

Bioética & debat

54

vol. 14, núm. **54**
septiembre_diciembre 2008

TRIBUNA ABIERTA DEL
INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA
4 euros

Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones

La estructura, objetivos y formas de trabajo de los comités de ética asistencial son diversas y no existe claridad en relación al tipo ideal de comité. Incluso la definición de la UNESCO es demasiado amplia y admite diversidad de funciones: *grupo de personas que aborda sistemáticamente las dimensiones éticas de las ciencias de la salud, las ciencias biomédicas, las políticas de salud y los casos clínicos complejos*.¹ Sin embargo hay consenso en considerar como funciones básicas de los comités la consultoría ético-clínica, la educación intrahospitalaria y la función normativa.

Hay consenso en considerar como funciones básicas de los comités la consultoría ético-clínica, la educación intrahospitalaria y la función normativa

La consultoría ético-clínica se entiende como un servicio que responde a solicitudes de médicos, de enfermeras y de pacientes o familiares de pacientes. Se solicita consultoría ante casos clínicos en los cuales existen problemas frente a decisiones complejas en las que se comprometen valores que pueden estar en conflicto. Se busca que la consultoría formule recomendaciones, fundamentadas desde el punto de vista ético, para facilitar la toma de decisiones, decisio-

nes que finalmente serán siempre responsabilidad de los médicos y pacientes o familiares. Sin embargo, en todas partes existe un contraste entre la gran cantidad de situaciones con problemas éticos para la toma de decisiones y el escaso número de casos clínicos que se presenta a los comités. Como solución algunos comités designan a uno a más de sus miembros como consultores individuales, o bien analizan los casos en sub-comités de dos o tres miembros. Pero no hay acuerdo frente al tema de los consultores ético clínicos. La mayor experiencia proviene de Norteamérica y es un tema en discusión en otros países. El propósito de este artículo es plantear el tema de las consultorías individuales, sus razones, ventajas y limitaciones.

Razones para implementar consultorías ético-clínicas individuales

Los problemas ético-clínicos son cotidianos y la experiencia muestra que los médicos los resuelven de manera intuitiva, por criterios propios, consultando entre ellos o en visitas clínicas, sin realizar un análisis ético-clínico sistemático. Los casos que se presentan a los comités de ética asistencial son generalmente los más extremos o conflictivos y su número es escaso y variable en el tiempo. Así se ha visto que en EE.UU. el (Pasa a Pág. 3)

sumario

1 a 5

Consultores de ética clínica:
razones, ventajas y
limitaciones

2

Editorial

6 a 9

La situación actual de los
comités de ética asistencial

10 a 15

CEA: ¿Procedimiento
versus actitud?

16 a 21

Comités de ética o
consultores de ética:
¿qué es lo mejor para las
instituciones sanitarias?

22 a 25

El puesto del hombre en la
naturaleza: el problema
del antropocentrismo

26 a 27

Biblioteca

28

Agenda

Institut Borja de
Bioètica

Universitat Ramon Llull

¿Con quién asesorarse sobre los problemas éticos?

bioètica & debat

DIRECCIÓN

Ester Busquets Alibés

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francesc Abel Fabre

Jordi Craven-Bartle

Pau Ferrer Salvans

Ramon M. Nogués Carulla

Jaume Terribas Alamego

Núria Terribas Sala

COLABORADORES

Juan Pablo Beca

Pablo Hernando Robles

Germán Diestre Ortín

Francisco Montero Delgado

Azucena Couceiro

Juan Alberto Lecaros

Joan Mir Tubau

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

María José Abella Sánchez

CORRECCIÓN

María Fullana

IMPRESIÓN

Ediciones Gráficas Rey

Depósito legal: B-29288-1999

ISSN: 1579-4865

EDITA

Institut Borja de Bioètica,

Fundación Privada

c/ Santa Rosa, 39-57, 3ª planta

08950 Esplugues de Llobregat

(Barcelona)

Telf. 93.600.61.06

Fax. 93.600.61.10

bioetica@ibb.hsjdbcn.org

www.ibbioetica.org

Bioètica & debat no se identifica necesariamente con las opiniones expresadas en los artículos publicados.

Mayoritariamente, en bioética, ha habido tres tipos de organismos consultores para estudiar y resolver problemas éticos en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud. Se trata de los comités de ética asistencial (CEA), los Comités de Investigación Clínica (CEIC) y los comités nacionales de ética. Los tres nacieron entre los años 70 y 80 en los Estados Unidos y, con el tiempo, se han ido arraigando también en Europa. Estos comités han contribuido de manera directa a dar forma y consistencia a la bioética. Sin embargo, ya hace tiempo que, sobre todo en Estados Unidos y también en algunos países de América del Sur y en alguno de Europa, van teniendo relevancia las denominadas consultorías ético-clínicas individuales, una modalidad de consulta en la cual la figura del experto en ética sustituye al comité de ética asistencial. La tarea de identificar y resolver los problemas éticos deja de ser, entonces, una tarea multidisciplinaria y se convierte en un asunto que está en manos de un solo experto.

Para justificar este cambio, que pone el énfasis en la consulta individual en lugar de en la consulta colectiva, se argumenta que los comités de ética asistencial se convierten, en la práctica, en instancias muy lentas a la hora de dar respuesta a las peticiones y dudas profesionales de los pacientes, de los familiares o de los profesionales. En cambio, las consultorías ético-clínicas individuales, aunque se reconoce que también tienen sus puntos débiles, aseguran la eficacia y la rapidez a la hora de asesorar y decidir. Según la opinión de algunos bioeticistas, esta modalidad de consultorías éticas, por un lado, ofrece más ventajas que los comités de ética asistencial, por

que el consultor del centro hospitalario puede hacer un seguimiento más exhaustivo del caso: participa en la visita clínica, puede identificar mejor los problemas éticos, tiene contacto directo con los pacientes, familiares y con sus opciones, dudas y valores, y puede dar apoyo más directo a todos los implicados; y por otro lado, es una práctica que está bien aceptada por todas las partes involucradas.

No se trata, de entrada, de desautorizar las consultorías ético-clínicas individuales, ya que, probablemente, en el ámbito de la salud, tienen cabida tanto los comités de ética asistencial como las consultorías ético-clínicas individuales. Pero no podemos olvidar el punto más débil de estas últimas: la falta de deliberación multidisciplinaria. Del diálogo, esencial en bioética, se pasa, en las consultorías individuales, al soliloquio del consultor. Y esta ausencia de diálogo multidisciplinario erosiona, en principio, una de las bases fundamentales de la bioética, la que le da más identidad. Se vuelve indispensable, entonces, preguntarnos sobre las ventajas e inconvenientes de la expansión de las consultorías ético-clínicas individuales en detrimento de los comités de ética asistencial. Aunque en Estados Unidos la presencia de consultorías ético-clínicas individuales es muy frecuente, hay una corriente de opinión que considera que son válidas, pero sólo como segunda opción (*second best*), la primera opción, naturalmente, son los CEA. Nosotros nos sumamos a este posicionamiento. En este número de *Bioètica & debat*, queremos reflexionar sobre los organismos de toma de decisión clásicos, los CEA, y las consultorías ético-clínicas individuales.

(Viene Pág. 1)
 promedio de casos presentados a los comités es de sólo tres al año.² En Chile no se ha cuantificado, pero sabemos que el número de casos que analizan los comités de ética oscila entre tres y veinte casos anuales aproximadamente, variando además en cada comité a lo largo de los años. Hay diversas razones que explican el bajo número de casos que se presentan a los comités: demora entre la solicitud de los clínicos y la posibilidad de reunión del comité, tiempo excesivo que implica preparar el caso y presentarlo al comité, temor de los médicos clínicos que a veces se sienten enjuiciados, desconocimiento de las ventajas de recibir recomendaciones que surgen del análisis ético, y diferentes visiones o experiencias previas de médicos con algún comité. Esto explica que se formulen frecuentes preguntas informales o *consultas de pasillo* a algunos miembros de comités, consultas cuyas respuestas no quedan registradas en las actas o en las historias clínicas.

Los casos que se presentan a los comités de ética asistencial son generalmente los más extremos o conflictivos y su número es escaso y variable en el tiempo

Como respuesta a esta situación, en muchos centros norteamericanos se han establecido sistemas formales de consultoría ética individual. Su objetivo es identificar y analizar los problemas éticos presentes en casos particulares, facilitar la resolución de conflictos, disminuir la angustia o *estrés moral* de los profesionales o de la familia y educar a través de las recomendaciones que se proponen.³ De esta manera se cumple además con exigencias de agencias acreditadoras de calidad como la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* en EE.UU, las *Normas de Acreditación de*

Hospitales en España y otras. Aunque existe consenso sobre la utilidad de los sistemas de consultoría ética, es difícil la realización de estudios científicos objetivos que los evalúen, dada su diversidad y la variabilidad de los temas y de los casos que se abordan. La experiencia ha sido analizada en un estudio cualitativo que demuestra que los internistas e intensivistas reconocen la necesidad de contar con sistemas de consultoría ética, pero ven que todavía está disponible en pocos lugares.⁴ El mismo estudio revela que existe gran variedad en cuanto a las profesiones de los consultores, y que en general los médicos reconocen como el principal beneficio de la consultoría el hecho de recibir apoyo en sus decisiones. Otra investigación evalúa la consultoría ético-clínica en una unidad de cuidado intensivo demostrando beneficios en disminuir días de ingreso, días en ventilación mecánica, reducción de costes y de tratamientos no deseados por los pacientes.⁵ Este mismo estudio muestra que las consultorías son en general bien recibidas por todas las partes involucradas, aunque esta valoración puede variar según las cualidades personales de cada consultor.

Ventajas y limitaciones de las consultorías ético clínicas individuales

La consultoría individual tiene su principal ventaja en la eficiencia y rapidez que ofrece, permitiendo incluso la implementación de sistemas de turnos de llamada cuando hay varios consultores en una institución. De esta manera aumenta de manera importante el número de casos y la cercanía con los médicos, lo que se traduce en una oportunidad educativa. Por una parte la participación del consultor en visitas clínicas permite conocer mejor los casos y reconocer problemas éticos que a veces pasan inadvertidos por los profesionales tratantes. El registro de la consultoría en la historia clínica, sea como una interconsulta o en una hoja especial, facilita

que las recomendaciones sean conocidas por todo el equipo tratante. Por otra parte, el contacto directo del consultor con pacientes o sus familiares permite conocer mejor sus opiniones, dudas, valores y esperanzas, con lo cual se les respeta más y se les ofrece apoyo directo. Por último, el seguimiento de la evolución de los casos asesorados se hace más expedito, con lo cual en algunos casos la asesoría se prolonga en el tiempo. La consultoría individual se constituye así, en la práctica, en una asesoría para las decisiones y también en una forma de apoyo directo a pacientes, familiares y profesionales.

La participación del consultor en visitas clínicas permite conocer mejor los casos y reconocer problemas éticos que a veces pasan inadvertidos por los profesionales tratantes

Sin embargo, junto a estas ventajas existen también limitaciones importantes que es necesario considerar. La mayor limitación es la falta de deliberación multidisciplinaria que es una de las cualidades más relevantes de los comités de ética asistencial. Como consecuencia de lo anterior se genera el predominio de la perspectiva personal del consultor, basada en su formación y experiencia, pero también con sus inevitables sesgos. El consultor ético clínico puede ser considerado, erróneamente, como una especie de experto que define lo que es correcto o incorrecto, a pesar de su esfuerzo por actuar de manera objetiva e impersonal. Por su parte los médicos pueden, de alguna manera, desligarse de su propia responsabilidad en las decisiones ético-clínicas, descansando en la opinión del consultor. El sistema de consultoría individual y la realizada mediante equipos de dos o tres consultores pueden llevar a que los comités sean menos requeridos por ser percibidos

como instancias demasiado complicadas. Lo anterior puede llevar a que se modifique el trabajo de los comités de ética asistencial, realizando menos consultoría de casos, pero más revisiones retrospectivas y propuestas educativas y normativas.

Forma de trabajo de la consultoría ético-clínica

La consultoría de casos clínicos puede ser realizada a través de tres modelos: por comités de ética asistencial en pleno, por consultores individuales o por equipos de dos o tres consultores. Estas alternativas no son excluyentes sino más bien complementarias si se combinan de acuerdo a las circunstancias de cada caso y a la disponibilidad de consultores.

La consultoría de casos clínicos puede ser realizada a través de tres modelos: por comités de ética asistencial en pleno, por consultores individuales o por equipos de dos o tres consultores

Los consultores individuales, al igual que las consultas realizadas por mini-comités, se realizan mediante el análisis de los hechos clínicos, bioéticos y contextuales del caso, después de lo cual se formulan recomendaciones que se registran en la ficha clínica del enfermo. El método de análisis se basa en elementos de comprensión, discernimiento, deliberación, intuición moral y juicio práctico.^{6,7} Según su complejidad la consultoría ético-clínica requiere de un número variable de sesiones y las recomendaciones pueden variar según la evolución de cada caso. Se incorpora de esta manera el factor tiempo que es frecuentemente necesario para la adecuada comprensión de los hechos

clínicos, el pronóstico y el impacto de la enfermedad en cada caso particular. La labor y forma concreta de trabajo del consultor lleva inevitablemente a que se involucre personalmente en los casos, especialmente en los más complejos, con ello adquiere mayor experiencia y también el llamado *estrés moral* del consultor.⁸ En la práctica es un método muy dependiente de la capacidad, formación y experiencia del consultor, quien finalmente combina un rol asesor en las decisiones con una función de apoyo directo a profesionales, pacientes y familiares.

Es fundamental la coordinación y la cuenta que el consultor debe dar periódicamente al Comité de Ética Asistencial, presentando los casos y analizando selectivamente algunos de ellos en el pleno del comité

Para la mayor eficiencia del sistema de consultoría ético-clínica es importante que se definan y se den a conocer los procedimientos para solicitar consultas ético-clínicas, que se lleve un registro ordenado del trabajo realizado y que se establezca una forma de seguimiento y de evaluación posterior. Las consultas pueden ser solicitadas por médicos, otros profesionales y por pacientes o familiares. Una vez analizado el caso se formulan recomendaciones que se registran en la historia clínica del enfermo y se informan a pacientes y familiares. Los consultores también participan con alguna periodicidad en reuniones y visitas clínicas del servicio al cual asesoran. Finalmente, es fundamental la coordinación y la cuenta que el consultor debe dar periódicamente al Comité de Ética Asistencial, presentando los casos y analizando selectivamente algunos de ellos en el pleno del comité. Así será posible confrontar sus recomendaciones con

el análisis multidisciplinario que realiza el comité. La cuenta al comité de ética permite también identificar, a partir de los problemas morales de los casos, aquellos temas que se relacionan con las rutinas o políticas institucionales que pueden requerir modificaciones para prevenir problemas futuros. De esta manera la consultoría ético-clínica da paso a desarrollar más la función educativa y normativa de los comités de ética.

¿Quién puede ser consultor ético-clínico?

Desde luego no cualquier profesional, ni todo miembro de un comité de ética, puede actuar como consultor ético-clínico. Existen diferentes experiencias en base a distintos profesionales que ejercen consultoría. Por otra parte es aconsejable que, en la medida de lo posible, se trabaje con varios y no sólo con un consultor. En términos muy generales un consultor, quien no necesariamente debe ser médico, necesita tener experiencia clínica, formación en bioética y un conjunto de cualidades o competencias personales. La *Task Force de la Society for Health and Human Values* y la *Society for Bioethics Consultation* han definido las competencias que deberían tener los consultores en ética clínica.⁹ Estas son: capacidad para distinguir problemas éticos, emocionales o legales; capacidad de analizar la incertidumbre en cada caso; capacidad de comunicación interpersonal; capacidad para construir consensos morales; capacidad para documentar las consultas éticas; capacidad para aconsejar a los implicados en cada caso; conocimientos de bioética; conocimiento del entorno clínico; conocimiento de la institución en que trabaja, sus políticas y sus recursos; y virtudes como compasión, tolerancia, paciencia y empatía.

A modo de conclusión

Dada la complejidad de muchas decisiones clínicas, los hospitales necesi-

tan contar con servicios de consultoría ético-clínica. Tanto es así que hoy se considera este tipo de servicios como un derecho de los pacientes y un signo de calidad de las instituciones. La experiencia muestra que los comités de ética asistencial cumplen con un importante rol asesor, educativo y de apoyo normativo. Sin embargo no logran dar respuesta a la gran cantidad de casos que requieren consejo ético frente a los problemas morales de las situaciones clínicas. Surge así la alternativa de contar con sistemas de consultoría que puedan responder de manera más rápida a las demandas y dudas de los profesionales y de pacientes o familiares, pero no existe consenso sobre la mejor modalidad de consultoría. La individual tiene la ventaja de ser cercana, al lado de la cama del enfermo, pero la desventaja de aportar sólo el análisis de una persona, sin la valiosa perspectiva múltiple y diversa del comité. Una posibilidad intermedia es la de consultorías realizadas por dos o tres consultores a modo de mini-comités. En todo caso existe la necesidad de tener procedimientos claros, de informar a los pacientes o familiares acerca de la existencia de consultoría ética y de sus formas de trabajo. Los consultores deben coordinar muy bien su labor con los comités de ética, analizando los casos más complejos y estudiando los temas o problemas que pueden originar cambios normativos institucionales. Se concluye que la consultoría ético-clínica individual puede ser una alternativa válida y práctica que en cada institución deberá evaluarse prudentemente.

Los hospitales necesitan contar con servicios de consultoría ético-clínica. Tanto es así que hoy se considera este tipo de servicios como un derecho de los pacientes y un signo de calidad de las instituciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Unesco. Guía N° 1 Creación de Comités de Bioética [Internet]. Paris: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2005 [acceso 19 de agosto de 2008]. Disponible en: <http://www.bioetica-debat.org/modules/mydownloads/singlefile.php?cid=4&lid=37>
2. Fox E, Myers S, Pearlman RA. Ethics Consultation in United States Hospitals: A National Survey. *Am J Bioeth.* 2007; 7(2):13-25.
3. Ethics Committees and Ethics Consultation. Washington: University of Washington School of Medicine; 1998 [actualizada el 11 de abril de 2008; acceso 23 de agosto de 2008]. Disponible en: <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/ethics.html#ques6>
4. Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M. How Physicians Face Ethical Difficulties: A Qualitative Analysis. *J Med Ethics.* 2005; 31(1):7-1.
5. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. Impact of Ethics Consultations in the Intensive Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *Crit Care Med.* 2000; 28(12):3920-3924.
6. Dudzinski DM. The Practice of a Clinical Ethics Consultant. *Public Aff Q.* 2003; 17(2):121-139.
7. Agich GJ. The Question of Method in Ethics Consultation. *Am J Bioeth.* 2001; 1(4):31-41.
8. Ford PJ, Dudzinski DM. *Complex Ethics Consultations. Cases That Haunt Us.* New York: Cambridge University Press; 2008.
9. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies. *Ann Intern Med.* 2000; 133(1):59-69.

Juan Pablo Beca

Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo. Santiago de Chile. jpbeca@udd.cl

resumen

Los comités de ética asistencial cumplen con un importante rol consultor, educativo y de apoyo normativo. La consultoría de casos clínicos puede ser realizada a través de tres modelos: por comités de ética asistencial, por consultores individuales o por equipos de dos o tres consultores. La consultoría individual tiene su principal ventaja en la eficiencia y rapidez que ofrece, y su mayor limitación es la falta de deliberación multidisciplinaria. Se plantea la consultoría individual como una alternativa válida y práctica que, en cada institución, debe evaluarse con prudencia, seleccionando a los consultores de acuerdo con sus competencias y cualidades específicas.

PALABRAS CLAVE

consultores de ética clínica, comités de ética asistencial

abstract

The welfare ethics committees play an important consulting, educational and normative support role. The consultancy of clinical cases can be done through three different models: welfare ethics committees, individual consultants or teams of two or three consultants. The individual consultancy has its main advantage in the efficiency and quickness that it offers, and its weakness lies in the lack of multidisciplinary deliberation. The individual consultancy is foreseen as a valid and practical alternative, which in each situation has to be evaluated really carefully, choosing the consultants in accordance to their competences and specific qualities.

KEYWORDS

clinical ethics consultants, healthcare ethics committees

La situación actual de los comités de ética asistencial

**Pablo Hernando Robles
Germán Diestre Ortín**

Comité de Ética de la
Corporación Sanitaria Parc Taulí
de Sabadell (Barcelona).
pfernando@tauli.cat

resumen

El objetivo de este artículo consiste en analizar la situación actual de los comités de ética asistencial (CEA). En primer lugar, se hace una valoración sobre los cambios que se han producido en los CEA en los últimos tiempos. Una vez realizada la valoración, se intenta esbozar una estrategia para dar más relevancia a este tipo de comités. Se constata que los comités deben fortalecer su presencia en los centros de salud y deben abrirse más a la comunidad.

PALABRAS CLAVE
comités de ética asistencial

abstract

The purpose of this article is to analyse the current situation of the welfare ethics committees (WECs). First of all we evaluate the changes experienced by the WECs in the last few years. Once evaluated it is turn for a strategy to be planned in order to enhance this type of committees. It is a fact that the committees have to strengthen their presence in health centres and have to become more available to the community.

KEYWORDS
healthcare ethics committees

Hace ocho años uno de nosotros publicaba un breve artículo¹ con el mismo título y tema que ahora nos ocupa. En aquel entonces se destacaba una serie de aspectos sobre estos órganos:

- Su limitada presencia en las organizaciones sanitarias.
- La falta de datos sobre su funcionamiento y evaluación.
- El posible riesgo de crear comités únicamente como respuesta formal a una regulación externa.
- La falta de reconocimiento de estos órganos como estructuras de calidad.

Tal como su título indica, nos ceñiremos únicamente a los Comités de Ética Asistenciales (CEA), comités que presentan unas características diferenciadoras respecto a otros tipos de comités de ética (de investigación y nacionales, básicamente). Analizaremos qué ha cambiado desde entonces y qué cabe hacer para que estos comités cumplan sus objetivos.

¿Qué ha cambiado?

-Aumento de su presencia: Los CEA son mucho más habituales ahora que una década atrás. De hecho, la mayoría de las regulaciones sobre los CEA que aparecen en España por parte de las diferentes comunidades autónomas se sitúan, principalmente, a finales de los años 90 y primeros años de la década del 2000.¹ La realidad catalana, que conocemos más de cerca, así lo atestigua. En Cataluña, la orden de acreditación es de 1993, en la actualidad están acreditados 49 comités, de los cuales un 55% empezó su funcionamiento a partir del 2000. Cabe destacar el trabajo de Ribas² en donde aparece la descripción de esta comunidad. Esta mayor presencia también se denota en nuestro entorno europeo más cercano, como es en el Reino Unido,ⁱⁱ Francia^{3,4} o la voluminosa documentación generada desde la División

de Ética de Ciencia y Tecnología de la UNESCO dirigida por Henk Tenk Have.⁵

-Funcionamiento y evaluación: Sin embargo, sigue existiendo falta de datos sobre el funcionamiento de los CEA, y se mantiene la necesidad de evaluación. Más allá de los datos meramente numéricos que ofrece el trabajo de Ribas⁶ no sabemos en qué medida cumplen con las finalidades para las que fueron creados, si bien esto es común a otras estructuras, herramientas o acciones sanitarias. También⁷ en el entorno inglés, "... su función está poco clara y evaluada..."ⁱⁱⁱ En la web del Departamento de Salud de la Generalitat⁸ se puede consultar un breve documento sobre la evaluación de los comités de ética asistencial de esta comunidad realizado hace tres años donde se analizan las actividades de estos comités (periodicidad de reunión, temas tratados, otras actividades, etc.). A continuación reproducimos un breve párrafo de sus conclusiones: "Estos comités (...) presentan una desigual incidencia en su entorno, hay algunos muy activos, mientras que otros parece que agotan su presencia en reuniones más o menos de trámite". A la luz de estos datos parece necesaria una evaluación más rigurosa. De hecho, para F. Abel, esta falta de evaluación es uno de los principales problemas de estos comités.⁹ De acuerdo con sus funciones, es posible definir estrategias e indicadores que nos informen del cumplimiento de sus objetivos. En este sentido, está todo, o casi todo, por hacer. A título de ejemplo pueden verse en la *Tabla 1* algunas estrategias e indicadores utilizados en la evaluación del Comité de Ética Asistencial de la Corporación Parc Taulí de Sabadell.

-Indicadores de calidad: Se ha avanzado en el reconocimiento de que los aspectos éticos también son cuestiones de calidad y, por extensión, de que también estos comités, como otros existen-

Tabla 1**Estrategia nº 1: Promover la información, difusión, o comentario de las actividades del comité dentro de los comités directivos.**

Indicador nº 1: Número de veces que se incluye en el orden del día de los comités directivos algún tema relacionado con el Comité de Ética Asistencial.

Estrategia nº 2: Promover la consulta de casos y seguimiento de sus recomendaciones.

Indicador nº 2: Número de consultas año.

Indicador nº 3: Porcentaje de seguimiento de las recomendaciones.

Estrategia nº 3: Promover la realización y evaluación de los protocolos y recomendaciones institucionales.

Indicador nº 4: Número de protocolos o recomendaciones institucionales.

Indicador nº 5: Porcentaje de protocolos o recomendaciones evaluados.

Indicador nº 6: Porcentaje de protocolos o recomendaciones revisados.

Estrategia nº 4: Promover la realización de actividades de docencia y formación.

Indicador nº 7: Número de actividades de docencia año (cursos, sesiones generales, etc.).

Estrategia nº 5: Promover la participación de todos los miembros del CEA en sus actividades propias.

Indicador nº 8: Porcentaje de miembros del CEA implicados en alguna actividad de formación.

Indicador nº 9: Porcentaje de miembros del CEA implicados en alguna actividad docente.

Indicador nº 10: Porcentaje de miembros del CEA implicados en la realización de protocolos.

Indicador nº 11: Porcentaje de asistencia de los miembros del CEA a las sesiones del comité.

tes en los centros sanitarios, son comités de calidad. Desde fuera de nuestro entorno, fue la *Joint Commission* la primera entidad en reconocer esta vinculación. Pablo Simon¹⁰ hace un buen resumen de su evolución. Inevitablemente hemos importado esta consideración en nuestras acreditaciones o certificaciones de calidad. Sirva como ejemplo la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña,¹¹ donde en sus dos manuales (de estándares esenciales y no esenciales) incluye exigencias de calidad ética (Agrupador conceptual de Ética y derechos del cliente) tales como las que aparecen en la *Tabla 2*:^{iv}

Muchos de los estándares señalados corresponderá operativizarlos a los Comités de Ética Asistenciales. En muchos casos ya se está haciendo. El reconocimiento de que estos aspectos también son claves en calidad tiene una trascendencia importantísima, pues vincula a la bioética, y a los comités de ética asistenciales por extensión, con la llamada éti-

ca de las instituciones sanitarias.¹² Ya J. Wilson,¹³ en 1993, en su excelente libro sobre los comités de ética, señalaba que "...tomarse la ética en serio significaba un cambio institucional e individual".

HEF Forum abordaba en un número monográfico lo que denominaba el síndrome de retraso en el crecimiento en los comités de ética

Estas exigencias hacia las organizaciones sanitarias pueden generar riesgos importantes, sobretudo si los comités se crean por una mera imposición externa y, en consecuencia, no se internaliza la convicción de que la calidad ética es tan importante como otros aspectos asistenciales tradicionalmente valorados. A finales de 2006, la prestigiosa revista *HEC Forum*¹⁴ (especializada en

comités de ética) abordaba en un número monográfico lo que denominaba el síndrome de retraso en el crecimiento (*failure to thrive*) en los comités de ética. Más adelante profundizaremos en este concepto. Pues bien uno de los elementos que parece haber contribuido a la aparición de este síndrome fue la respuesta meramente formal de algunas instituciones y profesionales a las regulaciones externas. Profundizando en ello, Adela Cortina¹⁵ acude a una novela de H.G. Wells, *La isla del Dr. Moreau*,^v para resaltar la idea de que si las exigencias morales no se asumen como cuestión propia sino meramente como una exigencia normativa ajena, se produce un gran abismo entre discurso y actuaciones. Un ejemplo: el discurso del respeto hacia la autonomía de los pacientes mediante el reconocimiento del consentimiento informado y su *inapropiada* transformación en una mera firma en un papel. Lo mismo puede pasar con los comités.

Tabla 2

5b-19-E07: La organización dispone de procedimientos específicos para la toma de decisiones que prevean:

- La indicación (...) u obtención del consentimiento informado en procedimientos invasivos de riesgo.

5b-19-E08: La organización dispone de procedimientos específicos para garantizar la toma de decisiones en las voluntades anticipadas.

-El síndrome del retraso o fallo en el crecimiento (*failure to thrive*): En 1999 Kuczewski publicaba un artículo¹⁶ en el que escribía una situación ("más la norma que la excepción) en los CEA de Estados Unidos. Señalaba sus síntomas típicos:

- Cuestionamiento de su relevancia clínica y desconocimiento de su existencia por parte del staff del centro sanitario.
- Absentismo de los miembros a las actividades del comité y falta de presencia de sectores relevantes en el propio comité.
- Dudas de los miembros sobre la finalidad y utilidad del comité.

Kuczewski también destacaba la ironía que suponía la existencia de este síndrome en un país en donde los temas de bioética estaban en permanente actualidad. Estas reflexiones se publicaban en 1999, cuando la mayoría de hospitales estadounidenses disponían de comités de ética asistencial y donde, también, la mayoría de asociaciones profesionales aconsejaban la utilización de estos órganos.^{vi} Siete años después, la misma revista, *HEC Forum*,¹⁷ dedicaba un número monográfico a la cuestión, que se analizaba desde diferentes puntos de vista y de acuerdo a experiencias diferentes. Vale la pena destacar aquellas cuestiones que posibilitan que se dé este síndrome:

- La falta de liderazgo.
- La falta de soporte institucional.
- El centrarse casi exclusivamente en la función de consulta de casos, siendo ésta muy pobre en cuanto a actividad. Las otras dos funciones, tradicionalmente aceptadas (la formación y la realización de guías institucionales), se reconocen como muy relevantes y, en aquellos comités donde más se da este síndrome, aparecen descuidadas. Esta misma apreciación ya la compartía uno de nosotros en un artículo de *HEC Forum*¹⁸ que publicaba también el trabajo citado de Kuczewski.
- El hecho de que la creación del comité responda más a exigencias externas (acreditación) que a convicciones internas. Ribas,¹⁹ en su trabajo sobre los comités

en Cataluña, señala que, a la luz de los resultados de su encuesta, este síndrome no está presente. Nuestra percepción de la realidad nos dice lo contrario. Creemos que lo que ha sucedido en EE.UU también se da y se dará en gran medida en nuestro país pues las causas que lo producen también están presentes aquí. Incluso creemos que el riesgo puede ser mayor, ya que la relevancia pública de los temas en bioética aquí es menor y la formación de los profesionales en este sentido es pobre. Es interesante, en este ámbito la propuesta sobre la formación en bioética que hace A. Couceiro.²⁰

¿Qué hacer?

No entraremos en la necesidad de justificación de los Comités, entendemos que está suficientemente realizada. La polémica sobre su *utilidad* en las organizaciones sanitarias está presente desde el artículo de M. Siegler en 1986²¹ y continúa en nuestro entorno más cercano.^{22, 23, 24} Siempre existirá "cierta tendencia cientifista, que no científica, contemporánea que aspira a relativizar todas aquellas apreciaciones éticas que no pueden ser sustantivadas en fundamentos biológicos o neurológicos de nuestra especie."²⁵ Para que los CEA tengan valor en nuestra realidad asistencial proponemos las siguientes acciones:

a) Fortalecer su presencia en nuestros centros sanitarios. Se han de dotar de autoridad institucional.²⁶ No ha de ser un comité de *etiqueta* sino de *ética*. Los responsables y los profesionales de estos centros han de colaborar en su visibilidad y en su utilización. Los directivos de los centros tienen, en este caso, una cuota de responsabilidad importante, pues ya hemos señalado la vinculación de estos comités con la ética organizacional. La consulta de estos comités ha de posibilitar una suficiente, metódica y plural reflexión moral que permita posicionamientos éticos de nuestras instituciones. De la misma manera que el hospital es excelente en un tipo de acti-

vidad asistencial determinada, también cabe la excelencia en cuestiones propias en donde el trabajo de estos comités tiene especial relevancia. ¿Cómo trata el hospital el rechazo de la sangre de una confesión religiosa determinada? o ¿En qué situaciones el hospital reconoce la objeción de conciencia? Sólo son ejemplos, ejemplos de posicionamientos institucionales que faltan por realizar.

b) Ya se ha señalado la necesidad de fortalecer las funciones educativas y de realización de guías institucionales. La función de consulta cabe prever que será minoritaria.^{vii} Pero hay muchas otras actividades que estos comités pueden realizar. El listado de actividades sugeridas que ofrecían Judith Wilson²⁷ et al. en 1993 sigue teniendo la misma actualidad. Ahí aparecen más de 70 sugerencias que pueden proveer la de agenda de actividades de los comités para mucho tiempo.

c) Se han de fortalecer las competencias de los miembros de los CEA. La segunda parte del estudio de Ribas²⁸ sobre los comités de ética en Cataluña trata sobre las competencias de los miembros de estos comités. Sin ello, difícilmente lograrán la credibilidad necesaria. Para ello, la formación, y una cierta especialización, con el consiguiente reconocimiento de tiempo, serán fundamentales.

d) Estos comités se tendrán que abrir progresivamente hacia su comunidad, más si cabe cuanto las comunidades se van haciendo cada vez más plurales, más globales en todos los aspectos, culturales, sociales y religiosos. Si, hasta el momento, han sido prioritarias las acciones hacia y con los profesionales, de aquí en adelante tendrían que cobrar protagonismo estrategias de interrelación con los ciudadanos. En la *Tabla 3*, se muestran algunas posibles interacciones con la comunidad.

Finalmente, queremos resaltar que todas las acciones descritas más arriba han de promover los CEA como puntos de encuentro y de solución de las variadas posiciones morales de todos los implicados en la asistencia sanitaria. Ciudadanos, profesionales y organiza-

Tabla 3

- Explicar y conocer la opinión de los grupos antes citados sobre su experiencia sobre los derechos y deberes sanitarios, en especial el respeto hacia su participación en la toma de decisiones.
- Dar a conocer las diferentes guías institucionales realizadas.

ciones han de escucharse, entenderse y lograr avanzar frente a los siempre inquietantes dilemas bioéticos. Y lo pueden hacer mediante la pura norma impuesta o bien mediante la reflexión competente, argumentada, dialogada y libre que ofrecen los CEA.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS:

- i. De hecho la última es de la Comunidad Canaria el pasado año. Se puede consultar la norma en <http://www.gobiernodecanarias.org/libroazul/pdf/57304.pdf>
- ii. La consulta de <http://www.ethics-network.org.uk> es muy ilustrativa en este sentido pues aparece la red de este tipo de comités en el Reino Unido. El sitio web está mantenido por el centro de ética Ethox, dependiente de la Universidad de Oxford.
- iii. Hemos de tener en cuenta que en el Reino Unido no existen regulaciones como las que existen en nuestro país sobre los CEA.
- iv. Por motivos de espacio no se pueden reproducir todos pero vale la pena revisarlos en su conjunto.
- v. En la novela el Dr. Moreau intenta transformar animales en seres humanos. Su dimensión moral se intenta imponer mediante una letanía de leyes, externas a los propios "humano-animales", pues no existe la exigencia interna al no ser humanos. Lógicamente la experiencia fracasa.
- vi. En 1987 asociaciones tales como la American Hospital Association, la Academy of Pediatrics, la American Medical Association, la American Academy of Neurology, entre otras, aconsejaban la presencia de los comités.
- vii. Ya, en 1993, en la obra referenciada de Judith Wilson, se señala: "Sin embargo, la mayor relevancia de estos comités no está en su función de análisis de casos..."

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Hernando P. La situación actual de los comités de ética. *Jano*. 2000; 59(1359):85-86.
2. Ribas S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña CEA-CAT(1). Estructura y funcionamiento. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(2):60-66.
3. Mino JC, Copel L, Zucker JM. A french perspective on Hospital Ethics Committes. *Camb Q Healthc Ethics*. 2008;17(3):300-307.
4. Guerrier M. Hospital based ethics, current situation in France: between "Espaces and committes". *J Med Ethics*. 2006;32:503-506.
5. Disponible en: Guía nº 1. Creación de Comités de Bioética [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [AccesoConsulta 21 de septiembre de 2008]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf>; La ética de la ciencia y la tecnología en la Unesco [Internet]. Paris: Unesco; 2008 [AccesoConsulta 21 de septiembre de 2008]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001600/160021s.pdf>
6. Ribas S. Op. cit., p.2
7. McLean S. Clinical ethics committees, due process and thier right to fair hearing. *J Law Med*. 2008;15(4):520-529.
8. Avaluació dels CEA [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut [AccesoConsulta 22 de septiembre de 2008]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2161/doc12497.html>
9. Abel F. Comités de Ética Asistencial. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(S.3):75-83
10. Simon P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17(4):247-259.
11. Acreditació [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut [AccesoConsulta 22 de septiembre de 2008]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir267/index.html>
12. Simon P. Op. cit., p.10.
13. Wilson J, Glaser JW, Rasinski-Gregory D, MClver J, Bayley MA. Health care ethics committees. The next generation. Chicago: American Hospital Publishing; 1993.
14. HEC Forum. 2006;18(4).
15. Cortina A. El protagonismo de los ciudadanos. Dimensiones de la ciudadanía. En: Cortina A, Conill J, editores. *Educación en la ciudadanía*. València: Institució Alfons el Magnànim; 2001.
16. Kuczewski MG. When your healthcare ethics committee "fails to thrive". *HEC Forum*. 1999; 11(3):197-207.
17. HEC Forum. 2006;18(4), p.14.
18. Hernando P. Evaluation of healthcare committees: the experience of an HEC in Spain. *HEC Forum*. 1999;11(3):263-276.
19. Ribas S. Op. cit., p.2
20. Couceiro A. La enseñanza de la bioética y planes de estudio basados en competencias. *Educación médica*. 2008;11(2):69-76.
21. Siegler M. Ethics committees: Decisions by bureaucracy. *Hastings Cent Rep*. 1986;16(3):22-24.
22. Vidal Bota J, Sarrias X, Ros F. ¿Están siendo útiles los comités éticos asistenciales? *Cuad Bioet*. 2006;27(3):331-400.
23. Alonso Rubio S. De la necesidad de comités de ética en las instituciones. *Med Intensiva*. 2001;25(5):197-199.
24. Campos Romero JM, Solsona Durán JF. Los comités de ética asistenciales: ¿necesarios o prescindibles? *Med Intensiva*. 2004; 28(7):362-364.
25. Savater F. Lo racional y lo razonable. *El País*. 7 de febrero de 2008.
26. Wilson J. Op. cit., p.13.
27. Wilson J. Op. cit., p.13.
28. Ribas S. Competencia de los comités de ética asistencial y autoevaluación de sus componentes. *Estudio CEA-CAT 2*. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(6):219-225

Comités de Ética Asistencial: ¿Procedimiento *versus* actitud?

Francisco Montero Delgado

Enfermero y filósofo. Máster en bioética.
Miembro del CEA del Hospital
Universitario Vall d'Hebron (Barcelona).
fmontero@vhebron.net

resumen

Tanto los procedimientos de análisis utilizados, como la actitud personal de los agentes deliberantes, son elementos clave en el debate bioético. La diferente naturaleza de los hechos científicos y de los morales provoca que la metodología usada en el seno de los CEA incorpore y, al mismo tiempo, corrija y supere, las insuficiencias y sesgos del principalismo y del casuismo como métodos de análisis, a través del proceso de la deliberación colegiada. La paradoja de la deliberación es que el análisis de un mismo hecho puede ser objeto de distintas decisiones que pueden ser opuestas pero igualmente válidas.

PALABRAS CLAVE
comité ética asistencial,
metodologías, deliberación

abstract

The analysis procedures and the personal attitude of the deliberating agents are key elements in the bioethical debate. The difference in nature of scientific and moral facts means that the methodology used in the core of WEC adds and at the same time amends and overcomes the deficiencies and the slants of principalism and casuism as analysis methods, through the process of collegiate deliberation. The paradox of deliberation is that the analysis of a same fact can have different decisions that can be opposite and nevertheless equally valid.

KEYWORDS
healthcare ethics committee,
methodologies, deliberation

La diferente naturaleza de los hechos morales y de los científicos provoca que, en el escenario bioético de los Comités de Ética Asistencial (CEA), se produzca una inevitable tensión entre nuestra inteligencia lógico-formal, que históricamente ha evolucionado por ensayo y error, y la denominada inteligencia emocional. La primera es propia de la ciencia, está basada en los principios de causa-efecto y cimentada en el empirismo, que nos dice que el conocimiento procede de la experiencia y de los sentidos; el pragmatismo, que afirma que el conocimiento surge de la vida práctica; y el racionalismo, que nos indica que el conocimiento emana de la propia razón. La segunda, definida por Daniel Goleman como *inteligencia emocional*, tiene que ver con la gestión de nuestros sentimientos: la empatía, la compasión, el miedo, el vértigo existencial...; también, con nuestra espiritualidad, con todo lo relacionado con nuestra ideología y nuestros odios y temores; y tiene que ver especialmente con un singular modo de conocimiento, en un clima de crítica a lo racional a un tiempo peculiar y universal, el del *corazón*. Aquello que Blaise Pascal denomina en sus *Pensées*, la *lógica del corazón* o, si se prefiere, *las razones que alberga el corazón*. Para Pascal, científico, filósofo y místico, la ciencia es brillante, hermosa, admirable, pero no sirve para el destino humano, para las cosas importantes de la vida y la muerte. Por ello insiste, en su celebrísima frase, que “el corazón tiene razones que no conoce la razón”. Pues bien, en ese territorio fronterizo de gestión de las emociones y de la zona más oscura y primigenia de nuestro inconsciente, se mueve justamente la inteligencia emocional, como sucede con la mayor parte de los conflictos éticos surgidos dentro del marco de la práctica clínica, con los cuales nos enfrentamos los miembros de los CEA.

Para resolver un problema ético, una persona se ve obligada a discurrir de manera racional y, a la vez, tiene que sentir la suficiente empatía emocional para poder decidir ante este tipo de situaciones

Abundando en esta tensión resultante entre razón y corazón cuando se aborda un dilema moral, recientemente, un grupo de investigadores liderados por Jesús Pujol, del Instituto de Alta Tecnología (ITA), situado en el Parque de Investigación Biomédica de Barcelona (PRBB), ha publicado un artículo en la edición electrónica de la revista PNAS, *Proceeding of the National Academy of Sciences*,¹ cuyo primer firmante es Ben J. Harrison, de la Universidad Australiana de Melbourne, en el cual se señala un interesante descubrimiento neurológico en relación a las partes del cerebro que se activan ante el planteamiento y resolución de un conflicto o dilema moral. Pujol y su equipo han puesto al descubierto que, frente a este tipo de situaciones, se pone en comunicación directa una red neurológica que conecta el cerebro emocional y el cognitivo; es decir, que existe un puente que une la parte más irracional y emotiva del cerebro, el sistema límbico, y la más racional y reflexiva, la parte frontal o neocortical (donde tienen lugar los procesos cognitivos superiores). Las áreas más extremas del cerebro, la más arcaica y la más evolucionada, activan un *teléfono rojo*, o línea directa, para resolver un dilema moral. Este descubrimiento tiene pleno sentido en relación a lo expuesto anteriormente, dado que, para resolver un problema ético, una persona se ve

obligada a discurrir de manera racional y, a la vez, tiene que sentir la suficiente empatía emocional para poder decidir ante este tipo de situaciones.

Estatuto epistemológico de la bioética

Sin embargo, la epistemología –aunque haya renunciado a alcanzar la verdad– nos indica que no hay disciplina científica si no conseguimos matematizar los fenómenos, es decir, traducirlos a número, cuantificarlos. Lo verdaderamente difícil es que no podemos conseguir sentar las bases de una *aritmética* o *matemática de los sentimientos* desde la actual teoría del conocimiento. No se puede aplicar la lógica de lo objetivable, sin más, y extrapolarla al mundo de lo no objetivable.

La ética no se basa en una razón o regla matemática, sino en una razón dialógica, construida mediante una racionalidad comunicativa y dialogada entre sujetos competentes y en condiciones de simetría moral

Para Descartes, la ciencia viene definida especialmente por su capacidad para ordenar, clasificar y medir, expresada como un proceso depurado de mejora permanente. La contradicción reside en que, para que una disciplina sea considerada desde el punto de vista epistemológico como científica, debe ser capaz de formular leyes o principios que se expresen matemáticamente y que describan fenómenos, o conjuntos de fenómenos, que tengan un valor universal y objetivable (vacío de todo componente subjetivo), con capacidad para la experimentación y la reproducibilidad, es decir, con capacidad para repetir un determinado experimento

en cualquier lugar y con cualquier persona, y que dicha disciplina posea, además, una competencia anticipatoria o predictiva, eso que los filósofos denominan proléptica. Un buen ejemplo de anticipación de la ciencia y de la técnica es el caso de la nave Voyager II, que llegó al planeta Urano el año 1986, tras nueve largos años de travesía interplanetaria, con tan sólo un minuto de retraso respecto a las predicciones de los ingenieros de la NASA. Sin embargo, la conducta humana es impredecible, porque se despliega kantianamente en el ámbito específico de la libertad.

Es por ello que hoy hemos pasado de la incertidumbre a la certeza, en el sentido de que la ética no se basa en una razón o regla matemática, sino en una razón dialógica, construida mediante una *racionalidad comunicativa* y dialogada entre sujetos competentes y en condiciones de simetría moral.

Por tanto, la gran diferencia entre las leyes morales y las leyes de la naturaleza es que las leyes morales pueden transgredirse, mientras que las leyes científicas no, porque son universales y necesarias. El Principio de Arquímedes y la Ley de la Gravitación Universal se cumplen siempre y en todo lugar. Sin embargo, las leyes morales como no matar, no robar, no violar, no hacer daño..., constatamos tristemente que se quebrantan de manera sistemática. No es de extrañar, pues, que la distinta naturaleza de los hechos morales y de los científicos provoque necesariamente que su abordaje metodológico tenga que ser distinto y con características específicas para ambos.

¿Por qué necesitamos un método en el seno del CEA?

Resulta plausible pensar que no podemos dejar a la improvisación, ni a nuestra intuición más abductiva, una cuestión tan trascendente como es la de alcanzar un consejo u orientación moral en el seno del CEA. Es por ello

que resulta fundamental la posesión de un método, como auténtica herramienta conceptual para conseguir razonar de una forma correcta y ordenada, haciendo compatible nuestra inteligencia científica con nuestra inteligencia emocional, para que nos indique el mejor camino a seguir en el insoslayable proceso deliberativo y facilitar con ello la toma de decisiones, frente a la necesidad de dar respuesta a un conflicto ético en el marco de la práctica clínica.

Resulta fundamental la posesión de un método, como auténtica herramienta conceptual para conseguir razonar de una forma correcta y ordenada, haciendo compatible nuestra inteligencia científica con nuestra inteligencia emocional

La palabra *método* procede del griego clásico *méthodos*, que significa *camino, vía, ruta*... Para simplificar, método es la manera, *el camino*, el conjunto de pasos fijados de antemano para decir o hacer alguna cosa con un determinado orden y corrección. La persona que realiza una consulta al comité, demandando una orientación moral antes de tomar una decisión, espera rigor en el procedimiento de análisis. En este escenario, el agente consultante da por supuesto que no se trata de una improvisada tertulia de radio o de una charla de café. Espera, además, coherencia y justificación en el posible consejo a seguir y espera, del mismo modo, que dicho rigor se extienda al redactado y presentación de forma ordenada de los informes escritos con los consejos morales *no vinculantes* del comité.

El CEA, por consiguiente, es el marco idóneo de consenso cuando las decisiones a tomar son conflictivas o difíciles, por la diferente jerarquía de valores y

por el carácter pluridisciplinar y de simetría moral de las personas implicadas en el proceso asistencