provocarles un daño.

Además del daño recibido, insistimos en que ese daño se acompaña del desconcierto y la dificultad de comprensión de un sentido humano, de la falta de explicaciones razonables que hagan más fácilmente asumible lo sucedido, de sentimientos de humillación, y de la vivencia de haber quedado sobrepasado por los acontecimientos.

Intentaremos situar dichos comportamientos agresivos sobre unas características básicas de las actuaciones médico-sanitarias, cuyo buen manejo y reforzamiento nos permita mantener las posibilidades de, si al menos no evitar todos los comportamientos agresivos, por lo menos entender mejor y hacer menos probable su aparición (Arendt, 2020).

Para ello, junto al punto de vista socio-político, y al intrapsíquico o individual, ya citados brevemente, nos referiremos más adelante a las aportaciones más recientes de la reflexión bioética.

Comenzaremos, en primer lugar, por pensar en las motivaciones y expectativas por las que el paciente acude a un acto médico-sanitario. Pueden ser muy variables.

Pero en su variabilidad, o de forma subyacente a esa variabilidad, destacaremos en segundo lugar, dos rasgos básicos del acto médico-sanitario que siempre están presentes en ellos, en opinión de algunos autores, y cuyo énfasis puede permitir disminuir los riesgos de comportamientos agresivos que excedan de lo razonable. Estos rasgos o caracteres pueden ser la *confianza mutua* entre los tres actores intervinientes, paciente y familiares, profesionales sanitarios, y medios sociales e institucionales (Ricoeur, 2008); y la *responsabilidad* asumida en su intervención por cada uno de ellos (Jonas, 1993).

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

En tercer lugar, mencionaremos la *educación en valores* como estrategia pedagógica que fomenta el buen desarrollo de las características citadas como actitudes humanitariamente deseables en los actos sanitarios.

De este modo, aquí trataremos sobre algunos aspectos, solo algunos, de la impulsividad agresiva que es volcada por los pacientes, sus familiares e instancias sociales, hacia los profesionales sanitarios en el ejercicio de su labor profesional.

> La agresividad es una disposición humana con múltiples raíces: psicológicas, familiares, culturales y sociales. No siempre obedece a una patología, sino a frustraciones cotidianas no elaboradas.

Somos seres humanos finitos, con capacidades limitadas, susceptibles de algunos logros, pero también abocados a numerosas frustraciones, entre ellas las que provienen de las expectativas no cumplidas sobre la salud ideal, ya que en última instancia somos seres vulnerables y mortales. La salud ideal e inmortal es una fantasía utópica, y muchas veces, contraproducente para una adaptación a las enfermedades tan comunes en nuestras vidas.

Por otra parte, la agresividad misma es un rasgo propio del carácter humano individual (Laplanche y Pontalis, 1983) y de la integración social o colectiva (Arendt, 2013, 2020), que está presente desde las primeras etapas de la vida individual e interpersonal (primero familiar, y luego socio-política). Un carácter que no puede suprimirse, sino en todo caso aprender a manejar de la mejor manera posible y menos lesiva para todos.

1. Modos de entender el malestar o motivo por el que una persona acude o es llevada a ser valorada y tratada por profesionales sanitarios. Algunas características básicas

Para establecer un marco de referencia de los actos médico-sanitarios en los que pueden surgir las conductas agresivas hacia los profesionales sanitarios, recurrimos inicialmente a la distinción que en la lengua inglesa proporcionan las palabras disease, illness y sicknes (Saborido, 2020, p.117).

En castellano, las tres pueden ser traducidas por enfermedad. Sin embargo, es obvio que en los pacientes que atendemos por enfermedad en la práctica clínica, el contenido semántico de esta palabra es muy variable.

Tanto en lo que, primero, los pacientes entienden sobre el motivo que les lleva a consulta, o sobre el motivo por el que a veces son llevadas no por propia iniciativa sino por otras personas a la solicitud de atención sanitaria.

Como, segundo, en lo que entienden otros miembros de la sociedad (sus familiares, entorno social, instituciones) que les acompañan o les llevan.

O, en tercer lugar, lo que entienden los profesionales sanitarios que les reciben y atienden.

Todos ellos participantes del mismo acto médico-sanitario que les convoca en torno a las mismas circunstancias, pero vividas y valoradas desde distintos puntos de vista.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Y estos tres actores del acto sanitario, el paciente o persona atendida y sus familiares, los elementos sociales e institucionales que albergan el ejercicio sanitario, y los profesionales sanitarios, pueden coincidir o no, o hacerlo solo parcialmente en muchas ocasiones, en el motivo que les convoca en el acto sanitario. Las discrepancias en la valoración y en las consecuencias del acto sanitario dan lugar no pocas veces a problemas entre los intervinientes.

El acto médico-sanitario involucra a tres actores: paciente, profesional e institución, cada uno con visiones propias sobre la enfermedad, lo que genera tensiones que pueden desembocar en agresión.

Disease hace referencia a la evaluación profesional sanitaria y médica, considerando al asistido como enfermo. Se trata de criterios científico-técnicos médicos, en gran medida objetivables, y con un amplio acuerdo generalmente sobre tales criterios entre los profesionales.

Sickness contempla el punto de vista de la sociedad y de las instituciones sociales sobre lo que le ocurre a la persona que acude a valoración médico-sanitaria. Las instituciones sociales más directamente implicadas son aquéllas que proporcionan y sostienen los medios y los requerimientos materiales y económicos que necesitan la atención y los tratamientos.

Illness nombra la visión particular, la vivencia, de la persona interesada en lo que le está sucediendo. Ante el dolor u otras molestias físicas, ante las limitaciones funcionales e impedimentos en el desarrollo de aspiraciones vitales, la persona se siente muchas veces enferma. En estos casos, la persona afectada puede comunicar su malestar, y solicitar ayuda voluntariamente.

Pero no son infrecuentes los casos en los que una persona no se siente enferma (*illness*), y sin embargo la valoración médico-sanitaria (*disease*) y/o la social sickness) sí lo consideran como tal. O también lo contrario, que se sienta enferma y que la sociedad y/o la valoración médico-sanitaria no lo estimen así. Ambas circunstancias son, por ejemplo, relativamente frecuentes en el ejercicio de la Psiquiatría y la Psicología Clínicas.

Señala Saborido (2020, p.118), que, en el mundo occidental, la enfermedad ha sido abordada desde el siglo XIX como un hecho sobre todo biológico (incluso si hablamos de enfermedades mentales, no por todos los profesionales en la misma medida, desde luego). Es un enfoque que podríamos llamar naturalista, cercano a la enfermedad entendida como disease. En pugna con el enfoque constructivista promovido por una idea de la enfermedad contemplada como illness y/o sickness, un enfoque constructivista que no es ajeno al desarrollo del pensamiento bioético desde la segunda mitad del siglo XX, y a la promoción de los derechos y de la autonomía de los pacientes frente a la mirada paternalista de los profesionales.

La persona accede al acto médico-sanitario por propia voluntad, influido por personas cercanas o instancias sociales. Es evidente que según la disposición con la que llega el

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

paciente al acto médico-sanitario el proceso en el que éste se desarrolla puede ser muy variable.

Si a las características complejas del primer agente, del paciente, además le añadimos las particularidades de cada uno de los otros dos actores, profesionales médico-sanitarios e instituciones sociales, que convergen en ese acto sanitario, las variables en juego aumentan de forma considerable.

Para Ricoeur (2008, p. 183) en el acto médico-sanitario o clínico tienen lugar una serie de estimaciones, y juicios sobre esas estimaciones, que pueden analizarse desde un punto de vista reflexivo y bioético en distintos niveles. Concretamente propone tres niveles de análisis.

El primero es el que llama nivel prudencial. Y Ricoeur nos recuerda que prudentia traduce al latín el griego phronesis. En este nivel nos pronunciamos o juzgamos (al juzgar, Ricoeur reconoce su referencia kantiana, así como la prudencia sugiere la inspiración aristotélica) sobre situaciones singulares, cada una de ellas irrepetible por su temporalidad, espacialidad y circunstancias interpersonales particulares. Actos médico-sanitarios concretos, en los que los profesionales sanitarios valoran y atienden al paciente apoyándose en un saber práctico, en unos conocimientos y un saber hacer, fruto del aprendizaje, del ejercicio y de la experiencia, y aplicados en ese momento del acto singular de una forma que Ricoeur (2008, p. 183) dice “más o menos intuitiva”. “Mientras que la ciencia, según Aristóteles, se ocupa de lo general, la techné se ocupa de lo particular” (Ricoeur, 2008, p. 184). Y esto es aplicable a las actuaciones médico-sanitarias ante los distintos sufrimientos humanos. Hasta el punto de que puede decir que “el sufrimiento es, con la alegría, el reducto último de la singularidad.” (Ricoeur, 2008, p. 184).

El segundo nivel es el que denomina deontológico. Este nivel sobrepasa la situación individual, concreta, de ese acto singular, y se apoya en unas normas que trascienden la relación concreta entre sanitarios y médicos con los pacientes. Normas que no son singulares de cada acto médico-sanitario, sino que son generalizables a otros actos médico-sanitarios, tal como están presentes en distintos códigos deontológicos. Estas normas tienen en cuenta la injerencia de conflictos internos e internos en la intervención médico-sanitaria singular concreta, y permiten así confrontar tales conflictos singulares con las exigencias generalizables de unas normas que tienen una naturaleza categórica.

> La confianza mutua y la responsabilidad compartida son condiciones necesarias para minimizar los conflictos en la relación clínica; su fragilidad hace más probable la irrupción de la violencia.

En un tercer nivel, el punto de vista bioético intenta legitimar reflexivamente, volviendo sobre ellos y tomando una cierta distancia, los juicios prudenciales y deontológicos que se han realizado. La reflexión bioética se pregunta si en los dos niveles anteriores se ha actuado con la debida prudencia, se han evaluado suficientemente los distintos aspectos que han podido condicionar el acto médico-sanitario, y si se han aplicado correctamente las exigencias deontológicas apropiadas para esa circunstancia.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

En este tercer nivel, el profesional reflexivo confronta sus pensamientos con las tradiciones éticas en las que se instala, con la antropología filosófica que subyace más o menos explícitamente en sus actuaciones profesionales y personales. “Es en este nivel en el que están puestas en cuestión nociones tales como salud y felicidad y en el que la reflexión toca problemas tan radicales como los de la vida y la muerte.” (Ricoeur, 2008, p. 184).
Nos interesa volver al primer nivel o prudencial. Porque para Ricoeur es precisamente en ese nivel en el que se sitúa el fundamento de la relación entre médicos y profesionales sanitarios con los pacientes en primer lugar, y con quienes les acompañan en su sufrimiento. “el deseo de ser liberado del fardo del sufrimiento, la esperanza de ser curado, constituyen la motivación más importante (…) que hace de la medicina una práctica (…) cuya institución se pierde en la noche de los tiempos.” (Ricoeur, 2008, pp. 184-185).

Y, para Ricoeur, el núcleo, el fundamento ético, de este encuentro singular entre profesionales sanitarios y médicos con el paciente en ese primer nivel es el pacto de confidencialidad entre ambos. Un pacto en el que ambas partes, en posiciones desiguales, uno que sufre, y otro que sabe del sufrimiento y que sabe cómo hacer para aliviar el sufrimiento, adquieren un compromiso. Pero que antes del compromiso, antes aún del secreto, e incluso, antes de una forma de contrato entre ambas partes, instancias que surgirán a partir del establecimiento del originario pacto de confidencialidad, éste ha de ser caracterizado previamente como pacto de cuidados basado en la confianza. La confianza es un elemento básico en el acto médico-sanitario,

> El paciente -este paciente- “trae al lenguaje” su sufrimiento pronunciándolo como lamento, el cual comporta un componente descriptico (tal síntoma…) y un componente narrativo (un individuo imbricado en tales y tales historias); a su vez, el lamento se transforma en exigencia: exigencia de…. (de curación y, quién sabe, de salud, y, por qué no, en última instancia, de inmortalidad) y exigencia a…dirigida como una apelación a tal médico. En esta exigencia se injerta la promesa de observar, una vez admitido, el protocolo de tratamiento propuesto. (Ricoeur, 2008, p. 185).

Hay una cuarta característica. A la prudencia del primer nivel, al atenimiento a las normas deontológicas del segundo nivel, y a la reflexión bioética sobre el proceso realizada por parte de los profesionales sanitarios y médicos en el tercer nivel, corresponde por parte del paciente su fidelidad a las indicaciones recibidas.

Tres niveles de actuación en los profesionales, y la fidelidad de los pacientes, sobre un pacto confidencial de cuidados basado en la confianza mutua. Sobre esta base, todas las partes intervinientes han de alcanzar una madurez ética que permita en cada uno de ellos, en sus reflexiones y actuaciones, el ejercicio de la responsabilidad (Jonas, 1995). La naturaleza individual y socio-política de las personas, a la que ya hemos hecho alguna referencia en la introducción a este trabajo, y las fragilidades de las relaciones interpersonales, en este caso entre paciente y personal sanitario, hacen pensar algo que la práctica clínica habitual confirma, y que es la gran vulnerabilidad de la confianza mutua del pacto de cuidados.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Qué decir cuando de forma fantaseada o no tanto, en ese pacto pueden depositarse anhelos de una salud inmortal, ya que la angustia vital puede impregnar las situaciones de crisis vitales (Zubiri, 1992, pp. 393-407). Ante la angustia vital, en última instancia ante la angustia frente muerte, como dice Ricoeur (2008, p. 186), "todo paciente exige demasiado (acabamos de hacer alusión al deseo de inmortalidad) pero desconfía del exceso de poder de aquel mismo en quien deposita una confianza excesiva."

Y con la exigencia desmesurada, y la desconfianza, las frustraciones que casi inevitablemente pueden originarse con tanta facilidad pueden conducir a algunas personas a expresiones de rechazo y a los actos de agresiones de distinto orden.

La vida humana es finita, y su transcurso sufre necesariamente de limitaciones. Sobre ellas, y a pesar de la angustia vital que emerge en situaciones críticas, es necesario establecer relaciones de confianza y de esperanza para contrarrestar y dar un sentido humano a la angustia. "La solución de la angustia como problema implica todos los factores que juegan en la estructura tendencial psicobiológica del hombre." (Zubiri, 1992, p. 403). Seoane (2008, p. 9) habla de la necesaria "rehabilitación de la confianza". La confianza entre las personas es una característica básica para el buen desarrollo de las relaciones interpersonales, en general, en muchos ámbitos sociales, y en particular en las relaciones médico-sanitarias con los pacientes, en las que éstos se sitúan en una posición de dependencia y de vulnerabilidad. "La revisión de las nociones de autonomía y beneficencia enlaza con la necesidad de rehabilitar la confianza en el seno de la relación clínica." Entre otros autores, Seoane remite a Pellegrino, 1993, pp. 65-78. A partir de la confianza mutua básica emergen las responsabilidades, las obligaciones, los deberes, de cada uno de los concurrentes al acto médico-sanitario.

2. Algunos modos de intentar prevenir las agresiones. Educación en valores para asumir la angustia vital y las frustraciones. Los límites de las acciones humanas

Hemos hablado de los actos médico-sanitarios como actos caracterizados en el sentido de pactos de cuidados basados en una mutua confianza. Mutua confianza en la que los agentes intervinientes aportan su responsabilidad, y los pacientes en su desigualdad, en el ejercicio de su autonomía, ofrecen fidelidad a las indicaciones que reciben del compromiso del pacto.

Las frustraciones no necesariamente ni siempre han de conducir a las verbalizaciones y conductas agresivas. El aprendizaje en el manejo de las frustraciones, con la madurez personal, con la educación en valores como parte importante de ese aprendizaje, pueden reducir la frecuencia o la intensidad, disminuir el grado de incomprensibilidad de sus consecuencias (Arendt, 2013, p. 6). Al menos esta es la hipótesis que queremos mantener.

C. Pose (2023, p.287) indica que "valores como el cuidado y el acompañamiento por ejemplo, son fundamentales en las situaciones normales de la vida, pero sobre todo en las situaciones críticas." Situaciones críticas como pueden ser, entre otras, las situaciones de sufrimiento y de enfermedad.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Estos valores, cuidado y acompañamiento, junto a otros como verdad, deber, bondad, belleza, fruición de realidad (son mencionados en el texto, Pose C., 2023), a los que el autor denomina valores espirituales, valores intrínsecos, a diferencia o en contraste con los valores técnicos o instrumentales, tienen mucho que ver con el sentido de la vida, no necesariamente en referencia a unas creencias religiosas, sino de modo más amplio, un sentido que la persona va configurando para sí misma aunque no necesariamente de modo explícito en una forma introspectiva o reflexiva.

> La educación en valores intrínsecos como la verdad, la responsabilidad o la fruición de realidad, puede contribuir a una convivencia más humana y a prevenir la violencia en el entorno sanitario.

Y estos valores intrínsecos son susceptibles de un aprendizaje. Tanto más si tenemos en cuenta que vivimos en un mundo, en una cultura, en la que han adquirido un mayor privilegio y un prestigio social los valores extrínsecos.

Es un tema que ha merecido la atención de numerosos autores (Husserl, Heidegger, Ortega y Gasset, Escuela de Fráncfort, Zubiri, Post-humanismo) (Pose 2023, p. 303). “La educación en valores espirituales, (…) tiene por objetivo contribuir a que cada individuo vaya encontrando su “identidad” en el mundo.” (Pose, 2023, p. 287).

Esta educación tiene varias vertientes o dimensiones tal como la expone el autor. Primero, hay un aprendizaje de predominio intelectual, una enseñanza en la verdad y en la autenticidad. En segundo lugar, hay una enseñanza del deber y de la bondad, un aprendizaje del ejercicio de la responsabilidad, un aprendizaje del cumplimiento del compromiso, del cumplimiento de las exigencias de fidelidad adquiridas en el pacto de confianza.

Y, en tercer lugar, está la enseñanza de lo que el autor denomina, con términos inspirados en Xavier Zubiri, el valor de la fruición o gusto de realidad. Nuestra vida se basa en un rasgo radical en el modo en que aprehendemos la realidad y estamos instalados en ella, se basa en nuestro atemperamiento o acomodación a la realidad.

En nuestros sentimientos advertimos que no tienen solamente un componente subjetivo, me siento triste o alegre, sino que por ellos estamos atemperados a la realidad, instalados en la realidad como sustantividades personales reales, y es la realidad la que nos atempera y nos hace ser (Zubiri, 1992, pp. 332-343).

En palabras de Heidegger, “Lo que designamos ontológicamente con el término “encontrarse” es ónticamente lo más conocido y lo más cotidiano: el temple, el estado de ánimo”. (Heidegger, 1984, pp. 151-157. José Gaos traduce el alemán *Befindlichkeit* por “encontrarse”; pero en otra edición del mismo texto, J.E. Rivera lo traduce como “disposición afectiva”, más próximo a la “fruición” y a los sentimientos).

Atemperamiento a la realidad puede igualmente entenderse como fruición de realidad, y tiene que ver con el vector del sentimiento o afecto en nuestro modo de estar en la realidad (Pose, 2023, p. 301). Y, para el autor, al hablar de fruición, lo más importante

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

"es no perder de vista que la elevación de los sentimientos a categoría psíquica superior determina la función del educador y de la enseñanza de la fruición." (Pose, 2023, p. 301) La fruición de realidad puede llevar a pensar en que, a pesar de los condicionantes diversos, de las limitaciones humanas, a pesar de que la agresividad es algo inherente a la naturaleza humana, "hay que creer en aquello que se hace y a que dedica uno su tiempo, hay que tener esperanza en los resultados y, sobre todo, hay que amarlo." (Gracia, 2017b, p. 1). Es lo que el autor llama la excelencia. Esta palabra traduce la areté de Aristóteles, que en latín se tradujo como virtus, virtud, la capacidad de hacer algo bien. Virtud sería equivalente a excelencia, el hacer bien, lo mejor posible, las cosas. "La ética no trata de lo bueno sino de lo óptimo. Cualquier curso de acción distinto del óptimo, es malo. (…) Todos tenemos que aspirar a la excelencia – a la virtud – en aquello que nos toque hacer o a lo que nos dediquemos." (Gracia, 2015, pp. 171-172; Gracia, 2017b, p. 2). De tal manera que la pretensión de alcanzar la excelencia es una obligación para todas las personas. Tienen que intentar elegir los mejores cursos de acción posibles, los cursos óptimos, o las decisiones óptimas.

> La ética, aunque imprescindible, no basta para resolver del todo el problema, pues la agresión revela límites antropológicos que exigen una pedagogía del cuidado, el acompañamiento y la esperanza.

Ahora bien, ni siquiera lo óptimo como vector que promueve y sustenta nuestras acciones resuelve por completo las limitaciones humanas, las insuficiencias, los errores, en definitiva, los fracasos y las frustraciones. La ética, la bioética, siguen teniendo unos límites.

Entre ellos que, el principio de justicia, para compensar las injusticias, permite otras injusticias en casos extremos, lo que lesiona el propio principio de justicia. Valga para acabar una cita de Diego Gracia (2023, p. 2), en la que sugiere una reflexión que continúa más allá de la ética:

> Es la gran paradoja de la justicia, que su propia restauración exige conculcarla de nuevo, cometiendo otra injusticia. (…) Que, siendo necesaria (la justicia), resulta, sin embargo, insuficiente. La ética se rige por principios tan clásicos como el do ut des o el suum cuique tribuere, pero se ve desbordada por fenómenos tan humanos como el amor y el perdón. Una sociedad justa, ¿es sin más una sociedad humana? La ética es, ciertamente, una dimensión imprescindible de toda vida humana. Pero no todo en esta vida se reduce a ética.

Conclusiones

Decía Walter Benjamin en 1921 que "en el umbral de nuestro tercer milenio, el tema de la violencia es prioridad especulativa para entendernos y para construir un futuro social aceptable." (Benjamin, 1995, p. 7). Y para abordar la violencia, Benjamin apelaba hace más de un siglo, justo al final de la Primera Gran Guerra Mundial, a dos perspectivas para afrontar la violencia. Hacía referencia a la teoría política (hemos mencionado a Hannah Arendt, una de sus exponentes, que vivió de forma trágica la Segunda Gran Guerra Mundial), y a la abstracción de la violencia socio-política en los procesos internos y relacionales del individuo desde el punto de vista de la psicología. Se trata de una

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

perspectiva socio-política (Arendt, 2013), y otra individual o psicológica (Freud, 1957; Laplanche y Pontalis, 1983; Kernberg, 1992,; Bleichmar, 2020).

Hemos añadido el recurso a la reflexión bioética, que comenzó a partir de la segunda mitad del siglo XX, y que no pudieron tomar en consideración ni Benjamin ni después de él Arendt.

Las conductas agresivas, violentas, que ocasionan un daño, y que irrumpen con el sinsentido que interrumpe la comunicación razonable entre las personas, pueden ser un componente inherente a la condición humana, individual y colectivamente considerada. Aún así, es necesario intentar poner límites, educar en su manejo, para minimizar todo lo posible los daños. Las agresiones a los profesionales médico-sanitarios son desgraciadamente frecuentes.

En Bioética se habla de educación en valores. Y entre los valores que pueden ser requeridos con mayor vehemencia en el caso de la violencia en el ámbito sanitario (sin que esta violencia sea un fenómeno netamente separable de la violencia en otros ámbitos socio-políticos de la vida humana) destacan los llamados valores intrínsecos, porque son los que pueden facilitar el acceso a una vida y una convivencia más humanas entre las personas. Con la formación en valores intrínsecos o personales se pretende promocionar el desarrollo de personas que en su vida persigan objetivos, no solamente buenos, sino pretendidamente óptimos en todas sus acciones. En nuestro caso particular, en la actuación de los profesionales sanitarios y de los pacientes atendidos.

Y sería deseable por supuesto una formación en valores, no solo de los profesionales sanitarios, sino de toda la población general, susceptible de acudir a la asistencia sanitaria, una formación que pudiera estar integrada en la pedagogía general.

Sin embargo, esa optimización, a pesar de sus elevadas pretensiones, sigue teniendo todavía sus límites. Probablemente porque toda antropología filosófica la ética secularizada encuentran sus limitaciones en la propia naturaleza de la condición humana. La ética es necesaria y hay que buscar su optimización, pero seguramente no lo es todo.

Bibliografía

Arendt, H. (2013). *Sobre la violencia*. Alianza Editorial.

Arendt, H. (2020). *La condición humana.* Austral.

Benjamin, W. (1995, original de 1921). *Para una crítica de la violencia*. Leviatán.

Bleichmar, H. (2020). Desde el narcisismo a la depresión vía la agresividad: un modelo transformacional que describe posibles caminos. *Aperturas psicoanalíticas,* 65, e5, pp. 1-10.

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. En *Standard Edition (Vol. XIV)*. The Hogarth Press (pp. 243-260). (Original publicado en 1917).

Gracia, D. (2004a). *Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética*. Triacastela.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Gracia, D. (2004b). *Medice, cura te ipsum*. Sobre la salud física y mental de los profesionales médicos. Real Academia Nacional de Medicina. https://www.ranm.es/sesiones-y-actos/archivosesiones/2004/275-sesion-del-dia13-de-enero-de-2004.html?start=1

Gracia, D. (2015). Valores de la profesión médica. *Educ Med. 16* (3), pp. 171-172.

Gracia, D. (2017a). *El poder de lo real. Leyendo a Zubiri*. Triacastela.

Gracia, D. (2017b). En busca de la excelencia. *EIDON*. *48*, 1-2.

Gracia, D. (2023). En los límites de la Ética. *EIDON*. *59*, 1-2.

Heidegger, M. (1984). *El ser y el tiempo*. F.C.E. Fondo de Cultura Económica.

Jonas, H. (1993). *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Herder.

Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions.* Jason Aronson.

Laplanche, J., Pontalis J.B. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. Herder.

Lobato, A.M. (2023). Las agresiones a los profesionales de la salud. Un enfoque desde la bioética. *EIDON*, *60*, 26-41.

Marinas-Sanz, R., Martínez-Jarreta, B., Casalod, Y., Bolea, M. (2016). Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la reciente modificación del Código Penal. *Med Clín (Barcelona), 147* (1), 35-42.

Ministerio de Sanidad (2024a). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 (Publicado el 5 de agosto de 2024).

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm

Ministerio de Sanidad (2024b). Grupo de trabajo de estudio y análisis de las agresiones a los profesionales del SNS.

https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/home.htm

Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2024). Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos y Médicas.

https://www.cgcom.es/observatorios/agresiones

Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C. (1993). *The Virtues in Medical Practice.* Oxford University Press.

Pose, C. (2023). Los valores espirituales y su enseñanza. En un mundo posverdadero. *Apeiron. Estudios de filosofía.* Nº 18, pp. 285-303.

Ricoeur, P. (2008). *Lo Justo2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Trotta.

Robinson, D.N. (2004). Dangeroussness. The general duty to all the world. En Radden, J. (Ed.) (2004). *The Philosophy of Psychiatry. A Companion*. (pp. 271-281). Oxford University Press.

Saborido, C. (2020). *Filosofía de la Medicina*. Tecnos.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Seoane, J.A. (2008). La relación clínica en el siglo XXI: Cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *Derecho y Salud*, *16* (1).

Serrano, M.I., Fernández, M.T., Satrústegui, P.J., Urcola, F. (2019). Agresiones a profesionales del sector sanitario en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. *93*, 1-16.

Wulff, H.R.; Pedersen, S.A.; Rosenberg, R. (2002). *Introducción a la filosofía de la medicina*. Triacastela.

Zubiri, X. (1980). *Inteligencia sentiente.* Alianza Editorial. Sociedad de Estudios y Publicaciones.

Zubiri, X. (1983). *Inteligencia y razón*. Alianza Editorial. Sociedad de Estudios y Publicaciones.

Zubiri, X. (1992). *Sobre el sentimiento y la volición.* Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri.

Zubiri, X. (2005). *El hombre: lo real y lo irreal.* Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 40-52
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.40-52

A fondo

El retorno del viejo naturalismo sobre la sexualidad humana: un análisis crítico desde la bioética

The return of old naturalism on human sexuality: a critical analysis from bioethics

Antonio Redondo García

Doctor en Filosofía y profesor de Educación Secundaria

IES Ramón y Cajal (Albacete)

Resumen

En la historia de la cultura occidental encontramos dos principales concepciones éticas sobre la sexualidad humana: la naturalista, cuyos orígenes se remontan hasta la Antigua Grecia, y la racionalista, cuyos inicios los hallamos en la Edad Moderna. El objetivo del presente artículo será examinar la primera de ellas, dilucidando qué idea defiende el naturalismo sobre la sexualidad humana. Posteriormente, acudiremos a la obra de la científica española Natalia López Moratalla y mostraremos de qué forma su trabajo supone un retorno al viejo naturalismo, sirviéndose de la biología para fundamentar sus creencias religiosas. Finalmente, concluiremos planteándonos si las posturas religiosas deben llevar siempre aparejadas tesis naturalistas.

Palabras clave: Naturalismo; Sexualidad; Reproducción; Biología; Religión.

Abstract

In the history of Western culture we find two main ethical conceptions of human sexuality: the naturalist, whose origins date back to Ancient Greece, and the rationalist, whose beginnings we find in the Modern Age. The objective of this article will be to examine the first of them, elucidating what idea naturalism defends about human sexuality. Later, we will turn to the work of the Spanish scientist Natalia López Moratalla and we will show how her work represents a return to the old naturalism, using biology to support her religious beliefs. Finally, we will conclude our article wondering whether religious positions should always be accompanied by naturalist theses.

Keywords: Naturalism; Sexuality; Reproduction; Biology; Religion.

Introducción

A lo largo de la historia de la cultura occidental han surgido diferentes concepciones éticas sobre la sexualidad humana. Siguiendo a Diego Gracia, de todas ellas dos han sido las principales: por un lado, la concepción de la ética naturalista, cuyos orígenes pueden ser retrotraídos hasta la Antigua Grecia y, por otro, la actitud de la ética racionalista, en la que se hace patente el binomio existente entre naturaleza y libertad, o dicho en otros términos, entre naturaleza y moralidad. Si en la Antigüedad naturaleza y moralidad iban de la mano, en el mundo moderno se desgajan.

Ahora bien, en las siguientes páginas centraremos especialmente nuestra atención en la primera de las mencionadas actitudes, analizando las premisas de las que parte, para después rastrear si en la actualidad podemos hablar de un retorno al viejo naturalismo desde tales presupuestos. Y es que, aunque hoy día la opinión mayoritaria en nuestras sociedades occidentales sea deslindar la sexualidad humana de la reproducción, hay también quienes actualmente defienden que, para que sea posible la generación de una nueva vida, ambos fenómenos deben ir irremediablemente aparejados, resultando su unión una condición más que necesaria.

1. La ética sexual antigua: el binomio natural-antinatural

De acuerdo con Diego Gracia, la racionalidad o concepción de la ética naturalista corresponde a las culturas antigua y medieval (cfr. Gracia, 2004: 351). En esta, a su vez, pueden contemplarse dos tradiciones, a saber, “una médica y ética, que no condena en absoluto el ejercicio sexual sino que intenta ordenarlo de acuerdo con la regla de la mesótes o justo medio, y otra ascética y teológica, que proclama la renuncia al ejercicio sexual por motivos de orden a la postre religioso” (Gracia, 2004: 351). Atendiendo a la primera de las tradiciones, esto es, a la tradición médica y ética, para los griegos lo natural está representado por el orden y lo bueno, mientras que lo antinatural está caracterizado por lo contrario. Para ellos la naturaleza se encuentra dotada de una finalidad interna o télos a donde todas las cosas naturales indefectiblemente tienden, encaminándose hacia un fin, por lo que bueno será todo aquello que favorezca su logro y malo todo lo que lo aleje de él. De ahí que, de acuerdo con la ética naturalista, se hable de actos intrínsecamente buenos o malos: si la naturaleza se dirige hacia un fin, todos aquellos actos que se encaminen a conseguirlo serán intrínsecamente buenos, puesto que respetan el orden interno de la naturaleza (cfr. Gracia, 1998: 29), mientras que todos aquellos actos que se distancien de él serán, por tal razón, intrínsecamente malos. De igual manera, todo esto puede ser aplicado a la ética sexual, ya que la sexualidad humana es también algo propiamente natural, de modo que todo aquello que separe a la sexualidad de su fin será malo y bueno todo aquello que le aproxime a él. La cuestión será ahora dirimir en qué pueda consistir ese fin al que la sexualidad debe dirigirse.

> En la concepción de la ética naturalista se contemplan dos tradiciones: una médica y ética y otra ascética y teológica.

Gracia toma a Aristóteles como el gran representante de esta corriente sirviéndose de sus argumentos, concretamente, de los expuestos en su Ética a Nicómaco. Para el estagirita cada función tiene una virtud que le es propia, por lo que aquellas funciones que son propiamente humanas, esto es, las intelectivas, tendrán, por ende, virtudes intelectivas. Estas virtudes son, claro está, racionales, a diferencia de las concupiscibles

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

e irascibles que son irracionales, puesto que las primeras proceden de las funciones vegetativas y las segundas de las sensitivas. Las virtudes concupiscibles e irascibles vendrán a llamarse virtudes éticas o morales, mientras que las intelectivas serán denominadas como dianoéticas o intelectuales: "La sexualidad es, evidentemente, una de las virtudes concupiscibles, ya que busca el placer y tiende a la evitación del dolor. Esto es natural, y en tanto que natural es bueno. Pero las virtudes éticas sólo son moralmente correctas cuando se hallan bajo el imperio de la razón. Las virtudes éticas dependen siempre de las dianoéticas. Sin ellas serían puramente irracionales, y por tanto no serían virtudes morales en el sentido estricto de la palabra. De ahí que aunque el ejercicio de la sexualidad sea una función natural del organismo, y aunque sea bueno y natural buscar el placer y evitar el dolor, esto no será humano y moral más que cuando se halle controlado por la razón, es decir, cuando no se haga de modo puramente instintivo o animal, sino humano o racional. Y ello porque, como dice Aristóteles, "la función propia del hombre es una actividad del alma según la razón". Los movimientos puramente instintivos o irracionales no son en el rigor de los términos humanos" (Gracia, 1998: 30). Aquí cabría entonces hacerse una pregunta: ¿qué criterio es el que sigue la razón para discernir entre qué placeres son lícitos y cuáles no? Para responder a esta cuestión Aristóteles utilizará su distinguido lema del justo medio, o dicho en otros términos, "todo con moderación". En ese todo vendrán también incluidas las virtudes concupiscibles, en este caso, las sexuales: "De ahí que el control racional de estas acciones reciba el nombre de sophrosỳne, temperantia o templanza. Las dos funciones concupiscibles por antonomasia, la alimenticia y la sexual, deben realizarse evitando el exceso y el defecto, es decir, moderadamente, con templanza" (Gracia, 1998: 31).

Por lo tanto, no es que la sexualidad sea intrínsecamente mala, porque esta es considerada como algo propiamente natural y lo natural viene representado por el orden y lo bueno, sino que siempre deberá practicarse con moderación, ya que tanto la abstinencia como el abuso han de ser tenidos como dos extremos, a saber, el uno por defecto y el otro por exceso. En palabras del propio Aristóteles, "la templanza y la fortaleza se destruyen por el exceso y por el defecto, y el término medio las conserva" (Aristóteles, 1949: 21). La sexualidad, en definitiva, deberá practicarse de forma moderada, evitando siempre hacer de ella un uso contranatural o antinatural, por lo que la virtud que deberá imperar sobre la sexualidad será la templanza. De acuerdo con el estagirita, la sophrosỳne o templanza tendrá por objeto aquellos placeres que proceden del cuerpo, aunque no necesariamente todos, sino solo los que tienen que ver con el tacto y con el gusto: la templanza será la encargada de encontrar en ellos el término medio. Resumiendo, la tradición médica y ética que se circunscribe dentro del naturalismo recomienda el ejercicio moderado de la sexualidad, sin existir una condena explícita de la misma. La tesis que defiende Aristóteles es que "la virtud generativa es una de las llamadas funciones o facultades concupiscibles, que sólo se convierte en vicio cuando no está controlada por la razón" (Gracia, 2004: 351).

A la tradición aristotélica le siguieron el estoicismo y el neoplatonismo, que protagonizarán un cambio de rumbo en la postura naturalista. Ambas corrientes pretenden extirpar del ser humano todo aquello que tenga que ver con la vida afectiva, tales como los sentimientos, las emociones, los placeres, etc., algo que en modo alguno puede encontrarse en el pensamiento del estagirita: "En la ética aristotélica los afectos

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

tienen una función muy importante. Aristóteles elaboró una ética que conjuga de modo muy inteligente sentimientos y razón. No se trata de una ética puramente intelectualista, ni tampoco de un emotivismo moral. Pero para él los afectos, las emociones son esenciales a la vida moral. Pues bien, esto desaparece con el estoicismo, o al menos pierde fuerza. La ética estoica es rigurosamente intelectualista, mejor aún, racionalista. Sólo la razón es brújula moral. Los afectos, las emociones, tienen un carácter desorientador, estrictamente negativo. Por eso hay que domeñarlos y, a ser posible, anularlos. Una vida sin afectos: ése es el ideal del sabio estoico. Sustine et abstine, abstente y contente; en eso consiste el ideal de la enkráteia. Hay otro factor que vino a rematar este proceso de negación de la vida emocional. Fue el neoplatonismo" (Gracia, 2004: 356). El neoplatonismo rechaza todo aquello que venga referido al mundo sensible, marcándose como objetivo eliminar la vida emocional y afectiva, puesto que es el único modo de alcanzar el conocimiento del mundo inteligible. Ya no se trata de una simple enkráteia, de un mero autodominio o continencia, sino de la total abstinencia respecto al placer sexual, por lo que estamos ante el ideal de la castidad o de la pureza, el cual no se trata de un ideal médico ni ético, sino ascético y místico, esto es, religioso: "El neoplatonismo influyó decisivamente en la teología espiritual, tanto judía como cristiana y musulmana. […] El resultado es toda una teoría ascético-mística que predica la renuncia total a los placeres de la carne, no porque sean en sí inmorales, sino porque son inferiores, bajos, e impiden la dedicación plena a los ideales superiores" (Gracia, 2004: 359).

Para la tradición médica y ética la sexualidad debe practicarse siempre con moderación, pues tanto la abstinencia como el abuso son dos extremos a evitar.

Si de la concepción naturalista imperante en el pensamiento griego se desprendía una primera tradición que se afanaba en distinguir el uso natural, bueno y sano de aquel antinatural, censurable y enfermo, de dicha concepción también se deriva una segunda tradición ascética y teológica de la sexualidad, siendo realmente la que más éxito tuvo en detrimento de la primera, impregnando poco a poco en la cultura occidental hasta llegar a nuestros días. Si en el pensamiento griego el desenfreno se trataba de un vicio por exceso mientras que la abstinencia sexual lo era por defecto –la tarea de la templanza era hallar el término medio entre los dos–, el tema de la abstinencia sexual como extremo a evitar pronto se pondrá en cuestión y ello por razones meramente teológicas: si Dios es pura inteligencia, en Él no caben las pasiones, por lo que permanecerá impasible ante ellas: "en Dios […] no hay afectos. De Dios se predica, por vía de eminencia, la inteligencia y la voluntad propias del hombre, pero no los afectos o las pasiones, porque Dios no puede ser sujeto paciente de nada. Ahora bien, si esto es así y el hombre sabio es el imitador de Dios, debe dedicarse a anular completamente los afectos y las pasiones. Cualquier uso, aun el moderado, es perjudicial. Surge así, frente a la "ética" de la sexualidad, la "ascética" de la sexualidad, que tanto se iba a desarrollar durante los siglos del helenismo y en toda la tradición cristiana. […] La ascética propugnó siempre la abstención sexual total, la continencia como virtud angélica y divina. […] El uso antinatural de los órganos sexuales no sólo va a ser éticamente censurable, sino también físicamente pernicioso. De ahí la idea, ampliamente extendida en la literatura médica, de que los actos sexuales contranaturales conducían a la enfermedad y la muerte. El ejemplo típico de esto es la masturbación, a la que se dedicaron ingentes cantidades de literatura. La masturbación

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

es antinatural, patológica y mala porque no respeta el fin que la naturaleza ha puesto en los órganos sexuales; es una aberración antinatural. Pero todo uso natural y moderado de la genitalidad es por definición moral" (Gracia, 1998: 34).

De acuerdo con nuestro bioeticista, la influencia de esta concepción naturalista de la sexualidad humana ha llegado hasta hoy gracias, sobre todo, al Derecho Romano y a la religión cristiana. Para mostrar este hecho, Gracia hace referencia, por ejemplo, a cómo el antiguo Código Penal español vigente hasta el año 1996 aún entendía los delitos sexuales como delitos contra la honestidad, siendo deshonestas todas aquellas prácticas sexuales que pudieran alterar el orden de la naturaleza. Temas tales como la masturbación o la homosexualidad entraban dentro de lo deshonesto, catalogadas como prácticas sexuales contra natura.

En definitiva, ambas tradiciones vinieron a configurar la ética de la sexualidad en el mundo antiguo y medieval. Mientras que la tradición médica y ética propugnaba el uso moderado y prudente, la ascética y teológica defendía su renuncia completa: "Esas dos tradiciones caminan por vías distintas, sin grandes conflictos entre ellas. En cualquier caso, se impuso desde muy pronto un criterio de subordinación de la primera a la segunda. La tesis, ya claramente defendida por los estoicos, consiste en decir que quienes no renuncian a los placeres de la carne se hallan ofuscados en su entendimiento y no pueden ver con claridad lo que es correcto o incorrecto. De ahí que deban ser dirigidos por los demás, los perfectos, los sabios. En consecuencia, qué debe considerarse uso correcto de la sexualidad, es algo que no pueden establecer los propios individuos libremente, sino que debe venir marcado por las autoridades, en especial las autoridades religiosas. Es uso correcto el que ellas consideran como tal, y uso incorrecto el contrario. La tesis mantenida a todo lo largo de estos siglos fue que sólo era uso correcto el que se realizaba dentro del matrimonio, y con fines procreativos. Todo lo demás debía ser considerado pura licencia, incompatible no ya con la ascética sino con la moral" (Gracia, 2004: 360).

> Para la tradición ascética y teológica la abstinencia sexual no es un extremo por defecto, sino una virtud a perseguir.

2. Un retorno al viejo naturalismo desde la ciencia

Abordado el paradigma clásico sobre la sexualidad, hoy día nos encontramos con un retorno al viejo naturalismo desde la ciencia, teniendo como base la tradición ascética y teológica de la que anteriormente dimos cuenta. Esta actitud viene ejemplificada en los trabajos de la científica española Natalia López Moratalla, en los que se rechaza la escisión existente entre sexualidad y reproducción hoy imperante en nuestras sociedades occidentales. Para llevar a cabo un análisis comprensivo de su postura, antes debemos dirigir nuestra atención a los planteamientos que realiza la científica a propósito de la reproducción animal para así compararla posteriormente con la humana. De acuerdo con la autora, la reproducción animal viene marcada inevitablemente por la época de celo: "el nudo gordiano que dicta la reproducción lo tiene bien ajustado con la época de celo. Algún acontecimiento cambiante –el olor de los genitales de la hembra, el color de la cola del pavo real, los sonidos que emiten los ciervos, etc.–, se produce justamente en el tiempo fértil de la hembra. Y esos estímulos olfativos, visuales, auditivos, procesados en el cerebro, determinan que el instinto sexual conduzca a la

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

cópula justo cuando la hembra puede quedar preñada. De esa manera, la zoología dicta la reproducción en función de la especie. Dicta la frecuencia del nacimiento de prole adaptada al mantenimiento de las generaciones, bien ajustado el nudo. Si este se rompe la especie se extingue" (López Moratalla, 2010: 135; cfr. López Moratalla, Santiago y Herranz, 2011: 304). A este respecto, dice López Moratalla en otro lugar: "En los animales hay instintos que hacen eficaz la reproducción sexual, al asegurar la relación entre individuos de sexos diferentes, por lo que biológicamente esta atracción se ordena igualmente a la reproducción. Es más, esta atracción sexual entre animales, se produce exclusivamente en determinados periodos de tiempo –generalmente con carácter cíclico– que coinciden precisamente con los momentos en que es posible fisiológicamente la fecundación; es lógico, ya que si la atracción sexual está al servicio de la reproducción aquella tenga lugar cuando ésta se puede dar; si se eliminara del reino animal esta atracción, las especies se extinguirían. Así pues, biológicamente el sexo y la atracción sexual se ordenan y están íntimamente ligados a la reproducción" (López Moratalla, 1987).

En cambio, en contraste con la reproducción humana, se evidencia que esta no acontece de igual manera. La atracción sexual humana, a diferencia de la que acaece en el animal, no está sujeta al tiempo cíclico de la fertilidad de la hembra ni tampoco regida por el automatismo del instinto: "La biología humana muestra que la transmisión de la vida humana no está en función de la especie, ni ajustada por el instinto, ni reducida a los individuos mejor dotados por la biología, ni pautada por selección natural a la adaptación de la especie al entorno. El engendrar humano está liberado del automatismo de la reproducción animal. No existe en los seres humanos el determinismo biológico temporal que acopla la "época de celo" con el tiempo fértil de la hembra" (López Moratalla, 2010: 136; cfr. López Moratalla, Santiago y Herranz, 2011: 304). Hecha esta apreciación, la científica defiende la necesidad de que sea la razón la que deba dominar sobre los apetitos del cuerpo, esto es, sobre la actividad sexual. A su juicio, la razón de nuestra existencia es consecuencia del amor de nuestros progenitores: "Es por la sexualidad, por esa dimensión de la persona humana, por lo que nuestros padres se han hecho partícipes del amor de Dios. Esto es muy grande y desde luego encierra un gran misterio porque significa que los padres disponen de la materia que ha de ser informada por el alma. Cuando Dios crea a cada persona lo hace no Él solo, sino que se apoya en la capacidad generadora que tienen los padres en virtud de la sexualidad. Esto, a la vez que nos da una muestra o una razón de la trascendencia de la sexualidad, sitúa su posición dentro de la condición humana; la sexualidad –la masculinidad o la feminidad– se inscribe en el hombre justamente para esto, es decir, en orden a la participación en el poder creador de Dios" (López Moratalla, 1987). De estas palabras podemos comprobar cómo se produce, a nuestro entender, un salto ilegítimo en el discurso, ya que la autora se sirve de argumentos biológicos para deducir desde ellos la acción supuestamente manifiesta de la divinidad. Es más, continúa López Moratalla diciendo: "Así por el hecho de que el hombre tiene un cuerpo, que es humano, sabe que no es un simple animal, sino un animal racional, un hombre. Y porque el cuerpo humano expresa –además de la humanidad del hombre– el aspecto de la masculinidad o de la feminidad, descubre un nuevo sentido en su propio cuerpo que es un

> Mientras que la tradición médica y ética propugna el uso moderado y prudente de la sexualidad, la ascética y teológica defiende su renuncia completa.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

enriquecimiento recíproco en la unidad que se crea por la unión corporal, por la que un hombre y una mujer adquieren la capacidad procreativa. Ese acto no es, pues una mera función orgánica para la transmisión de la vida como ocurre en los animales; sino que en su estructura natural es una acción personal de cada uno de los dos que es expresión de la donación recíproca. De ahí la norma ética –de ley natural– de no romper esta unidad entre unión y procreación en cualquiera de sus dos direcciones. Es decir, ni buscar la actividad sexual impidiendo la procreación, ni, por el contrario, buscar artificialmente una procreación independiente del sexo" (López Moratalla, 1987). Con estas palabras López Moratalla incurre en falacia naturalista, pues resulta inconcebible que de la descripción realizada entre la unión de un hombre y de una mujer se derive la norma ética de que esta deba estar exclusivamente dirigida a la procreación, y así lo reconoce explícitamente la autora cuando utiliza la expresión "ley natural", entendida como creación de la divinidad a partir de la cual el ser humano debe dirigir su conducta. Pero es que hay más, no solo que no deba impedirse la procreación a través de la sexualidad, sino que tampoco la procreación debe ser perseguida sin que haya sexualidad.

Del mismo modo, la sexualidad se enmarca única y exclusivamente en la relación hombre-mujer, sin que ningún otro tipo posible de relación se contemple, encuadrada siempre desde el contexto del matrimonio: "Por no ser un acto meramente biológico, sino un acto humano, toda la persona está comprometida en él: supone asumir la atracción sexual –que no está estrictamente determinada por el instinto sexual– en la donación al otro y acoger o aceptar al otro ser humano como don, no como objeto para uno mismo. Si los factores biológicos de la generación no estuvieran integrados en la unidad de ese acto humano el matrimonio perdería su valor, que es precisamente la estrecha e íntima relación entre el amor conyugal que lleva a la mutua entrega del cuerpo y el poder de generar nuevas vidas humanas en esa donación. Entonces la sexualidad humana pierde su sentido, se degrada, al quedar reducido su uso solo a fines del placer fisiológico e individual y sin estar orientada como corresponde a su naturaleza a la procreación y educación de los hijos y la relación padres–hijos perdería también su más profundo sentido" (López Moratalla, 1987). Respecto al tema del matrimonio, Gracia considera que esta institución jurídica aún se encuentra afectada de naturalismo, al entenderlo como "la condición necesaria y suficiente para el ejercicio del derecho a la sexualidad y el derecho a la reproducción" (Gracia, 1998: 53). Según esta concepción, la sexualidad debe llevarse a cabo siempre dentro del matrimonio, a partir de "un compromiso total y de por vida con la otra persona" (Gracia, 1998: 53), y aunque Gracia admite que "el matrimonio es en principio la institución más adecuada para la reproducción" (Gracia, 1998: 54), con ello no está defendiendo que esta sea la única. Es cierto que el matrimonio puede suponer un compromiso de convivencia, fidelidad y socorro mutuo, donde puede llegar a ser más adecuado el ejercicio de la reproducción, pero existen otro tipo de vínculos que también pueden hacerlo posible y que no exigen de modo irremediable el matrimonio como condición necesaria: "en principio cabría pensar en una gama indefinida de niveles de vínculo, desde el más débil hasta el absoluto y perpetuo. No se ve por qué siempre ha de exigirse este último" (Gracia, 1998: 54). Aunque Gracia no lo mencione ni quizá siquiera se lo plantee, a nosotros se nos ocurre el caso de las familias monoparentales compuestas por un único progenitor, ya sea padre o madre, y por uno o varios hijos. No es hoy día un hecho extraño el que una mujer decida quedarse embarazada sin que esto implique la necesidad de tener a su

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

lado a otra persona que comparta con ella el ejercicio de la reproducción, la crianza y educación de sus hijos.

Volviendo a los planteamientos de López Moratalla, la científica entiende que deslindar sexualidad y reproducción conlleva la realización de conductas indeseadas: "Tal es el caso de a) sexo sin reproducción: por ejemplo, esterilización, interrupción del acto, anovulatorios, métodos abortivos, (aborto directo, dispositivo mecánico, anovulatorios abortivos) etc.; b) reproducción sin sexo: inseminación artificial, fecundación "in vitro", clonaje asexual, y c) rotura del núcleo familiar: divorcio, unión temporal, limitación hedonística del número de hijos, fecundación heteróloga, etc. Estas conductas son reprobadas tanto por la ética natural, como por la ética cristiana. Pero, además, […] desde el conocimiento biológico, son claramente aberrantes y regresivas. El biólogo está, pues, moralmente obligado a hacerlo saber, tanto a la opinión pública en general, como a quienes están al frente de los poderes públicos" (López Moratalla, 1987). Según la autora, aquí no habría espacio alguno para el diálogo, derivándose de sus palabras una actitud reaccionaria que impone el optar por rechazar toda práctica que no sea permitida por el magisterio de la Iglesia: una vez más la imposición de un dogmatismo retrógrado rechazando de lleno el diálogo y la deliberación. De esta manera, continúa afirmando que "desde un punto de vista ético la utilización de cualquier método cuyo fin directo sea impedir la concepción es ilícito, y por ello es también ilícito participar en investigaciones relacionadas con este tema. La razón de la ilicitud de estos métodos es […] que al impedir la procreación se establece una profunda limitación al acto conyugal que queda privado de ser la expresión del verdadero amor conyugal en la entrega recíproca" (López Moratalla, 1987). A nuestro juicio, de tales apreciaciones se deriva un daño irreparable en la investigación y práctica clínicas, como es el de disfrazar a las seudoobjeciones y a las criptoobjeciones con los ropajes de la objeción de conciencia a la que un profesional puede libremente acogerse (cfr. Gracia, 2009). Estos argumentos conducen a rechazar la realización de ciertas prácticas médicas por ignorancia o por miedo al qué dirán, en caso de que algún profesional pueda prestarse a llevar a cabo su ejecución. Es por ello por lo que pensamos que tal manera de plantear el problema que nos ocupa supone un grave daño al tratamiento de la cuestión, que inevitablemente acarrea una postura intolerante e irresponsable por parte de quien la esgrime, pues apresta a la batalla y a la confrontación, coaccionando a que cualquier profesional sanitario se niegue a participar en dichas investigaciones.

> Hoy día nos encontramos con un retorno al viejo naturalismo, teniendo como base la tradición ascética y teológica, donde sexualidad y reproducción van de la mano.

En el caso de las prácticas que conducen a la reproducción con carencia de sexualidad, López Moratalla también las tilda de éticamente ilegítimas. Si nos referimos a la técnica de la fecundación in vitro, este procedimiento requiere necesariamente de la obtención de los gametos masculinos y femeninos. Para lograr los primeros, el "semen se obtiene habitualmente por masturbación, lo que supone empleo de un medio inmoral" (López Moratalla, 1987). Hemos también de indicar que la última apreciación de López Moratalla, al igual que las anteriormente referidas, supone un menoscabo y un rechazo a la Declaración Universal de los Derechos Sexuales formulada en el XIII Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia en el año 1997, la cual fue revisada y aprobada en el XIV Congreso Mundial de Sexología por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en Hong Kong y

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

posteriormente reafirmada en la declaración de WAS en 2009, bajo el nombre de Salud Sexual para el Milenio (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Concretamente, en su artículo 5, concerniente al derecho al placer sexual, dice: "El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual" (Organización Panamericana de la Salud, 2009: 156). Con todo esto, vemos una vez más cómo las consideraciones de López Moratalla están basadas exclusivamente en sus propias convicciones personales y no en hechos biológicos como pretende hacernos pensar.

Asimismo, si continuamos con el texto en el que hemos centrado nuestra atención, la científica sigue afirmando una serie de ideas alejadas de los argumentos científicos, solo compatibles con sus propias convicciones, tales como: "Los cónyuges tienen el derecho a los actos naturales que conducen a la procreación, pero no derecho a la procreación efectiva. […] El contexto conyugal es el único legítimo para generar una vida humana y educar la persona nacida. No sólo es inadmisible desde el punto de vista ético la maternidad fuera del matrimonio sino también cuando la fecundación artificial se ha llevado a cabo con los gametos pertenecientes a un hombre o una mujer diferente a los esposos. […] El hombre es de tal dignidad que no puede ser "fabricado" por otro hombre, sino que ha de ser generado a través del amor de sus padres. […] El hijo no engendrado en el acto sexual no es propiamente fruto del amor de sus padres. De ahí que se dañe también su dignidad" (López Moratalla, 1987).

La fecha de publicación del texto de López Moratalla coincide con la de la Instrucción *Donum Vitae* de la Congregación para la Doctrina de la Fe (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1987; cfr. Gracia, 1989: 407-410), en la cual pueden rastrearse consideraciones análogas a las expuestas por la autora: "En su cuerpo y a través de su cuerpo los esposos consuman el matrimonio y pueden llegar a ser padre y madre. Para ser conforme con el lenguaje del cuerpo y con su natural generosidad, la unión conyugal debe realizarse respetando la apertura a la generación, y la procreación de una persona humana debe ser el fruto y el término del amor esponsal. El origen del ser humano es de este modo el resultado de una procreación "ligada a la unión no solamente biológica, sino también espiritual de los padres unidos por el vínculo del matrimonio". Una fecundación obtenida fuera del cuerpo de los esposos queda privada, por esa razón, de los significados y de los valores que se expresan, mediante el lenguaje del cuerpo, en la unión de las personas humanas" (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1987).

Estas mismas convicciones pueden también encontrarse en los trabajos de otra científica española, concretamente, en los de Mónica López Barahona, quien afirma hablando de la fecundación *in vitro*: "Una vez obtenido el óvulo y el espermatozoide fuera del seno materno, fuera del acto conyugal, en la fría placa de cultivo de un laboratorio, se incuban conjuntamente hasta que, eventualmente, se generan uno, dos, tres o x embriones, que serán transferidos normalmente de dos en dos o de tres en tres al útero de la mujer" (Bioeticaweb, 2016). Siendo precisos en el análisis de este comentario, podemos observar que en él se introducen ciertos aspectos que resultan ajenos al mismo hecho científico. Por un lado, se habla de la obtención tanto del espermatozoide como del óvulo fuera del acto conyugal; por otro, se utiliza el adjetivo de fría para describir una placa de laboratorio, adjetivo que es ajeno al problema que ahí se discute. Con dicho comentario lo que se pretende, al igual que hace López

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Moratalla, es deslizar subrepticiamente unas convicciones personales haciéndonos pensar que de ellas se derivan unos hechos científicos preclaros.

3. El binomio religión-naturalismo: ¿un tándem necesario?

Decíamos más arriba que la postura de López Moratalla debíamos comprenderla desde la tradición ascética y teológica encuadrada dentro del paradigma naturalista, donde sexualidad y reproducción van necesaria e inexcusablemente de la mano. Tal actitud se mueve en el terreno de la convicción, sirviéndose de argumentos biológicos de modo ilícito para así hacerlos pasar como fundamento de sus creencias. Por consiguiente, lo que se pretende con ello es imponer de forma encubierta una actitud de índole religiosa tomando prestados argumentos científicos como punto de partida, aprovechando de forma palmaria la credibilidad que la ciencia merece en la sociedad de nuestros días.

Sin embargo, de todo lo tratado hasta el momento, pensamos que en modo alguno puede concluirse que las creencias religiosas deban llevar siempre aparejadas la defensa de posturas naturalistas. Si se defiende la tesis contraria puede llegar a concluirse que las posturas críticas con la concepción naturalista conducen de forma irrevocable a actitudes laicas, agnósticas e incluso ateas. El ejemplo de la falsedad de tal inferencia lo tenemos en el propio Diego Gracia, en el que sus convicciones religiosas no están reñidas con su crítica a la concepción naturalista, preconizando una postura alternativa basada en la deliberación. Otros ejemplos los encontramos en las figuras de Francesc Abel i Fabre (1933-2011), Carlos Alonso Bedate (1935-2020), Javier Gafo Fernández (1936-2001) o Juan Masiá Clavel (1941), quienes comparten todos la condición de ser sacerdotes jesuitas y cuyos planteamientos se mantienen alejados de las tesis naturalistas.

> Para López Moratalla, nunca debe impedirse la procreación a través de la sexualidad, pero tampoco la procreación debe ser perseguida sin que haya sexualidad.

A modo de ejemplo, respecto a la cuestión que estamos tratando, dice Juan Masiá: “Un punto débil muy criticable, antropológica y éticamente, en los documentos eclesiásticos sobre familia, sexualidad y procreación asistida, es la obsesión injustificada por no distinguir ni separar los aspectos unitivos y procreativos en la relación sexual. Ahí se bloquea el razonamiento moral y se llega a oponerse tanto a la procreación médicamente asistida como a la contracepción y las relaciones que no tienen como finalidad la procreación” (Masiá, 2012: 76). Una de las propuestas que realiza Masiá es repensar el lema que aparece en el libro del Génesis, concretamente, el de “creced, multiplicaos” (Gen 1, 28). La traducción más manejada del texto intercambia esa coma por la conjunción copulativa “y”, con lo que se interpreta que al crecimiento del ser humano le viene necesariamente implícito el que deba procrear para poder multiplicarse: “El “creced, multiplicaos” del imperativo bíblico a la mítica pareja primordial se parafrasea de varias maneras. Quienes dan prioridad a la procreación leen así: “Multiplicaos para aumentar descendencia, no se extinga la especie”. Otra lectura posible: “Ayudaos mutuamente a crecer, y multiplicaos”. Esta interpretación desdobla la unión de la pareja en ayuda mutua y procreación. Para una lectura más radical “creced y multiplicaos” son imperativos diferentes: “Creced, siempre. Multiplicaos, no siempre, sino a su tiempo”. Para crecer juntos, amaos y deciros que os queréis. Decidlo con la palabra y el cuerpo, acariciaos mutuamente. Y cuando sea oportuno que el amor fructifique en prole, favoreced las condiciones para acogerla, criarla y educarla. Esta

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

interpretación no identifica el crecimiento con la multiplicación, ni el amor con la procreación. Las exhortaciones sobre la familia en documentos eclesiásticos no concordarían con esta interpretación, ya que el punto débil de la teología "romana" en este tema es su énfasis en la inseparabilidad de lo procreativo y lo unitivo en todos y cada uno de los actos de unión corporal de la pareja. En cambio, desde la antropología y la ética, habría que recalcar la asimetría entre los dos polos de la frase: "creced; multiplicaos". "Creced juntos" es un imperativo válido para siempre en la vida de la pareja. "Multiplicaos" es un imperativo condicionado a la conveniencia y oportunidad de las circunstancias. "Creced mutuamente" es una brújula para las relaciones de pareja. "Multiplicaos responsablemente" es el lema de la acogida correcta al nacimiento de una nueva vida" (Masiá, 2012: 77).

Para deslindar el enfoque sexual del procreador, Masiá introduce los conceptos de caricia unitiva y unión procreadora, con lo que la ejercitación de la relación afectivo-sexual puede ser entendida de dos modos distintos: "1) Cuando hay un proyecto progenitor y una finalidad procreadora. 2) Cuando el ejercicio de la relación afectivo-sexual no se orienta a la finalidad procreadora, es decir, no es para multiplicarse, sino vehicula otras finalidades de crecimiento mutuo de la pareja en su relación. En este segundo caso hablaríamos de "caricias unitivas", mientras que en el primer caso hablaríamos de "unión procreadora". […] Crecer, siempre. Multiplicarse, no siempre. Creced juntos a cada momento. Multiplicaos cuando sea oportuno. Para crecer, acariciaos. Que la caricia en todos sus niveles sea expresión de ternura, vehículo de comunicación, expansión lúdica y descanso corporal. Y lo de multiplicarse, cuando sea su momento, que sea responsable y acogedoramente para con la nueva vida naciente" (Masiá, 2012: 77).

Masiá concluye su argumentación haciendo una invitación a la vida en pareja, entendida como compañía digna fundamentada en la caricia y alejada de consideraciones meramente utilitaristas. Incluso la idea que Masiá defiende de pareja no se reduce a la oficialmente defendida por la Iglesia, al catalogar también como tal a aquella que está formada por dos personas del mismo sexo: "La pareja C no tiene hijos. Son una pareja estable de igual sexo. Hubieran querido una adopción para formar así una familia, pero tropezaron con dificultades legales. Son pareja atípica, porque la sociedad no se ha liberado de prejuicios sobre orientación sexual; pero la comunidad en que comparten la eucaristía no discrimina" (Masiá, 2010: 15).

Se hace necesaria una revisión del dogma tradicional de la Iglesia para así adaptarlo a los nuevos tiempos, por lo que hace necesaria una revisión del dogma tradicional de la Iglesia para así adaptarlo a los nuevos tiempos.

Finalmente, en cuanto a la procreación, hemos visto que esta solamente deberá buscarse cuando sea apropiada. Masiá es consciente de que tal planteamiento está muy alejado del magisterio oficial eclesiástico, pero confía en que a partir de él pueda llevarse a cabo una revisión de la moral sexual tradicional propugnada por la Iglesia. Por tanto, del ejemplo de nuestro autor podemos concluir insistiendo en la idea de que las creencias religiosas no tienen por qué estar reñidas con posturas revisionistas y reformistas alejadas de las tesis naturalistas. Es más, creemos que se hace realmente necesaria una revisión del dogma tradicional de la Iglesia para así adaptarlo a los nuevos tiempos, no condenando sin más al ostracismo a aquellos planteamientos que

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

disientan del mismo. Debe apostarse por un diálogo calmado y comprensivo, en el que las propuestas esgrimidas no supongan un simple ataque que persiga la imposición y el derribo de todas aquellas actitudes que puedan ser entendidas como opuestas. El bando contrario no debe ser tachado siempre como enemigo, sino que deberá ser entendido como una oportunidad real para ampliar el campo de visión en el que nos encontramos inmersos.

Conclusiones

A finales del siglo xix comienza a vislumbrarse una nueva concepción donde los fenómenos de la sexualidad y de la reproducción, que a lo largo de la historia habían marchado siempre unidos, inevitablemente se deslindan y comienzan ahora a transitar por caminos separados, desembocando en lo que ha venido a llamarse la *revolución sexual*. Es a partir de entonces cuando "han entrado en crisis los conceptos más tradicionales sobre estas cuestiones: ha descendido la edad a que comienzan las relaciones sexuales, se han generalizado las relaciones prematrimoniales, las llamadas parejas de hecho han puesto en crisis la propia institución matrimonial, los métodos de control de la natalidad han tenido una aceptación masiva, especialmente entre las mujeres, que han visto en ello un elemento importantísimo en el proceso de liberación de la mujer, y han adquirido estatuto social y jurídico el divorcio y el aborto" (Gracia, 1998: 45).

De acuerdo con Gracia, existe una serie de principios que han propiciado esta revolución. El primero de ellos es que la moralidad sexual viene dictada, no ya por la naturaleza, sino "por el respeto o no de los seres humanos, es decir, de la dignidad y libertad de los seres humanos" (Gracia, 1998: 46). El segundo principio es que la ética de la sexualidad no puede identificarse ya con la ética de la reproducción. La sexualidad humana no tiene por qué llevar siempre aparejada la reproducción, como ocurre en la ética naturalista, por lo que deberemos diferenciar entre dos tipos de funciones, la sexual y la reproductiva, y cada una de ellas deberá proveerse de su ética correspondiente. De esta forma, de lo que verdaderamente precisa la vida sexual es de una ética del ejercicio responsable de la sexualidad. El rechazar las conductas sexuales por impúdicas o indecorosas pertenece a tiempos pasados, primando hoy un uso responsable y respetuoso hacia las mismas. Es en este contexto desde donde deberá circunscribirse una posible ética de la sexualidad, teniendo siempre como base el principio moral y absoluto del respeto al ser humano.

Bibliografía

Aristóteles (1949). *Ética a Nicómaco*, trad. de María Araújo y Julián Marías (7ª ed. 1999). Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

Bioeticaweb (2016, 23 febrero). *Cuestiones bioéticas al principio de la vida. Mónica López Barahona* [Vídeo]. YouTube. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=MpeZ5Q20NLY [consulta: 16 de enero de 2025].

Congregación para la Doctrina de la Fe (1987, 22 febrero). Instrucción *Donum Vitae*. Sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. *La Santa Sede.* Disponible en:

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html [consulta: 16 de enero de 2025].

— (1987). Instrucción *Donum Vitae*. Sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. *Ecclesia*, 2310, 358-373.

Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema.

— (1998). *Ética de los confines de la vida. Ética y vida: Estudios de bioética,* volumen 3 (reimpresión 2011). Bogotá: El Búho.

— (2004). *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética.* Madrid: Triacastela.

— (2009). Ética en la objeción de conciencia. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 126 (4), 691-712. Disponible en: https://analesranm.es/category/2007-2010 [consulta: 16 de enero de 2025].

López Moratalla, N. (1987). Manipulaciones de la reproducción humana. En López Moratalla, N.; Ruiz Retegui, A.; Llano Cifuentes, A.; Ponz Piedrafita, F.; Herranz Rodríguez, G.; Santiago Calvo, E.; Del Amo Gili, Á.; Ferrer Regales, M.; Desantes-Guanter, J. M.; Montuenga Badía, L.; Monge Vega, A.; Martínez Doral, J. M. [Eds.]. *Deontología biológica*. Pamplona: Facultad de Ciencias. Universidad de Navarra. Disponible en: https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/deontologia-biologica/capitulo-23 [consulta: 16 de enero de 2025].

— (2010). El cigoto de nuestra especie es cuerpo humano. *Persona y bioética*, 14 (2), 120-140. Disponible en: https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1798 [consulta: 16 de enero de 2025].

— ; Santiago, E. y Herranz Rodríguez, G. (2011). Inicio de la vida de cada ser humano. ¿Qué hace humano el cuerpo del hombre? *Cuadernos de bioética*, 75 (XXII), 283-308. Disponible en: http://aebioetica.org/revistas/2011/22/2/75/283.pdf [consulta: 16 de enero 2025].

Masiá Clavel, J. (2010). Para el día de la “Liberada familia”. *En la calle. Revista sobre situaciones de riesgo social*, 15, 14-15. Disponible en: https://revistaenlacalle.org/numeros/ [consulta: 16 de enero de 2025].

— (2012). Confusiones al debatir sobre aborto. *Erasmus. Revista para el diálogo intercultural*, 14 (1), 69-83. Disponible en: https://www.icala.org.ar/erasmus/Archivo/2012/Erasmus-14-1-2012-texto%20completo-digitalizado.pdf [consulta: 16 de enero de 2025].

Organización Panamericana de la Salud (2009, 23 noviembre). *Salud Sexual para el Milenio. Declaración y documento técnico.* Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/salud-sexual-para-milenio-declaracion-documento-tecnico-2009 [consulta: 16 de enero de 2025].

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 53-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.53-72

En persona

Entrevista a Eduardo Díaz-Rubio

Carlos Pose

Biografía

Nacido en Madrid en 1948, Eduardo Díaz-Rubio se licenció en Medicina por la Universidad Complutense en 1972. Muy pronto orientó su carrera hacia la Oncología, en un momento en que el cáncer era todavía una especialidad con escasos recursos terapéuticos y grandes incertidumbres clínicas. Su formación se amplió en centros internacionales y, ya desde los años 80, su nombre comenzó a asociarse al desarrollo de estrategias innovadoras en el tratamiento del cáncer en España.

Fue Jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos durante más de dos décadas, desde donde impulsó la creación de equipos multidisciplinares, la incorporación de terapias dirigidas y la apuesta decidida por una medicina personalizada. Su carrera investigadora ha estado siempre ligada a la clínica, entendida como un espacio de escucha activa y la toma de decisiones compartidas. Como ha dicho alguna vez, “la ciencia solo cobra sentido si mejora la vida de las personas”.

En 1998 obtuvo la Cátedra de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Ha sido presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y de la Fundación ECO para la Excelencia y la Calidad en Oncología. En 2006 fue elegido Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España y en 2020 fue nombrado presidente de dicha Academia, desde la que defiende una medicina basada en la evidencia, pero también en la prudencia, el diálogo con la sociedad y el sentido del deber.

En esta entrevista recorremos la trayectoria profesional del Profesor Díaz-Rubio, pero también sus ideas y valores. Porque en medicina, como en la vida, lo que cuenta no es solo lo que se hace, sino también desde qué convicciones y actitudes se hace.

Carlos Pose: *Profesor Díaz-Rubio, muchísimas gracias por concedernos esta entrevista para la revista EIDON. Nos gustaría conversar con usted sobre su extraordinaria trayectoria profesional y académica, pero también sobre su visión de la*

medicina en un tiempo tan complejo y apasionante como el actual. Queremos comenzar por su experiencia formativa, clínica y científica y a partir de ahí avanzar hacia cuestiones más institucionales, sociales y éticas.

Profesor, si tuviera que volver al momento en que decidió estudiar medicina, ¿qué le viene a la memoria? ¿Sintió una llamada interior o fue más bien una decisión circunstancial?

EDR: Realmente fue algo que yo diría que estaba escrito en mi ADN. Por una razón muy clara: mi padre era un gran médico, catedrático de Medicina, y yo, desde que nací, estuve en contacto con todo lo que significaba la medicina. En aquella época, los médicos pasaban consulta en su propia casa, así que la medicina formaba parte de mi entorno más inmediato. Recuerdo que mi padre tenía una biblioteca magnífica, porque por entonces los hospitales carecían prácticamente de medios. Muchos estudiantes y jóvenes médicos venían a casa a estudiar, lo que me permitió, desde muy pequeño, tener contacto con personas del mundo médico.

Aún conservo el olor de aquella biblioteca y de aquellos libros, que me sirvieron realmente como ejemplo. Me fascinaba observar los análisis que se hacían en el laboratorio doméstico: ver la sangre al microscopio, aprender a distinguir un hematíe de un leucocito siendo aún un niño, o intentar leer un electrocardiograma y preguntarme qué era capaz de interpretar un médico con aquella información. También me llamaba la atención cómo se agitaba la orina para ver si producía espuma, lo que indicaba la presencia de albúmina…

Es decir, que desde niño yo estaba ya, sin saberlo, en una auténtica escuela de Medicina. Cuando empecé la carrera con 17 años, de algún modo ya había vivido muchos de los aprendizajes de la profesión, o al menos había tenido un contacto muy directo con lo que realmente era ser médico en aquella época. Así que esa vocación nació muy pronto, y se fue reforzando con el tiempo.

CP: *Usted estudió en Madrid, pero he leído que nació en el sur, en Cádiz, ¿verdad? ¿Cómo fue ese traslado a Madrid? ¿Qué circunstancias lo llevaron hasta allí?*

EDR: Era una época muy distinta —y esto también daría para hablar, ¿no?—, sobre todo si pensamos en lo mucho que ha cambiado la Universidad. Hoy en día, realmente no hay apenas movilidad para los profesores: uno se forma en un sitio y allí es donde, en muchos casos, acaba haciendo toda su carrera. Pero en aquella época no era así. Los profesores universitarios estaban obligados a moverse, a recorrer distintas universidades.

Mis padres, por ejemplo, eran de Madrid, pero primero se fueron a Cádiz, después a Sevilla, y más adelante regresaron a Madrid. En ese peregrinar se fue formando la familia, y por eso yo nací en Cádiz. De hecho, por eso figura así en mi DNI. Pero la realidad es que siendo aún muy pequeño, con tres años, nos trasladamos a Sevilla, y

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

allí pasé toda mi infancia. Viví en Sevilla hasta los 14 años, que fue cuando ya vine a Madrid.

CP: *Ese cambio que comenta en relación a la Universidad, estoy seguro de que también lo ha notado mucho en relación al hospital.*

EDR: Muchísimo. Desde entonces el hospital ha cambiado una barbaridad; no tiene nada que ver con lo que era en aquella época. Recuerdo, por ejemplo, que cuando terminé Medicina, lo que más nos fascinaba a los médicos era estar al lado del paciente, acompañarlo durante su hospitalización. En cambio, si te destinaban a una consulta, aquello parecía casi un castigo, un destierro. Hoy es justo al revés: muchos médicos solo quieren estar en las consultas externas, y el contacto con los pacientes hospitalizados se ha reducido muchísimo.

Pero aquello, estar en la planta, era una verdadera escuela. Imagínese el tipo de paciente que llegaba entonces: muchos eran de la beneficencia, personas muy abandonadas, con enfermedades muy serias. Muchos fallecían, y los que no, pasaban largas estancias en el hospital. Eso nos permitía conocerlos a fondo, establecer con ellos una relación muy cercana, casi familiar.

Eso ha cambiado enormemente. Hoy les lanzo un reto a los residentes: les pregunto si, después de pasar consulta con 20 o 30 pacientes, serían capaces de reconocer a alguno si se lo cruzan por la calle. Probablemente no se acordarían ni de su cara, y si lo hacen, lo más que ocurriría sería un saludo rápido, un “adiós” y nada más. En nuestra época no era así. Si te encontrabas con un paciente, hablabas con él, te interesabas, había una cercanía muy distinta. Porque, en realidad, lo mejor que podía ofrecer el médico era precisamente eso: su presencia, su apoyo, su consuelo. No teníamos muchas herramientas diagnósticas. A lo sumo, una radiografía de tórax o un análisis de sangre básico. El trabajo se hacía con las manos: explorar, auscultar, palpar, escuchar atentamente, preguntar con detalle… Así es como se construía la historia clínica del paciente.

Era otra medicina. Una medicina basada en el contacto humano, en la escucha y en la relación directa. Con las manos, sí, pero sobre todo con presencia y con humanidad.

CP: *Tradicionalmente, es cierto, la palabra del médico tenía un poder casi terapéutico. El simple hecho de acudir a la consulta implicaba, de algún modo, el inicio de la curación, porque se establecía un vínculo, una relación de confianza entre el médico y el paciente. Hoy lo fiamos casi todo a los fármacos y la consecuencia es que esa dimensión humana de la medicina tradicional se fue perdiendo.*

EDR: Sí, sin duda. Esa dimensión de la palabra era fundamental. Decía Marañón, por ejemplo —y esto me parece muy revelador—, que siempre dedicaba los primeros diez minutos de la consulta a conocer a la persona. Hoy en día, diez minutos parecería casi un lujo. Pero él empezaba así: preguntando “¿A qué se dedica?”, “¿Cuántos hijos

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

tiene?", "¿Cuáles son sus preocupaciones?"… Solo después entraba en la enfermedad propiamente dicha. Le interesaba, ante todo, conocer al ser humano que tenía delante. De hecho, al final de su vida, alguien le preguntó qué avance o innovación en la medicina le había impresionado más. Y su respuesta fue tan sencilla como profunda: "La silla". Decía: "La silla que me permite sacarla de detrás de la mesa del despacho y acercarme al paciente, para que vea que no estoy del otro lado, sino con él". Esa era la medicina que vivíamos entonces.

En esa medicina se establecía, como usted comentaba, una relación muy especial entre médico y paciente.

CP: Laín Entralgo hablaba incluso de una relación de "cuasi" amistad. ¡Qué lejos estamos hoy de algo parecido!

EDR: ¡Lejísimos! Yo, personalmente, tengo muchísimos pacientes —sobre todo de épocas anteriores— que han acabado convirtiéndose en amigos. Y no solo ellos: también sus familias, que terminaban consultándome prácticamente todo.

Ni qué decir tiene cuál era el papel de los médicos de familia de entonces, que visitaban a los pacientes en sus casas, y muchas veces se quedaban un buen rato después, incluso compartiendo una copa de vino. El médico era una auténtica institución. Era, probablemente, la persona de mayor confianza para la familia, y esto se debía, entre otras cosas, a que no había intermediación de ningún tipo.

La medicina de aquella época era directa: el paciente elegía al médico, y el médico cuidaba a ese paciente con la idea de que sería su paciente de por vida. Había una simbiosis enorme. Hoy no es así. Siempre hay un pagador por medio. El médico, en la práctica, es un contratado —ya sea en el sistema público o en el privado—, pero en todo caso, es un empleado. La relación se ha transformado profundamente. El vínculo directo, personal, se ha debilitado.

CP: *¿Cree usted que ese cambio en la relación médico-paciente —que ahora está mediada por las aseguradoras, por los sistemas de salud públicos o privados—, está erosionando el vínculo entre los profesionales de la salud y la sociedad? Usted ha hablado en varias ocasiones de la necesidad de recuperar la autoridad moral de la medicina. ¿Piensa que esta transformación del sistema tiene algo que ver con esa pérdida de autoridad?*

EDR: Yo creo que sí, que esto influye notablemente. Porque en aquella relación médico-paciente que se daba antes, el paciente se sentía bien tratado, sí, pero también el médico salía profundamente recompensado. Piénsese que hace 40 ó 50 años, incluso los médicos de pueblo eran personas con una situación económica muy destacada. Tenían casas estupendas, llegaban a comprarse fincas... Había una recompensa, no solo emocional, sino también material, muy considerable.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

Hoy, en cambio, esto ha cambiado completamente. Se vive de sueldos, y ya sabemos todos cómo están las condiciones salariales. Muchos médicos jóvenes están emigrando precisamente por este motivo. Pero no es solo una cuestión de dinero: es también cómo se ejerce la profesión. Si tienes que ver a 30 o 40 pacientes al día para que la actividad sea mínimamente rentable, acabas haciendo una medicina sin recompensa emocional, sin sentido profundo. Y eso, con el tiempo, te quema. Lo que hoy se llama *burnout* es una realidad palpable.

Además, estamos en una sociedad con un nivel de exigencia altísimo, y una tolerancia al riesgo prácticamente nula. Se exige una medicina de riesgo cero, pero eso es irreal. Porque cuando uno trata a un paciente, puede haber efectos secundarios, puede haber iatrogenia, puede haber errores. Es parte de la propia práctica médica.

Antes, cuando existía una buena relación con el paciente, esas situaciones se gestionaban de otra forma. El paciente aceptaba mejor que podían ocurrir cosas inesperadas, incluso errores. Hoy eso se tolera mucho peor. Hemos pasado de asumir con naturalidad los fallos inherentes a toda actividad humana, a judicializarlos o etiquetarlos como negligencias de inmediato.

Y eso tiene mucho que ver con la pérdida de la relación personal. Cuando el vínculo es sólido, cuando hay confianza, el paciente entiende mejor que no todo es previsible ni controlable. Pero si la relación se ha reducido a una transacción técnica, sin palabra, sin humanidad, entonces la mínima falla se convierte en una ruptura.

CP: El cáncer ha sido su campo de trabajo desde el inicio. En aquellos años, ¿qué le atrajo de una especialidad aún tan incierta? ¿Y qué ha cambiado desde entonces en la manera de mirar y tratar al paciente oncológico?

EDR: Yo terminé la carrera en el año 1970, estamos hablando ya de hace unos cuantos años. En aquella época hice la residencia en Medicina Interna, pero también empecé a trabajar en la Tesis doctoral. Me interesó especialmente el tema de la inmunología en pacientes con cáncer. Hice una Tesis magnífica, con la mejor calificación posible. Sin embargo, a pesar de ese logro, me di cuenta de que en España, en ese momento, no era posible avanzar mucho más allá. Tenía muchas preguntas en la cabeza, pero no encontraba los medios para explorarlas ni desarrollarlas.

Ese fue el motivo por el que decidí marcharme a París, al Instituto de Cancerología e Inmunogenética, que integraba precisamente las dos áreas que me interesaban: la Oncología y la Inmunología. Y aquello, para mí, fue un cambio radical, verdaderamente revolucionario.

Hay que pensar que, por entonces, en Medicina Interna, cuando se discutía un caso de cáncer, el debate solía centrarse en el diagnóstico diferencial, pero apenas se hablaba del tratamiento. Sencillamente, no se sabía qué hacer, y no se hacía nada. En París descubrí un mundo completamente distinto: había fármacos que se aplicaban siguiendo

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

protocolos, había ensayos clínicos, investigación real... Aquello me fascinó. Por eso me quedé allí 2 años.

Cuando regresé a España, lo tuve claro: quería implantar una Unidad de Oncología. Pero en aquel momento no se entendía bien. Algunos decían: "Hombre, ¿pero qué se va a hacer con estos pacientes, si aquí no hay mucho que ofrecerles?". Y aun así, fue una época muy creativa, en la que tuve que establecer mucho contacto con todos los jefes de servicio, ofreciéndoles la posibilidad de tratar a esos pacientes. Y lo cierto es que la propuesta tuvo muy buena acogida y rápidamente generó mucho interés.

Fue fascinante. Empezar de cero en un hospital grande —el antiguo hospital de la Facultad de Medicina, nada menos—, donde los pacientes oncológicos solían ser desahuciados, enviados a casa o derivados a otros hospitales porque no se sabía qué hacer con ellos... y conseguir que eso empezara a cambiar. En aquel momento, la Oncología simplemente no interesaba como especialidad clínica. Cambiar eso fue una experiencia extraordinaria.

CP: *Entonces fue en ese momento, en el año 1976, si no me equivoco, cuando usted puso en marcha la Unidad de Oncología Médica en el Hospital Clínico San Carlos, que en 1982 se convirtió en uno de los primeros servicios de este tipo en España ¿Cómo vivió aquel momento fundacional? ¿Tuvo la impresión de estar abriendo un camino nuevo?*

EDR: Bueno, aquello fue un proceso. Y sí, fue en el año 1976 cuando formalmente se constituyó la Unidad de Oncología Médica en el Hospital Clínico San Carlos. Tuvimos que crear, por ejemplo, un hospital de día, algo que en España no existía en ese momento. Un lugar donde los pacientes pudieran recibir sus tratamientos y regresar a casa el mismo día. Era una novedad absoluta.

Empezamos a utilizar tratamientos muy potentes, los que teníamos entonces, que desgraciadamente también provocaban muchos efectos secundarios. Efectos que con el tiempo hemos aprendido a controlar mejor. Pero en aquel momento, nos llamaban para colaborar en casos de todo tipo de tumores. Cirujanos, internistas… todos recurrían a nosotros. La unidad fue muy bien recibida y rápidamente muy reconocida.

Yo tenía ya entonces la impresión de que estábamos haciendo algo realmente nuevo. Y, desde luego, la experiencia en París me dio muchísima seguridad. Porque es verdad que aquí había muchas dudas, mucha incertidumbre, pero yo sentía que tenía un respaldo firme en lo que había visto y vivido allí. Sabía que esto era necesario, que era algo nuevo y que iba a funcionar.

Lo primero que notabas era que podías ofrecer a los pacientes tratamientos para controlar la enfermedad, cosa que hasta entonces no se hacía. Es cierto que, en muchos casos, las respuestas eran temporales, de corta duración. Pero había un área especialmente significativa en nuestro hospital: el servicio de Urología, muy potente,

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

que atraía a muchos pacientes jóvenes con tumores testiculares, tumores embrionarios. En aquella época, esos pacientes solían morir. Tenían metástasis diseminadas, incluso cerebrales.

Y fue extraordinario comprobar que, con dos o tres fármacos que teníamos disponibles entonces, éramos capaces de curar incluso a esos pacientes. Lo recuerdo como si fuera hoy: aquellos primeros enfermos que se curaron cuando parecía imposible. Esa experiencia fue clave. Me hizo pensar: "Si hemos conseguido esto con los tumores testiculares, quizá podamos lograrlo también, poco a poco, con otros tipos de cáncer."

CP: *Usted fue también uno de los primeros en apostar por el trabajo multidisciplinar. Ya desde su formación, con esa doble especialidad en Inmunología y Oncología, parecía tener claro que era necesario trabajar en equipo, con profesionales de distintas áreas. ¿Cómo consiguió introducir esa forma de trabajar, sabiendo además que cada especialidad tiene su propio ritmo, su lógica, y que no siempre es fácil coordinarse?*

EDR: Eso lo vi claro desde el principio, aunque fue un proceso. La verdad es que también fuimos pioneros en este ámbito. Hoy en día es algo asumido: trabajar en equipo, hacerlo de forma multidisciplinar, situar al paciente en el centro del sistema... Pero en aquel momento, esa concepción era verdaderamente revolucionaria.

Cada especialista pensaba que el paciente era "suyo". Yo decía: "¡Cuidado! Que lo vamos a romper si cada uno tira por un lado". Empezar a reunirnos y a trabajar juntos costó, y bastante. Compartir el conocimiento, que hoy parece algo lógico y hasta natural, no lo era en absoluto. Había muchos recelos entre especialidades: "No te metas en mi terreno", "no me digas lo que tengo que hacer", "esta indicación no es tuya"… Era complicado.

Y, sin embargo, poco a poco lo conseguimos. Yo creo que la medicina multidisciplinar ha nacido dentro de la Oncología. Fuimos los oncólogos quienes la impulsamos, y con el tiempo, esa manera de trabajar se ha extendido al resto de la medicina.

Y no había más que dos caminos para conseguirlo. El primero: convencer. Y para eso hacía falta estudiar mucho, tener datos, estar al día, manejar las últimas publicaciones, conocer bien la investigación y los ensayos clínicos. El segundo: la humildad. La humildad era imprescindible para acercarte a otros compañeros y trabajar de verdad en equipo.

Creo que esas dos condiciones —el conocimiento riguroso y la humildad— siguen siendo esenciales para cualquier oncólogo hoy. Aunque reconozco que ahora el oncólogo se ha empoderado mucho más. A veces, incluso con un poco de soberbia. Y eso puede generar ciertos roces. Pero en nuestros inicios, como éramos los pequeños, los hermanos menores del sistema, tuvimos que ganarnos un hueco con esfuerzo, estudio… y mucha humildad.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

CP: *Hoy en día, no obstante, con tantos especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento, lo que muchas veces ocurre —y todos lo hemos visto en conocidos o familiares— es que el paciente se pregunta: "Pero, ¿quién es realmente mi médico? ¿Quién es el responsable de lo que me está pasando?". ¿Cómo se gestiona eso? ¿El trabajo multidisciplinar no produce el riesgo de diluir la responsabilidad o de desorientar al propio paciente?*

EDR: Sí, esa es una pregunta fabulosa. Realmente es un tema que necesitamos abordar cuanto antes, porque no lo tenemos resuelto. Falta una figura que nosotros llamamos "gestor de casos". Es decir, alguien que, aunque no sea el especialista principal en cada momento del proceso, esté siempre detrás del paciente. Una persona que lo acompañe, que le explique lo que está ocurriendo y que actúe como referencia constante a lo largo de todo su recorrido clínico.

Incluso nosotros, los oncólogos —que somos muy clínicos y muy del paciente—, en muchas ocasiones no logramos mantener ese acompañamiento continuo. Desgraciadamente, cuando el paciente progresa negativamente y pasa a cuidados paliativos, solemos dar un paso atrás. Antes no era así. Antes acompañábamos al paciente hasta el final, saliera bien o mal. Hoy todo está mucho más parcelado. Si ya no hay tratamiento activo que ofrecer, el paciente pasa a otras manos, y muchas veces el oncólogo se desvincula.

Para el paciente, eso se vive como un abandono. Es como si, de pronto, se quedara sin nadie que lo guíe, sin esperanza, sin interlocutor. Y eso no puede ser. El seguimiento continuo es fundamental. Por eso insisto en que debe haber alguien —y no necesariamente tiene que ser un médico; puede ser perfectamente una enfermera, por ejemplo— que acompañe al paciente desde el primer momento. Alguien que le ayude a transitar todo el proceso.

No hay nada peor que ingresar en un hospital desconocido: pasillos, puertas, circuitos diferentes… Y lo más grave es que, incluso pacientes con la misma patología, entran por vías distintas. Eso es tremendo. Porque significa que ni siquiera hemos unificado los protocolos de acceso.

En el ámbito del cáncer, esto es aún más grave: el circuito que recorre el paciente es absolutamente fundamental. Y esa falta de continuidad es una asignatura pendiente. Sin duda, es uno de los grandes desafíos que tenemos por delante.

CP: *Y, además, hay que tener en cuenta que la medicina utiliza un lenguaje que muchas veces no le llega al paciente. El paciente necesita que alguien le traduzca todo eso: que le explique qué se está haciendo, cuáles son realmente las posibilidades terapéuticas, qué significa cada paso. Es decir, necesita mucha comunicación, alguien que no solo lo acompañe, sino que también le ayude a comprender, que le traduzca ese lenguaje técnico en algo humano y accesible.*

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

EDR: No se ha educado a los médicos en el tema de la comunicación. Y como, además, tienen tan poco tiempo con cada paciente, al final acaban utilizando lo que llamamos "palabros", ese lenguaje técnico que manejamos los médicos, y se concentran tanto en él que el paciente muchas veces no entiende absolutamente nada.

Y esto no ocurre solo entre médicos y pacientes; también pasa entre especialistas. A veces hablamos con un lenguaje tan críptico que ni siquiera entre nosotros terminamos de entendernos del todo.

Yo creo que la comunicación es fundamental, y debería enseñarse desde la Universidad. Los alumnos tendrían que aprender a comunicarse, a transmitir. Y no hablo solo de hablar, sino de saber si el otro ha comprendido lo que le estás diciendo.

Me pasa incluso con colegas de mi propia especialidad, expertos reconocidos: cuando dan una conferencia o una charla, lo hacen con una complejidad tal que uno piensa: "Muy bien, nos estás mostrando todo lo que sabes… pero no estás comunicando nada". No están transmitiendo.

Y si eso ocurre entre profesionales, ¡imagínese con los pacientes! Con ellos hay que bajar el nivel de tecnicismo, utilizar un lenguaje más sencillo, más cercano, darles espacio para preguntar, para asegurarse de que han comprendido.

Pero claro, todo eso requiere tiempo. Y si el sistema no está dispuesto a dar tiempo para esa relación médico-paciente, entonces las cosas no pueden ir bien.

CP: *Sin duda, todo lo que ha mencionado sería una gran mejora para la atención a los pacientes. Quisiera ahora entrar en algunos temas propios de su especialidad. Usted ha tenido un papel clave en el desarrollo de tratamientos para el cáncer colorrectal. Hoy en día se ha avanzado mucho en el diagnóstico y en los tratamientos, pero en el ámbito de la prevención, ¿cómo estamos? ¿Cree que se ha hecho todo lo necesario o aún hay camino por recorrer?*

EDR: Con el cáncer colorrectal tenemos una oportunidad única, y voy a intentar explicarlo con un ejemplo. En el caso del cáncer de mama, se están haciendo esfuerzos extraordinarios y se están logrando resultados magníficos. Hoy en día, gracias al cribado, tenemos tasas de supervivencia a 5 y 10 años que superan el 90 o incluso el 95 %. Es decir, se diagnostica precozmente un cáncer de mama y se trata con gran eficacia.

Pero en el cáncer de colon, cuando hacemos cribado, lo que muchas veces encontramos no es todavía un cáncer. Encontramos un tumor benigno, un adenoma, que podría transformarse en cáncer con el tiempo. Es decir, tenemos margen de intervención antes de que la enfermedad se desarrolle. Y eso convierte al cáncer colorrectal, desde un punto de vista teórico, en el tumor ideal para el cribado.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Desde que aparece un adenoma hasta que se transforma en cáncer, pueden pasar unos diez años. Eso quiere decir que si uno se hace una colonoscopia y el colon está limpio —lo que llamamos "blanco", sin pólipos—, no necesita repetirla hasta dentro de diez años. Si hay un pólipo, se extrae, y si hay un carcinoma localizado, también puede extirparse y curarse. Es, por tanto, una enfermedad curable. Afecta tanto a hombres como a mujeres, y hoy en día es la primera causa de cáncer en conjunto. Así que vale la pena invertir en programas de cribado.

Ahora bien, el cribado del cáncer de colon no es tan sencillo ni tan inmediato como el del cáncer de mama. Una mamografía es una prueba rápida, sin efectos secundarios, que puede resultar algo molesta pero es muy accesible. En cambio, la colonoscopia requiere sedación, preparación previa, se realiza en un hospital, y en caso de encontrar un pólipo, hay que extraerlo. Esto conlleva ciertos riesgos: aunque sean poco frecuentes, pueden producirse sangrados o, en una pequeña proporción (uno de cada mil o dos mil), una perforación que obligue a intervenir quirúrgicamente. Por eso debe realizarse siempre en un entorno hospitalario.

Además, no podríamos hacer colonoscopias a toda la población mayor de 50 años: no tendríamos recursos ni personal suficiente. Por eso se utiliza una prueba previa más sencilla: el test de sangre oculta en heces. Si el resultado es positivo, entonces se indica la colonoscopia. Así evitamos que miles de personas sin indicios pasen por una prueba innecesaria.

Pero incluso este sistema tiene sus dificultades. A diferencia de la mamografía, donde la mujer recibe una cita y simplemente acude al hospital, en el cribado del colon se le entrega un kit. El paciente tiene que recoger una muestra de sus heces, enviarla por correo y esperar el resultado. Todo esto requiere más implicación por parte del paciente y no tiene la inmediatez del cribado mamográfico.

A pesar de ello, el cribado es extraordinariamente útil y todas las comunidades autónomas en España lo tienen implantado por regla general entre los 50 y los 70 años —y ahora incluso hasta los 74 o 75, como ya se está haciendo en Europa—. Pero sigue habiendo dos grandes problemas: por un lado, no todas las personas reciben la invitación; por otro, muchas de las que la reciben no completan la prueba. La tasa de participación ronda apenas el 50-60 %, como mucho.

Aun así, hay que reconocer que se está haciendo un gran esfuerzo, aunque queda camino por recorrer, especialmente para mejorar la aceptación y facilitar el proceso.

CP: *¿Y este programa de cribado lo están aplicando ya todas las comunidades autónomas en España? En concreto, en esta modalidad de dos pasos que usted mencionaba —primero el test de sangre oculta en heces y, si es positivo, después la colonoscopia—, ¿está ya generalizada su implementación?*

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

EDR: El cribado que se hace en las comunidades autónomas, dentro del sistema público de salud, siempre sigue el mismo procedimiento: se empieza con el test de sangre oculta en heces. Solo si ese test resulta positivo, se indica entonces la colonoscopia.

Ahora bien, hay muchas personas que no acceden al cribado a través de ese circuito, sino que, por ejemplo, tienen un seguro privado y optan directamente por hacerse una colonoscopia, sin pasar por la prueba inicial. Pero en principio, los programas oficiales de cribado que se ofrecen desde el sistema público están basados en esa estrategia de dos pasos: primero la prueba de sangre oculta en heces, y después —si procede— la colonoscopia.

CP: *Quería preguntarle también por algunos estudios internacionales que he leído recientemente, donde se sugiere que la exposición en la infancia a ciertas toxinas bacterianas podría estar relacionada con el aumento de casos de cáncer colorrectal en adultos jóvenes. ¿Qué implicaciones cree usted que tienen estos hallazgos para la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer colorrectal? ¿Deberíamos reconsiderar nuestras estrategias actuales de cribado y educación sanitaria en función de estos nuevos datos?*

EDR: En efecto, desde hace ya cuatro o cinco años hemos empezado a detectar una señal de alarma que ha llamado la atención de todos los oncólogos: el aumento de casos de cáncer colorrectal en personas jóvenes. Tradicionalmente, el cáncer colorrectal ha sido una enfermedad de personas mayores, y por eso el cribado se inicia a partir de los 50 años. De hecho, el mayor pico de incidencia sigue estando entre los 60 y los 80 años.

Pero lo que ahora observamos claramente en las curvas epidemiológicas es un incremento muy significativo de casos en menores de 50 años. Y lo preocupante es que no sabemos con certeza a qué se debe.

Hay hipótesis. Pensamos que puede estar relacionado con cambios en el estilo de vida, con factores del microbioma intestinal que todavía no comprendemos del todo. Algunos estudios han empezado a señalar la posible implicación de bacterias concretas, como el *Fusobacterium nucleatum*, y a partir de ahí se están desarrollando trabajos de investigación para analizar si esa disbiosis podría tener un papel causal.

Ahora bien, ¿por qué se produce esa alteración del microbioma? A día de hoy no lo sabemos. No está claro si se trata de una infección bacteriana de origen específico o si tiene que ver con modificaciones en la dieta, que estarían cambiando el equilibrio de la flora intestinal.

Lo que sí es una realidad es que estamos viendo más casos en personas jóvenes, y eso nos obliga a replantear el modelo de cribado. No podemos seguir esperando a los 50 años para comenzar. Habrá que empezar antes. Sin duda.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

CP: *Usted ha sido uno de los impulsores de la medicina personalizada y de las terapias dirigidas. ¿Hasta qué punto diría que estas terapias han transformado la Oncología, tanto en los tratamientos como en las posibilidades reales de curación?*

EDR: Sí, realmente fue un salto extraordinario. Yo diría que hay un antes y un después en la Oncología con la entrada en el siglo XXI. Recuerdo que, a partir del año 2000 o 2002, se describió ya el genoma humano. Creíamos entonces que ya lo teníamos todo hecho. Pensábamos así: "Si conocemos los genes, si sabemos cuáles están implicados en el cáncer, bastará con atacarlos para resolver el problema".

Pero las cosas no fueron tan sencillas. Aun así, empezamos a identificar grupos de pacientes con alteraciones genómicas muy particulares, que no compartían otros pacientes con el mismo tipo de tumor. Así vimos que no todos los cánceres de mama eran iguales, ni todos los de pulmón, ni todos los de colon. Y lo más importante: empezaron a desarrollarse fármacos dirigidos específicamente contra esas alteraciones genéticas. Ahí es donde se produce el gran cambio.

Al principio hablamos de "medicina personalizada", pero surgieron voces que recordaban que el médico siempre ha intentado personalizar la atención. En realidad, lo que estábamos haciendo era una medicina basada en la biología molecular del tumor, en sus alteraciones genómicas. Por eso, creo que fue un acierto cambiar el término por "medicina de precisión". Esa expresión es mucho más clara: todo el mundo entiende a qué nos referimos.

Y la Oncología fue la primera especialidad en aplicar este nuevo modelo. Después ha ido extendiéndose a otras áreas, pero sin duda donde más se ha desarrollado es en el campo oncológico, donde ha supuesto un cambio radical.

Además, hoy no solo podemos estudiar esas alteraciones genómicas en el tejido del tumor mediante biopsias, sino que ahora podemos hacerlo también a través de la sangre, con lo que llamamos biopsia líquida. Y eso ha sido otro avance enorme. Porque el tumor es una entidad evolutiva: cambia con el tiempo, y no podemos estar haciendo biopsias invasivas cada pocos meses. Poder obtener esa información de una simple muestra de sangre es una auténtica bendición.

En definitiva, gracias a esta medicina de precisión, estamos haciendo realmente una medicina personalizada. Cada paciente recibe un tratamiento diferente, adaptado a su perfil molecular. Ya no todos son iguales. Y yo diría que, junto con el desarrollo de la inmunoterapia moderna, este ha sido uno de los dos grandes saltos cualitativos que ha vivido la Oncología en lo que llevamos de siglo XXI.

CP: *Usted ha participado en muchísimos proyectos de investigación a lo largo de su carrera; ha dirigido muchos ensayos clínicos. Desde su experiencia, ¿cuáles son las dificultades y las gratificaciones de ese trayecto?*

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

EDR: Ese fue también un cambio notabilísimo. A partir de los años 80 comenzamos a trabajar en ensayos clínicos y en investigación, algo que al principio costó bastante. Muchos pacientes mostraban reticencias, decían que no querían ser "conejillos de Indias". Pero poco a poco se fue convenciendo a la sociedad de que, en realidad, el mejor tratamiento posible es precisamente aquel que está controlado y evaluado dentro de un ensayo clínico.

Recuerdo que, en los años 80 y 90, muchos pacientes con cáncer —sobre todo si tenían recursos económicos suficientes— se marchaban a otros países, especialmente a Estados Unidos, en busca de tratamientos innovadores. Hoy eso es una rareza absoluta. Tenemos en España una Oncología de altísimo nivel, y además somos pioneros en el campo de los ensayos clínicos. Nuestro país participa en una gran cantidad de estudios, y la mayoría de los fármacos oncológicos, antes de llegar al mercado, ya han sido testados en hospitales españoles.

En mi caso particular, eso me ha permitido ser, de alguna forma, un referente en el campo del cáncer colorrectal. He tenido la fortuna de participar directamente en ensayos clínicos —fases II y III— de fármacos que hoy forman parte del tratamiento estándar: anticuerpos monoclonales como el bevacizumab, fármacos como el oxaliplatino, o el 5-fluorouracilo en infusión continua, así como algunos fármacos orales. Estuve implicado desde sus fases iniciales, cuando aún eran tratamientos experimentales, y ahora los vemos formar parte de la práctica clínica diaria.

Me siento muy orgulloso de haber formado parte de todo ese proceso, y de haberlo hecho en colaboración con los mejores referentes internacionales. A través de una fundación que creamos a nivel mundial, trabajamos codo con codo con grupos de investigadores de toda Europa y de Norteamérica. Ha sido una experiencia científica y humana extraordinaria.

CP: *Antes me hablaba de su vocación clínica y médica, pero resulta que también tiene talento para la gestión de una gran institución. Desde hace años es miembro de la Real Academia Nacional de Medicina y, además, actualmente la preside. Me gustaría preguntarle algo que a veces no se entiende bien: ¿cuál es hoy el papel de una institución como la Academia? Las Academias son entidades con mucha historia, pero ¿está realmente la Academia de Medicina en contacto con la medicina real, con la vida de los profesionales y de los propios pacientes? ¿Qué función cumple hoy la Academia de Medicina y, sobre todo, qué papel le gustaría a usted que desempeñara durante su presidencia?*

EDR: Esta es una pregunta muy bonita, porque a veces no se entiende bien el papel que tienen hoy las Academias. Las Academias nacieron en la época de la Ilustración, con un propósito muy claro: asesorar a los reyes y a los gobiernos sobre las decisiones que debían tomarse en el ámbito del saber y del bien común. En aquel tiempo no existían ni colegios profesionales ni sociedades científicas, así que las Academias jugaron un papel extraordinario hasta prácticamente bien entrado el siglo XX.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

Pero con el desarrollo de los colegios, de las sociedades científicas y de la Universidad moderna, las Academias han tenido que reposicionarse. Y lo que no debemos hacer es repetir lo que ya hacen otras instituciones. Cada uno debe desarrollar su función específica. En la Real Academia Nacional de Medicina de España lo que intentamos hacer hoy es, por un lado, conservar y poner en valor un legado histórico de un valor incalculable. Por ejemplo, contamos con una biblioteca médica que incluye fondos del siglo XVI y XVII, un referente a nivel nacional.

Además, realizamos sesiones científicas que cada vez integran a más profesionales y público general, y desarrollamos proyectos muy diferenciales. Uno de ellos, del que estamos especialmente orgullosos, es el *Diccionario panhispánico de términos médicos*, que presentamos el año pasado. Fue realizado en colaboración con quince academias de América Latina. El español es una lengua extraordinariamente rica, pero no siempre se usan los mismos términos médicos en todos los países. Este diccionario, que incluye más de 70.000 términos, ha sido un esfuerzo colectivo enorme y absolutamente único: no existe otro diccionario en lengua española dedicado exclusivamente a la medicina. Curiosamente, uno de los países donde más se utiliza es Estados Unidos, por la cantidad de hispanohablantes que allí viven.

Además, trabajamos en el ámbito museístico. La Academia tiene una colección que refleja la historia de la medicina en España y queremos ir más allá, desarrollando un Museo de la Medicina Española, como ya han hecho otros países, para mostrar no solo el pasado, sino también hacia dónde vamos.

El banco de imégenes es también único. Yo invito a todos los interesados a entrar en la página web de la Academia donde podrán encontrar todos los programas y proyectos que tenemos en marcha.

Otro aspecto singular de nuestra institución es el cuerpo académico: está formado por personas de excelencia, profesionales que han llegado al máximo de su carrera y que, en esta etapa, desean devolver a la sociedad parte de lo que han recibido. Y algo muy importante: somos una institución independiente. Elegimos nuestros órganos de gobierno —junta directiva, pleno— sin interferencias externas. No dependemos de ningún poder político ni económico.

También cultivamos algo que no se da en otros espacios: la transversalidad. Una sociedad científica suele centrarse en una especialidad —Cardiología, Oncología, etc.— pero en la Academia están representadas prácticamente todas las especialidades médicas, lo que permite un diálogo verdaderamente multidisciplinar y enriquecedor.

Hoy, además, nos estamos abriendo más a la sociedad y a los pacientes. Queremos contribuir no solo al saber médico, sino también a la divulgación y al acompañamiento social. Organizamos reuniones, jornadas externas, elaboramos documentos de consenso y trabajamos con expertos para abordar los retos actuales de la medicina.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

Mucha gente se sorprende al visitar nuestras instalaciones o al consultar nuestra página web, por la cantidad de actividades que desarrollamos. Yo suelo decir que la Academia es como el Senado de la ciencia médica: un lugar de reflexión, de pausa, de independencia, algo que necesitamos más que nunca en un mundo tan convulso como el actual.

Y tenemos además un modelo verdaderamente nacional. Hay académicos de toda España, las plazas se convocan y se votan de forma secreta. La meritocracia es el criterio central. Por eso, en la Academia están algunos de los mejores profesionales del país, líderes en sus respectivos campos. Y eso es un valor añadido enorme, que ojalá se conociera más y se aprovechara mejor.

CP: *Vamos ya terminando, me quedan solo algunas preguntas, algunas de ellas sobre su último libro. Pero antes me gustaría conocer su opinión sobre la pandemia. Todos hemos vivido una situación realmente excepcional, de las que, afortunadamente, ocurren muy pocas veces. Incluso dentro del propio mundo médico, la pandemia generó tensiones importantes. Siempre se dice que una crisis así deja algunos aprendizajes, pero también da la sensación de que el ser humano olvida muy rápido lo vivido. ¿Qué lecciones cree usted que nos dejó la pandemia? ¿Y qué teme que ya estemos olvidando?"*

EDR: Creo que la experiencia del COVID-19 ha sido una auténtica convulsión para todo el sistema sanitario, absolutamente para todo. Incluso ha impactado en el ámbito de la comunicación médica. Hoy, por ejemplo, usted y yo estamos hablando vía Zoom, y eso es algo que se ha generalizado gracias a la pandemia. Si no hubiese sido necesario, probablemente no lo habríamos implantado con tanta rapidez. Pero la situación lo exigió, y el resultado fue positivo: las instituciones no se detuvieron, al contrario, aumentaron las reuniones, los debates, y todo ello gracias a las herramientas telemáticas. Fue extraordinario ver cómo incluso personas mayores se adaptaban a esta nueva tecnología, que ha demostrado ser muy valiosa.

Ahora bien, el COVID-19 marcó un antes y un después en la medicina española, eso es innegable. Veníamos de una sociedad del bienestar, en la que predominaba la idea del "riesgo cero". Los pacientes —o incluso personas sanas con cualquier preocupación— tenían acceso inmediato a la atención médica, ya fuera en atención primaria, en el hospital o incluso en su propio domicilio. Y de pronto, todo eso se interrumpe. De la noche a la mañana solo se atiende a los pacientes críticos, a los que llegan con un COVID complicado. El hospital se convierte en el centro del sistema y se ve completamente desbordado.

Eso generó enormes dilemas éticos. Recordará usted los momentos más duros, cuando se decía que había que elegir entre atender a un paciente de 75 años o a uno de 35. Eso es algo que un médico nunca había vivido. Ese triaje basado únicamente en la edad fue una situación dramática, humanamente tremenda.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Y más allá de los casos críticos, estaba el paciente que se hacía su test de antígenos en casa, le salía positivo y no sabía qué hacer. ¿Quién le atendía? ¿A quién recurría? Fue entonces cuando nos dimos cuenta de que la atención primaria no tenía la capacidad para absorber la demanda. Y eso es algo de lo que todavía no nos hemos recuperado. Mientras no se refuerce la atención primaria, va a ser muy difícil avanzar.

Lo estamos viendo también ahora, con otras situaciones como el "apagón sanitario" que afecta a muchas zonas. No hay suficientes médicos de familia, y hay que recuperar esa figura esencial: el médico que filtra, que orienta, que decide si un paciente necesita ir al hospital o no. No puede ser el propio paciente el que se autoderive a urgencias por cualquier síntoma. Ese filtro es fundamental.

Lo que la pandemia nos ha enseñado —y no deberíamos olvidar— es que el sistema es frágil. Muy frágil. Y que no estamos preparados para afrontar una crisis sanitaria de esa magnitud. Con toda probabilidad, como ocurrió con el COVID, vendrán otras situaciones similares. Y hay que estar preparados.

Hemos aprendido, sí. Pero como usted decía, tendemos a olvidar muy rápido. Y el problema es que el sistema no ha terminado de ponerse en marcha para buscar soluciones reales. La solución no pasa solo por construir más hospitales, sino por crear estructuras intermedias, por reforzar la atención primaria y por recuperar la atención domiciliaria, sin miedo.

Yo, cuando ejercía como médico general, iba a las casas a ver a los pacientes. Esa cercanía, esa presencia, hay que recuperarla. Porque no solo hay que prepararse para nuevas pandemias, sino también para una sociedad cada vez más envejecida, con más enfermedades crónicas, más fragilidad. Y eso exige un cambio de enfoque. Hay que dirigir el sistema hacia ese horizonte.

CP: *En relación con su último libro, que se titula* Un viaje hacia la inmortalidad: lo que hemos aprendido del cáncer de cérvix*, publicado en mayo de 2024, lo primero que me llamó la atención fue el título. Me parece maravilloso. El viaje hacia la inmortalidad es, sin duda, una idea que ya forma parte del imaginario colectivo de nuestra sociedad. Me ha interesado un poco el tema del transhumanismo, que también plantea la inmortalidad, pero desde una perspectiva más tecnológica. En cambio, usted aborda el tema desde una mirada más biológica y clínica y, en ese sentido, también más realista. ¿Cuál era su objetivo al escribir este libro? ¿Qué quería realmente transmitir con esta reflexión sobre la inmortalidad de las células HeLa?*

EDR: Mi objetivo al escribir este libro fue, sobre todo, educativo y comunicativo. Siempre me ha maravillado la historia de las células HeLa, extraídas en 1951 de una mujer afroamericana llamada Henrietta Lacks. Son unas células únicas, inmortales, que han dado a la medicina uno de sus mayores legados. Gracias a ellas se han desarrollado multitud de tratamientos y vacunas, incluidos muchos de los fármacos que usamos hoy

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 52-72
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.52-72

en Oncología. Pensemos, por ejemplo, en la vacuna contra la poliomielitis: su desarrollo fue posible gracias a cultivos basados en estas células.

Lo más impactante es que Henrietta Lacks era analfabeta, no sabía que le habían extraído esas células, no hubo consentimiento informado… y, sin embargo, su contribución a la medicina ha sido inmensa. Esto me llevó a una primera reflexión: incluso hoy, muchos médicos en España desconocen qué son las células HeLa. No hablo del público general, hablo de profesionales sanitarios. Y me pareció importante contarlo, explicarlo, hacerlo accesible.

A partir de ahí, me pregunté: ¿existe la inmortalidad biológica? Sabemos que las células cancerosas —como las HeLa—, las embrionarias y las germinales pueden considerarse, en cierto modo, inmortales. Pero las células somáticas, que constituyen la mayor parte del cuerpo humano, tienen un número limitado de divisiones (unas 50), tras lo cual mueren. Por tanto, desde un punto de vista biológico, el ser humano no puede ser inmortal. Solo algunas de sus células pueden escapar temporalmente de ese límite, pero una vez que están organizadas, comunicadas entre sí, la inmortalidad como tal desaparece.

Entonces el libro avanza: si no podemos ser inmortales, ¿podemos al menos vivir más y mejor? Ahí entra en juego el concepto de longevidad, de esperanza de vida, y todo lo que la ciencia médica puede hacer para ampliarla.

Y cuando ya no se puede avanzar más por esa vía, aparece el transhumanismo: otro planteamiento completamente distinto. No se trata de curar o prevenir, sino de aumentar nuestras capacidades humanas, físicas, cognitivas, incluso genéticas. Y esto abre todo un campo de preguntas éticas. Porque si todos deseamos mejorar, ¿quién tendrá acceso a esa tecnología? ¿Estamos avanzando hacia una nueva eugenesia, hacia seres humanos “a la carta”? ¿Y qué pasará con la desigualdad social que eso puede generar?

Así empiezan a surgir muchas especulaciones. ¿Estará el *Homo sapiens* viviendo sus últimos capítulos? ¿Aparecerá un *Homo sapiens* 2.0? ¿Conviviremos ambas formas de humanidad? ¿Quién pertenecerá a cada grupo? Todo esto nace, en realidad, de una pregunta biológica muy sencilla, y desde ahí el libro va creciendo, explorando implicaciones médicas, sociales, filosóficas y éticas.

Y, finalmente, hay un aspecto que no quería dejar pasar. Henrietta Lacks murió de un cáncer de cuello uterino, una enfermedad que hoy, gracias a la vacunación contra el virus del papiloma humano, es prevenible y curable. En España, niños y niñas reciben la vacuna a los 12 años, y la OMS ha dicho que, en unos 30 años, este tipo de cáncer podría erradicarse. Pero, ¿de qué mundo estamos hablando? Porque en gran parte del planeta, en muchas zonas del llamado "tercer mundo", las mujeres no saben ni siquiera que existe el test de Papanicolau, viven en aldeas remotas, y no serán nunca atendidas

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

por un médico. Más del 50% de la humanidad sigue sin acceso a una atención sanitaria mínima.

En definitiva, el libro es una invitación a pensar. A partir de un dato biológico fascinante —la inmortalidad de unas células humanas— se abre todo un abanico de cuestiones sobre la vida, la desigualdad, el futuro de la medicina y del ser humano.

CP: *El tema de la mejora es fascinante, y no solo desde el punto de vista biológico y médico. También se ha abordado desde la filosofía, especialmente cuando se plantea la diferencia entre una mejora de la esperanza de vida o la longevidad —es decir, una mejora biológica— y una mejora ética, relacionada con el comportamiento, los valores o la convivencia. Y ahí surge una pregunta de fondo: ¿es posible mejorar éticamente al ser humano solo a través de medios biológicos o tecnológicos? Porque, en el fondo, lo que más nos debería importar es formar mejores ciudadanos, personas más justas, más respetuosas. La mejora biológica puede ser importante, pero sin una mejora ética, ¿no corremos el riesgo de que esa misma biología potenciada acabe volviéndose contra nosotros?*

EDR: El tema de la mejora —y de la ética asociada a ella— nos lleva de nuevo a la Universidad, porque, sinceramente, se enseña muy poco sobre ética en los planes de estudio. Y, sin embargo, el gran problema de las sociedades modernas es precisamente que la ética no es fácil de regular. No se puede legislar la ética como se legislan otros aspectos. Eso hace que los criterios éticos puedan variar mucho de una persona a otra, de una cultura a otra. Por eso se habla de moralidad, de costumbres, de principios... pero nada de eso es universal ni sencillo de aplicar.

Lo hemos visto recientemente con el debate sobre la inteligencia artificial. La Unión Europea ha intentado, con buen criterio, establecer una regulación para poner ciertos límites. Pero claro, ¿qué ocurre cuando otras regiones del mundo no imponen esos mismos límites? ¿Qué pasará, por ejemplo, en China, donde ya hay laboratorios trabajando en longevidad, mejora de capacidades humanas, criopreservación, etc.? ¿O en América, donde también hay avances muy rápidos?

Podemos acordar, desde nuestro marco ético, que no se debe trabajar con células embrionarias a partir de cierto estadio de desarrollo. Y eso está bien, es necesario. Pero el mundo es demasiado grande y diverso, y siempre existe el riesgo de que, en cualquier lugar, alguien cruce una línea. Ya nos ha pasado: recordemos el caso del científico chino que manipuló el genoma de dos embriones humanos para dar lugar a unas gemelas con modificaciones genéticas. Eso marca un antes y un después. No es lo mismo corregir un gen en un adulto que intervenir en el embrión: ahí estamos alterando el patrimonio genético de las futuras generaciones.

Así que sí, estamos ante discusiones éticas enormes, que van mucho más allá del laboratorio. Y creo que los gobiernos, las sociedades, las universidades... todos debemos estar concienciados y participar activamente en este debate. Pero ese es

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

precisamente el reto: que no es fácil, porque estamos tratando de poner límites éticos en un mundo que no tiene fronteras tecnológicas.

CP: *Pues invito a todos los lectores de EIDON a que lean su libro, que aborda el caso de Henrietta Lacks desde una perspectiva nueva. Es un tema que ha sido tratado desde distintos enfoques —literario, histórico, etc.—, pero aquí se ofrece una mirada biológica y médica realmente interesante, que invita a seguir pensando y reflexionando.*

Para terminar, me gustaría pedirle un mensaje dirigido especialmente a los jóvenes que se están formando en medicina. Desde su experiencia como clínico, como investigador y como académico, ¿qué cree usted que no debería faltar en la vocación médica hoy? ¿Qué valores o actitudes considera fundamentales para mejorar la atención a los pacientes y convertir a esos jóvenes en excelentes profesionales?

EDR: Yo creo que este es el gran reto que tenemos hoy en día en la medicina. No es fácil avanzar hacia una medicina más humanista en un momento en que la tecnología, sin duda, está ocupando un lugar cada vez más dominante. Y que conste: soy muy partidario de la tecnología. Me entusiasma todo lo que la inteligencia artificial puede aportar, especialmente en la mejora de la atención al paciente y en la reducción de errores. Con solo eso ya habríamos ganado mucho.

Pero si queremos construir una medicina de otra naturaleza —más cercana, más humana— hay que empezar por la educación. Las universidades tienen que cambiar. Hoy por hoy están ancladas en el pasado. La selección del profesorado no siempre es la adecuada, no hay movilidad académica, y muchos alumnos no acceden a los estudios de medicina por verdadera vocación, sino por tener buenas calificaciones. Y tener buenas notas no siempre significa tener la actitud o los valores necesarios para ser un buen médico.

Tenemos que preguntarnos: ¿qué tipo de médico está demandando la sociedad? Porque esa debería ser la guía. Hay que volver al origen. Y, desde ahí, reformar la Universidad.

En segundo lugar, los sistemas asistenciales —tanto públicos como privados— deben priorizar la relación médico-paciente. Se habla mucho de empoderar al paciente, y está bien. Pero también hay que empoderar al médico. El médico debe ser quien gestione y tome decisiones clínicas con responsabilidad y autonomía. Y hay que recordar que la medicina no es un negocio: es una necesidad básica. Eso no lo podemos perder de vista.

En cuanto a las actitudes personales, creo que uno debe estar siempre dispuesto al cambio. Como decía Einstein: si quieres que las cosas sean diferentes, no repitas siempre lo mismo. Y hay filósofos que nos invitan a “desaprender”: a cuestionar lo que venimos haciendo por rutina, y que quizá ya no tiene sentido.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Y para cerrar, me gusta recordar a don Quijote cuando le decía a Sancho: "Sancho, cambiar el mundo no es una locura, ni utopía, sino justicia." Cambiar el mundo —aunque sea un poco, aunque sea desde la consulta o desde la Universidad— es, en efecto, una obligación. Porque si no lo hacemos, la medicina irá perdiendo su esencia, irá fragmentándose, y el médico estará cada vez más lejos de su verdadero centro: el paciente.

CP: *Profesor Díaz-Rubio: ha dado un mensaje claro, muy necesario y espero sinceramente que llegue a todos nuestros lectores. Quiero darle las gracias por esta conversación tan fluida, tan fácil, tan rica.*

EDR: Muchísimas gracias, profesor Carlos. Me he sentido muy a gusto, muy cómodo contigo —si me permites tutearte—. Ha sido un verdadero placer compartir esta conversación. Quiero agradecer también a la Fundación de Ciencias de la Salud por hacerlo posible, y, por supuesto, al profesor Diego Gracia.

CP: *El agradecimiento es nuestro, por su tiempo y sus reflexiones. Esta conversación, sin duda, enriquecerá a nuestros lectores, especialmente a quienes buscan en la medicina no solo una guía clínica, sino también un compromiso ético.*

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
junio 2025, 63: 73-78
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.73-78

Deliberando

Deliberação para final de vida em Unidade de Terapia Intensiva. Relato de Caso.

Janny Leonor Lourenço Ferreira[1] y Josimário Silva[2]

[1] Médica intensivista do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

[2] Professor de Bioética Clínica do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco

Introducción

A prática clínica em unidades de terapia intensiva (UTI) frequentemente envolve a tomada de decisões complexas diante de pacientes em situação crítica. O ambiente da UTI, por sua natureza, expõe os pacientes ao risco de altos níveis de intervenções tecnológicas, que nem sempre e mostram adequadas diante do prognóstico das situações clínicas apresentadas. Quando são realizadas intervenções sem a adequada avaliação do prognóstico, há elevado risco de que tratamentos fúteis ou potencialmente inapropriados sejam empregados(1).

A manutenção da dignidade do paciente durante a internação na UTI constitui um dos grandes desafios para a equipe multidisciplinar, de modo que as decisões relativas ao tratamento não podem ser limitadas ao manejo técnico da condição clínica subjacente. Há a necessidade de que os valores que conferem significado e sentido à vida do paciente sejam incluídos no processo de tomada de decisão compartilhada(2). Diante da vulnerabilidade trazida pelo adoecimento e, muitas vezes, da incapacidade de comunicação do paciente, seja pelo uso de dispositivos ou de sedativos, a família precisa ser envolvida no processo de tomada de decisão(3).

Dilemas morais emergem à medida em que os profissionais de saúde precisam equilibrar princípios fundamentais, como beneficência, não maleficência e justiça com a autonomia(4) e o respeito aos valores e crenças do paciente e de sua família. Nesse contexto, a deliberação moral surge como uma ferramenta essencial para garantir a tomada de decisões éticas fundamentadas, promovendo um cuidado centrado no paciente e alinhado com seus desejos e prioridades(5).

Este artigo tem como objetivo relatar e analisar um caso clínico que ilustra a complexidade da deliberação moral em cuidados paliativos na UTI, destacando a importância do diálogo interdisciplinar, da escuta ativa, da avaliação prognóstica e dos valores individuais no processo decisório. O método utilizado preconiza a ponderação das diferentes possibilidades por parte da equipe, incluindo ações extremas e intermediárias, até chegar ao curso ótimo, a decisão que melhor equilibra os valores conflitantes e atende às necessidades do paciente.

Deliberação sobre os Fatos Clínicos

JGFG, masculino, 51 anos, casado, evangélico, com antecedente de neoplasia renal e acometimento metastático ósseas e pulmonares, vinha em tratamento quimioterápico para controle de evolução da doença, porém sem perspectiva de cura. Apresentava boa funcionalidade com independência para atividades de vida diária até a admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) por insuficiência respiratória, atribuída a infecção respiratória e broncoespasmo.

Logo após a admissão na UTI foi intubado e submetido a ventilação mecânica invasiva. Iniciou tratamento com ceftriaxona e azitromicina para infecção respiratória adquirida na comunidade. Trazia tomografia computadorizada do tórax com contraste realizada no dia anterior devido ao desconforto respiratório. O exame não evidenciava condensações, embolia ou de progressão de metástases pulmonares.

No dia seguinte à admissão na UTI, apresentou importante melhora clínica preenchendo critérios para extubação. Após a retirada da ventilação mecânica, evoluiu em poucas horas com broncoespasmo e falência respiratória sendo novamente intubado. Logo após o reinício da ventilação mecânica houve resolução completa do broncoespasmo.

Diante da necessidade de investigar melhor o motivo da falha de extubação e visando garantir a segurança em uma próxima tentativa de desmame de ventilação, foi solicitada uma broncoscopia. O exame revelou múltiplas metástases em diversos pontos da árvore brônquica, algumas com aspecto pedunculado. As lesões eram responsáveis pela obstrução das vias aéreas e pelo broncoespasmo subsequente, porém quando o paciente era submetido a ventilação mecânica, a pressão positiva nas vias aéreas deslocava a extremidade das lesões móveis, permitindo a passagem do ar e uma adequada ventilação.

Em virtude da progressão da doença em vigência de tratamento oncológico e agora da necessidade de ventilação mecânica contínua, foi solicitada reavaliação pela oncologia

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

para discussão prognóstica e adequação do plano de tratamento. A avaliação oncológica confirmou o prognóstico ruim, não havendo proposta de terapia modificadora da doença oncológica.

Desde a admissão, durante o período em que esteve sob ventilação mecânica, o paciente recebeu sedação venosa contínua, para adaptação à ventilação mecânica e redução do desconforto associado, em dose que permitia o controle dos sintomas e a manutenção de nível de consciência adequado para a interação. Apresentava enorme necessidade de comunicação sem poder verbalizar. Tentava comunicar-se por mímicas e através da escrita, porém, apesar de ser compreendido, a velocidade da troca de informações era inferior à sua necessidade. Ainda antes da realização da broncoscopia escreveu que sabia ser o câncer responsável por sua piora clínica, demonstrava resiliência e aceitação de sua condição atual, informando que priorizava a sua qualidade de vida e o alívio do sofrimento.

O paciente escrevia sobre questões espirituais e religiosas com aparente tranquilidade. Após ser visitado por um pastor que professou a cura pela Fé como um evento iminente, mostrou-se um pouco inquieto. Expressava que tinha Fé, porém que não esperava ser curado e preparava-se para a possibilidade de vir a falecer em breve.

Diante da intensa necessidade de comunicação do paciente em fase final de vida, que aceitava sua condição e não desejava ter o sofrimento adicionado por medidas que prolongassem o processo de morrer, discutimos com ele o plano terapêutico e solicitamos sua autorização para a realização de conferência familiar com a esposa e os filhos.

Uma vez autorizada pelo paciente, a conferência familiar foi realizada. Infelizmente, por questões estruturais da UTI, não conseguimos que o paciente participasse da reunião. Tanto a esposa quanto os filhos trouxeram a importância da preservação da dignidade e da atenuação do sofrimento tanto quanto possível nesta fase da vida do paciente. Ele mesmo concordava com estes valores e desejava ficar com a família tanto tempo quanto possível.

Deliberar sobre Valores

a) Principal problema ético

Deveria ser mantida a ventilação mecânica com o risco de prolongar o processo de morrer de um paciente sem proposta de tratamento oncológico?

Para a adequada tomada de decisão, faz-se necessário identificar os valores envolvidos. No caso atual foram identificados como principais valores: autonomia, fé, religiosidade, não maleficência, beneficência, dignidade, necessidade de comunicação, desejo de permanecer ao lado da família e o desejo de ir para casa.

b) Valores em conflito

Uma vez identificados os valores envolvidos, o ideal seria proteger a todos, no entanto, alguns valores são conflitantes, gerando problemas morais.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Valores referentes ao paciente	Valores para a equipe
O desejo do paciente de se comunicar	Promover uma via aérea segura
Qualidade de vida adequada	Não maleficência
Convívio social	Alta segura

A necessidade de comunicação verbal e o sentimento do paciente de ainda não ter dito tudo o que desejava tornavam necessária a manutenção da ventilação mecânica que, por outro lado, poderia prolongar o sofrimento e o processo de morrer. O dever da equipe de saúde de garantir a melhor assistência possível poderia tornar o tratamento um motivo adicional de sofrimento e de perda da dignidade por parte do paciente. O desejo do paciente de passar o fim da vida em casa, era conflitante com a indisponibilidade de recursos necessários para a adequada assistência e o controle de sintomas naquele ambiente. Adicionalmente, foi identificada a resiliência que o paciente apresentava diante da morte, contraposta ao discurso de alguns religiosos de que ele seria curado pela Fé.

Deliberando sobre Deveres

a) Cursos extremos

Suspender o suporte ventilatório	Manter o suporte ventilatório

b) Cursos intermediários

- Realizar conferência familiar para compreender melhor os valores do paciente e os da própria família;
- Incluir o paciente e os familiares na discussão do plano de tratamento;
- Discutir o caso clínico na reunião do núcleo de cuidados paliativos e bioética clínica da instituição;
- Realizar traqueostomia e adaptar uma válvula de fala para permitir a fonação;
- Manter o paciente na UTI e ampliar a permanência da família;
- Propor a continuidade do cuidado em enfermaria junto aos familiares, apesar do uso de ventilação mecânica;
- Discutir o caso com a equipe de oncologia da enfermaria para acertar os detalhes da transferência e assegurar a continuidade de cuidados;
- Assegurar o acompanhamento na enfermaria por médicos da UTI com formação em cuidados paliativos;
- Informar à equipe de atendimento às intercorrências o quadro clínico do paciente e o plano de cuidados;
- Discutir com a equipe de fisioterapia a possibilidade de manter pressão de suporte como modo ventilatório sem backup de apneia;

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

- Promover discussão do caso entre as equipes de fisioterapia da UTI e da enfermaria;
- Treinar a equipe de fonoaudiologia da enfermaria para manusear a válvula de fala;
- Manter o atendimento na enfermaria pela equipe de fonoaudiologia da UTI quando em uso da válvula de fala;
- Solicitar internamento domiciliar por via judicial;
- Autorizar a presença de maior número de visitantes ao mesmo tempo para que o paciente possa ter momentos em família e entre amigos;
- Viabilizar encontros entre o paciente e seus líderes religiosos;
- Prover acolhimento de questões espirituais;
- Manter o adequado controle de sintomas;
- Não instituir outras medidas de suporte avançado de vida além da ventilação mecânica já em uso.

c) Curso considerado como ótimo

Realização de traqueostomia e instalação de válvula de fala com posterior transferência para a enfermaria.

Teste de Consistência

a) Publicidade

O caso pode ser tornado público sem prejuízo da reputação dos envolvidos.

b) Temporalidade

As discussões foram realizadas tempestivamente e a decisão seria mantida caso houvesse mais tempo.

c) Legalidade

As decisões respeitam as regulamentações do conselho federal de medicina, do código de ética médica e do ministério da saúde que prevê a disponibilidade de cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desfecho do Caso

O paciente foi traqueostomizado, recebeu a válvula de fala e, após breve treinamento da equipe da unidade de internamento quanto ao uso do dispositivo, foi transferido no dia seguinte para a enfermaria de oncologia. Na enfermaria, continuou sendo assistido diariamente pela equipe médica e de fonoaudiologia da UTI, ambas com formação em cuidados paliativos, além de cuidados intensivos. A condução das intercorrências foi realizada pela equipe da enfermaria, de acordo com orientações contidas no prontuário e frequentemente reajustada através de alinhamentos entre as equipes da UTI e da oncologia.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Referências bibliográficas

Vidal EIO, Ribeiro S, Kovacs MJ, Maximo da Silva L, Sacardo DP, Iglesias SBO, et al. (2024) Position statement of the Brazilian Palliative Care Academy on withdrawing and withholding life- sustaining interventions in the context of palliative care. *Crit Care Sci*.;36:e20240021en.

Kesecioglu J, Rusinova K, Alampi D, Arabi YM, Benbenishty J, Benoit D, et al. (2024) European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Med*.;50(11): 1740-66.

Martins Pereira S, Fradique E, Hernandez-Marrero P. (2018) End-of-Life Decision Making in Palliative Care and Recommendations of the Council of Europe: Qualitative Secondary Analysis of Interviews and Observation Field Notes. *J Palliat Med*.; 21(5): 604-15.

Beauchamp T, Childress J. (2019) Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *Am J Bioeth*.;19(11): 9-12.

Gracia D. (2003) Ethical case deliberation and decision making. *Med Health Care Philos*.;6(3): 227-3.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 79-81
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.79-81

Hemos leído

Lluís Montoliu, *No todo vale. ¿Qué hace un científico hablando de ética?* Pamplona, Next Door Publishers, 224, 328 págs.

Diego Gracia

La editorial Next Door de Pamplona, recientemente desaparecida, ha publicado durante estos últimos años varios libros del biólogo molecular Lluís Montoliu. El primero fue *Editando genes: recorta, pega y colorea. Las maravillosas herramientas CRISPR* (1ª ed. 2019; 3ª ed. 2021), el segundo *Genes de colores: ¿Por qué nos fascinan las personas pelirrojas?* (2022), después *¿Por qué mi hijo tiene una enfermedad rara?* (2023), y ahora *No todo vale: ¿Qué hace un científico hablando de ética?* (2024). La simple enumeración de estos títulos demuestra bien que Lluís Montoliu no es solo un investigador, tarea que lleva a cabo en el Centro Nacional de Biotecnología del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, sino que además está muy preocupado por las repercusiones sociales y éticas de su actividad y por las que hoy se llaman "dimensiones traslacionales" de la investigación científica. Esto es particularmente relevante hoy, tras los avances espectaculares operados en biología molecular. Esto llevó a Lluís Montoliu a fundar, en 2006, la Sociedad Internacional de Tecnologías Transgénicas (ISTT), que ha presidido hasta 2014. Y eso mismo explica que haya centrado su atención en temas como los de la pigmentación y albinismo, lo que en 2020 le hizo merecedor de la medalla H.S. Raper de la IFPCS/ESPCR precisamente por sus investigaciones en ese campo. Es también Premio Nacional de Biotecnología.

Lo dicho explica el interés del Dr. Montoliu por la ética, y muy en particular por los problemas éticos planteados por el vertiginoso desarrollo de la biología molecular desde mediados del siglo XX hasta la actualidad. Ese interés le llevó a entrar en contacto con el tristemente desaparecido Javier Gafo, biólogo como él y además director de la Cátedra de Bioética de la Universidad de Comillas en Madrid, una de las personas que

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 79-81
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.79-81

más ha hecho por el desarrollo de la bioética en nuestro medio. Allí conocí yo al Dr. Montoliu a finales del pasado siglo.

El libro que publica ahora se abre con esta dedicatoria: "A Henrietta, para que no solo sus células sino su memoria persista en todos nosotros y no la olvidemos jamás". Se trata de Henrietta Lacks, famosa por las células HeLa, de las que fue donante involuntaria y que siguen utilizándose hoy en investigación. Entre nosotros, Eduardo Díaz-Rubio ha narrado la historia de estas células en su reciente libro *Un viaje hacia la inmortalidad* (2023).

¿Por qué hablar de ética a propósito de la ciencia? Porque, como dice el autor ya desde el principio, no todo lo técnicamente posible y hasta deseable es, sin más, éticamente correcto. Ya decía Kant que el mismo cuchillo que sirve para comer sirve también para matar. De ahí deriva la conocida tesis de la "neutralidad" ética de la ciencia. ¿Pero es esto realmente así? El propio Kant diría que no. Hay cosas que son, por su propia naturaleza, intrínsecamente perversas. Y en biología molecular es fácil, muy fácil, traspasar los límites de lo que es moral y humanamente razonable. Nos lo advierte el Dr. Montoliu ya en las primeras páginas del libro. De ahí el lema con el que lo cierra: "No todo lo que sabemos o podemos hacer lo debemos hacer. De eso se ocupa la bioética" (p. 239).

El libro se inicia con un prefacio que lleva este significativo título: "¿Qué hace un científico hablando de bioética?". Tras él, el primer capítulo está dedicado a explicar, brevemente, "¿Qué es esto de la bioética?". Le sigue otro en el que se plantea el problema de la experimentación en seres humanos: "Cuando la investigación involucra a seres humanos". El tercero se dedica a la "investigación con embriones y células de seres humanos", y el cuarto a la "investigación con animales". Le siguen los tres capítulos finales, sobre "otros aspectos éticos relevantes en la investigación en ciencias de la vida", "la bioética en la inteligencia artificial y la robótica" y "los nuevos retos y dilemas de la bioética". Este último capítulo concluye con la siguiente reflexión:

> "Tenemos un animal (el gato) que tiene una proteína en su saliva (Fel d 1) que no sabemos a ciencia cierta para qué la usa, pero que sospechamos que es parte de un sistema de comunicación social con otros animales, con otros gatos. Genéticamente, sabemos que la proteína Fel d1 está formada por dos cadenas de aminoácidos codificados por el gen CH1 y otras dos codificadas por el gen CH2. Y, dado que tenemos la tecnología CRISPR a nuestra disposición, no se nos ocurre nada mejor que usarla para inactivar estos dos genes del genoma del gato, para así obtener gatos hipoalérgicos. Este es un experimento que es técnicamente posible, pero, en mi opinión, éticamente muy discutible. ¿Sabemos cuál es la función de la proteína Fel d 1 en la biología y fisiología del gato? No. Y, entonces, ¿cómo se nos ocurre inactivar unos genes que, probablemente, limiten o reduzcan las interacciones sociales del gato o alteren de forma significativa sus costumbres y, en definitiva, su bienestar animal? Está claro que en este experimento los beneficiados somos nosotros, los seres humanos: los gatos editados con CRISPR en estos dos genes dejarían de producir alergia a las personas. Pero ¿qué beneficio le proporcionaría al gato esta inactivación? Seguramente ninguno. Por el contrario, es posible anticipar alguna alteración significativa de su bienestar animal. No conocemos ningún gato mutante/*knockout* para CH1 y CH2. No sabemos las consecuencias que para el

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 79-81
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.79-81

> gato tendría la inactivación de estos genes. De acuerdo con los investigadores responsables de esta investigación, solo 'suponemos' que se trata de dos genes probablemente prescindibles, que no deberían afectar a la vida del animal. Sinceramente, me parece una imprudencia colosal proponer la creación de estos gatos sin saber a ciencia cierta cuál es el papel de la proteína Fel d 1 en la vida de los gatos. Podemos generar gatos hipoalérgicos. Pero… ¿debemos generarlos?" (pp. 317-318).

Así finaliza el libro, situando al lector ante un caso práctico y concreto. Sería ingenuo pensar que la respuesta a ese interrogante puede ser un sí o un no rotundos, que es probablemente lo que en un primer momento nos pide el cuerpo. En esto, como en casi todo en la vida, son esenciales los matices. De ahí la importancia de la formación en ética, como disciplina que nos enseñe a refrenar nuestros impulsos primarios, a reflexionar sobre los casos complejos y a tomar decisiones maduras, ponderadas, sabias o prudentes. Algo que no podemos fiar solo a la buena voluntad, porque requiere también conocimientos claros y el dominio de ciertas habilidades prácticas que nos permitan dar con la solución correcta de estos complejos problemas.

Porque, como reza el título del libro de Lluís Montoliu, *No todo vale.*

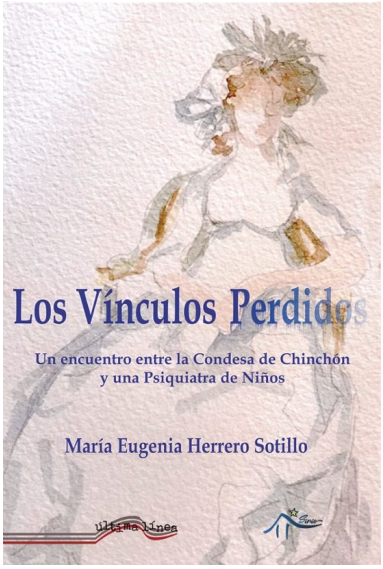
© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 82-83
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.82-83

Hemos leído

María Eugenia Herrero Sotillo, *Los Vínculos Perdidos.* Editorial Última Línea, Málaga, 2024.

Blanca Morera



María Eugenia Herrero Sotillo es médica psiquiatra y psicoterapeuta. Una mujer experta en el tema del vínculo y el apego, a quien conozco cada vez mejor a través de su obra. En otro número de EIDON tuve el honor de comentar su libro *Neurobiología del apego temprano y su trastorno*. En esta ocasión me he acercado a un libro que tiene otro tono, otra perspectiva, sobre el mundo de los niños. En palabras de la autora: "Un LIBRO DE NIÑOS, sobre NIÑOS y para NIÑOS de todas las edades", en el que "el entusiasmo y la ternura" de la autora son un fértil lugar de asentamiento de conceptos complejos y actuales.

Este interesante texto parte de una conocida obra pictórica del gran Goya, la Duquesa de Chinchón, Mª Teresa de Borbón, una joven embarazada, una niña-madre, para llevarnos de la mano de una narración intuida desde la experiencia artística al conocimiento de los aspectos más profundos de la crianza. En ese lugar significativo, el acercamiento al vínculo y su patología, el Trastorno del Vínculo, son el objetivo final del texto.

Los dos primeros capítulos introductorios son, sobre todo, un elemento motivador de la lectura, que viene a subrayar la importancia del protagonista, el niño, sirviéndose la autora de imágenes poéticas, pictóricas e históricas. El tercer capítulo resume, de forma magistral, los procesos primarios del desarrollo humano, donde las interacciones conforman los vínculos primeros que darán lugar a las primeras relaciones. En él se describen los seis niveles de interacciones (biológicas, comportamentales, afectivas o emocionales, fantasmáticas, pré-simbólicas y culturales/míticas), que juegan un papel esencial en el desarrollo de la personalidad de ese futuro ser adulto, único y específico desde su concepción.

Se aborda después el Trastorno del Vínculo como "carencia, falla o distorsión de esa relación primaria y necesaria" entre una madre y ese ser en crecimiento, y que dará lugar a problemas en distintas áreas, pero especialmente en las relaciones

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 82-83
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.82-83

interpersonales. La autora destaca la figura de la MADRE, en mayúsculas, como persona que provoca, facilita y articula fenómenos imprescindibles para un crecimiento mentalmente sano, como la confianza o la seguridad. Pero no olvida el lugar y el papel del padre. La relación, el apego, tiene dos vertientes importantes. La reflexión sobre la lactancia, tanto materna como artificial, intenta explicar culpas y angustias evitables, el temido síndrome de la "mala madre". El conjuro de la disponibilidad razonable parece una buena solución.

Transitando por el texto, se va revelando la importancia del tiempo en la crianza, el necesario sosiego—tan difícil en el Siglo XXI—para detectar las necesidades del bebé, que deben ser atendidas para que el apego sea seguro, pues de otra forma ese pequeño ser crecerá en la desconfianza, en el miedo y en la inseguridad. La deriva a los graves trastorno de la identidad (personalidad) se explica fácilmente. Y en esta posibilidad de mala evolución, una posibilidad preventiva: el cuidado y el apoyo a la madre, el acompañamiento familiar, para que ella pueda abordar con éxito esa maternidad. Los condicionantes sociales en nuestra época no parecen jugar a favor. Y, sin solución de continuidad, la autora nos ofrece en el capítulo V una panorámica, como si nos encontráramos en su privilegiada atalaya de psiquiatra de niños, de la realidad multiforme y única de los niños y adolescentes a los que ha conocido y atendido/cuidado, para hacer luego un aterrizaje forzoso –y crítico– a la pandemia de 2020.

En los siguientes capítulos se desarrolla en el texto lo podríamos llamar una visión "psicohistórica". Se detalla en el texto el origen y la biografía de la Condesa de Chinchón y los personajes históricos de la España de finales del Siglo XVIII y principios del XIX que le acompañan, confrontando los análisis de esta figura femenina realizados por otros autores. El contexto familiar y social se revela como elemento explicativo y motivador de una conducta no siempre bien contada. Y También se introduce en la historia al enorme Francisco de Goya y Lucientes, y su llegada a la vida de M.ª Teresa, mejor dicho, la de su familia, y las veces que pudo pintarla hasta que llego el cuadro de la primavera de 1800, que la autora ha elegido como eje vertebrador de este libro. En esa convergencia, reinterpretada y descrita, se entremezcla la descripción (e interpretación) de la obra pictórica femenina de Goya, que incluye a la rival—amante de Godoy—de la protagonista y el análisis de la ¿locura? del pintor aragonés.

En la historia se insertan los últimos capítulos del libro que nos traen de vuelta al desarrollo de la psiquiatría de NIÑOS, que pugna por deshacerse de la visión adultomorfa para volverse a la realidad perinatal, esencial para comprender la vida infantil, la vida adolescente y la vida adulta. A través de siete cuentos, la autora toca temas esenciales: la muerte, el estigma, los prejuicios, la asistencia, etc. en una panorámica amplia de los desafíos que hay que afrontar.

El cierre del libro no es sólo un rescate de la difícil maternidad de la condesa de Chinchón, sino también una invitación a soñar para nuestro país una mejor atención a los NIÑOS. Un cierre muy específico e importante para una obra original, dulce y sorprendente.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

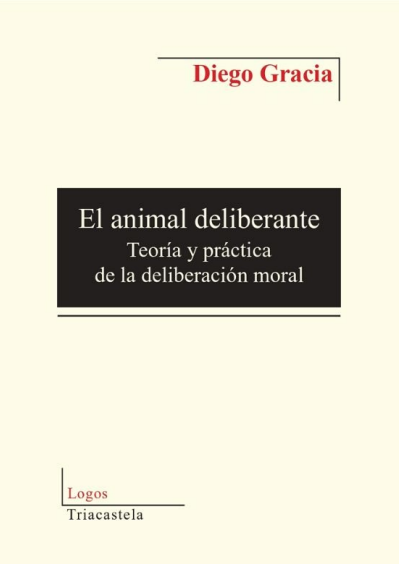
EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 84-87
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.84-87

Hemos leído

Diego Gracia, *El animal deliberante. Teoría y práctica de la deliberación moral*. Triacastela, Madrid, 2025, 674 pp.

La deliberación como actitud ética

Carlos Pose



Parece errónea la idea de que las personas muy conocidas, o algunas de sus obras, no necesitan presentación. Toda obra, por reconocida o esperada que sea, se inserta siempre en un contexto u horizonte nuevo, y se dirige a lectores que, en muchos casos, pertenecen a generaciones más recientes o se incorporan por primera vez al campo en cuestión. Por eso la recepción de una obra nunca es idéntica en cada generación. Y la familiaridad con el nombre del autor tampoco garantiza, ni mucho menos, la comprensión de su pensamiento. Las grandes obras necesitan ser presentadas precisamente porque su valor exige ser actualizado, interpretado y analizado en cada época. Presentarlas es, en el fondo, una forma de preguntar por su sentido y de ponerlas en diálogo con otras teorías o prácticas vigentes.

Conozco desde hace tiempo la obra del profesor Diego Gracia y he tenido ocasión de aplicar su modelo deliberativo en distintos contextos formativos. Por eso puedo afirmar que *El animal deliberante. Teoría y práctica de la deliberación moral* no se limita a cuestionar los fundamentos metodológicos de buena parte de las éticas aplicadas, ni incurre en la típica reducción de la ética a un simple repertorio de normas o a un mero cálculo previsible de consecuencias, como suele ser tan habitual hoy. Muy al contrario, esta obra parte de una revisión en profundidad de los presupuestos antropológicos que hacen posible la propia deliberación y exige del lector una implicación personal en su condición de ciudadano, educador o profesional. En este sentido, es un libro que huye de los lugares comunes y se sitúa, como el propio Gracia ha subrayado en otras obras, en el nivel más originario de toda ética: la experiencia moral, que es por definición, individual, pero que por eso mismo puede ser descrita y comunicada a otros individuos en un afán por ver su alcance.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EIDON, nº 63
mes 2025, 63: 84-87
DOI: 10.13184/eidon.63.2025.84-87

Hay libros que nacen de una acción espontánea y otros que responden a una urgencia editorial. Este, en cambio, es fruto de una reflexión y una práctica sostenidas durante décadas. Como el lector observará desde el inicio, la teoría y práctica de la deliberación que en esta obra se expone es el resultado de una larga y consagrada trayectoria docente en los campos de la filosofía, la bioética y, muy especialmente, la ética clínica. Pocas veces una propuesta teórica se presenta con un itinerario tan persistente y comprobado: más de treinta años de trabajo intelectual y de práctica en muchos comités de ética asistencial, aulas, consultas y encuentros profesionales. No se trata pues de una teoría nacida en abstracto, sino forjada a través de muchas lecturas y el análisis continuo de casos reales. Por lo tanto, que esta obra comenzara a gestarse hace varias décadas y solo ahora vea la luz en su totalidad no es un hecho casual, sino un signo elocuente tanto de la madurez intelectual de su autor como del enorme desafío que se propuso afrontar en su momento.

¿Cómo es posible que la historia de la filosofía haya relegado a un segundo plano, o haya ignorado, el método por el cual los seres humanos tomamos decisiones concretas y cotidianas? ¿Cómo se han podido construir sistemas éticos de espaldas a lo que constituye, precisamente, el núcleo de nuestra condición moral: la deliberación? Estas preguntas nos llenan de perplejidad y nos enfrentan a la realidad de nuestra propia tradición intelectual, abriendo la posibilidad de un nuevo modo de mirar, y de practicar, la deliberación moral.

La publicación de *El animal deliberante* marca la culminación de una etapa en el pensamiento de Diego Gracia y, al mismo tiempo, inaugura una vía inédita en el panorama ético contemporáneo. Hasta ahora, la deliberación había ocupado en su obra un lugar instrumental: un procedimiento al servicio de la ética clínica. En este libro, en cambio, se presenta como la condición fundante de la vida moral. Lo que nos define como seres humanos no es, como se ha repetido tantas veces, la racionalidad pura, sino la capacidad práctica de deliberar. Una capacidad que no es una mera destreza técnica, sino una necesidad biológica, una exigencia antropológica y, por ello mismo, un imperativo ético. La consecuencia es que tal vez el ser humano no sea, en primer término, un animal racional, sino, más radicalmente, un animal deliberante.

El prólogo del libro parte de una observación trivial —la conducta de un perro que reconoce el camino al veterinario— para desmontar la tradicional separación entre “nosotros, los racionales” y “ellos, los instintivos”. Gracia no niega que haya inteligencia animal, pero señala que la humana opera de otro modo: proyecta, transforma su entorno, evalúa y toma decisiones desde los valores. “Deliberar es una función que al ser humano le viene exigida biológicamente”, y esa función no puede desligarse de nuestra dimensión moral. No se trata, pues, de un añadido cultural, sino de una función vital.

La obra se divide en cuatro partes: una dedicada a las teorías de la racionalidad y la toma de decisiones; una segunda, a la génesis griega de la deliberación; una tercera, al proceso de su eclipse en la historia intelectual; y una cuarta, que presenta la racionalidad deliberativa como modelo alternativo. A ello se suman un epílogo, una conclusión extensa y nueve capítulos de desarrollo. Esta estructura permite al prof. Gracia no solo fundar conceptualmente su propuesta, sino también rastrear sus raíces y justificar la necesidad de su recuperación.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Los primeros capítulos revisan las principales teorías de la decisión desde la antigüedad hasta el presente. Desde la noción aristotélica de *razón práctica* hasta la teoría de la utilidad esperada o la racionalidad limitada, Gracia pone de manifiesto las limitaciones de todos estos modelos cuando olvidan la dimensión axiológica. La paradoja de San Petersburgo, el dilema del prisionero, o las curvas de indiferencia de Edgeworth y los óptimos de Pareto son analizados para mostrar que la economía del pensamiento, cuando se aplica sin referencia a los valores, conduce a decisiones formalmente racionales, pero humanamente insostenibles.

El capítulo sobre preferencias y valores desvela que lo esencial no está en las preferencias cuantificadas, sino en su origen cualitativo. Una ética de la eficiencia, si no reconoce la pluralidad de los valores, puede derivar en decisiones inhumanas. El ejemplo del conflicto entre equidad y eficiencia en el sistema sanitario ilustra esta tensión, y permite vislumbrar por qué deliberar exige distinguir entre hechos, valores y deberes.

La segunda parte del libro ofrece un recorrido por los orígenes de la deliberación, desde la práctica política griega (*Boulé*) hasta su transformación filosófica en manos de Sócrates. Este no busca convencer por la vía retórica, sino formar a sus interlocutores en la habilidad de pensar con coherencia y sentido moral. De ahí el papel del *élenkhos* como técnica para distinguir las opiniones consistentes de los sofismas. Platón institucionaliza la deliberación como camino hacia las Ideas, mientras Aristóteles le otorga carácter práctico, vinculada a la prudencia y a los fines humanos. La ética aparece, así, como la ciencia del bien deliberado.

Gracia identifica un proceso de “eclipse de la deliberación” que arranca con el estoicismo y se consolida en la modernidad. El racionalismo cartesiano, el formalismo kantiano y el utilitarismo hedonista acaban reduciendo la ética a cálculo, regla o convención. La deliberación queda marginada por el imperio del principio. La “ética según el orden geométrico” se impone como paradigma, desplazando la incertidumbre inherente a la deliberación por el ideal de certeza moral. La paradoja es que, al hacer de la moral un sistema perfecto, se sacrifica precisamente lo humano.

En la última parte del libro, Gracia presenta la deliberación como modo de racionalidad y no solo como técnica. Recuperando la noción zubiriana de *intelección sentiente*, articula una teoría del juicio práctico dividida en tres niveles: juicios de hecho (doxológicos), juicios de valor (axiológicos) y juicios de deber (praxiológicos). A cada uno corresponde un sesgo propio, y todos deben pasar por el tamiz de la deliberación.

El proceso deliberativo, como muestra en sus últimas páginas, no consiste en aplicar reglas, sino en construir sentido desde la experiencia concreta. No hay soluciones automáticas, pero sí mejores y peores modos de ponderar. Deliberar es, en última instancia, un arte. La pedagogía deliberativa que propone es una ética de la formación moral, que pone el énfasis no en transmitir deberes sino en despertar la capacidad de construirlos.

Con esta obra, Diego Gracia da un paso decisivo: desplaza la deliberación desde la clínica al corazón mismo de la ética y de la antropología. No se trata de un libro más sobre métodos de decisión, sino de una propuesta para entender la vida humana como proyecto moral. En tiempos de polarización y automatismo, o de extremismo y

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

heteronomía, *El animal deliberante* es una invitación a recuperar el juicio prudente y la acción responsable.

El mérito de Diego Gracia no consiste solo en haber formulado una teoría sólida de la deliberación moral, sino en haberlo hecho sin ceder ni al dogmatismo ni al relativismo. Sin embargo, la propuesta no está exenta de retos. Queda por explorar, por ejemplo, cómo se articula esta racionalidad deliberativa en contextos institucionales donde el margen para la prudencia está limitado por normas rígidas, o qué lugar tiene la deliberación en escenarios de fuerte asimetría de poder. Asimismo, la apelación a la "madurez ética" de los sujetos requiere de condiciones pedagógicas y culturales que muchas veces no se dan. ¿Cómo formar a ciudadanos con *actitud deliberante* en una sociedad que premia la velocidad, la obediencia y la inmediatez?

Y, sin embargo, el desafío está lanzado. *El animal deliberante* no se limita a describir lo que somos; propone el horizonte de lo que podemos y tenemos que llegar a ser. En tiempos donde deliberar parece un lujo, Gracia nos recuerda que es, más bien, una necesidad. Solo deliberando seremos verdaderamente seres morales, esto es, autónomos y responsables.

Desde su publicación en 2025, *El animal deliberante* ha tenido una notable acogida tanto en el ámbito académico como en el editorial, consolidándose como una obra clave en el pensamiento ético contemporáneo. Ha sido objeto de presentación en instituciones como el Ateneo de Madrid, la Universidad Complutense o la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, y ha sido destacado en distintos medios de comunicación, donde se ha subrayado su profundidad teórica y su dimensión práctica. Su recepción confirma pues el impacto de una obra largamente esperada, que no solo sistematiza décadas de trabajo intelectual y experiencia en ética clínica, sino que propone una reformulación filosófica y antropológica del mismo hecho moral.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD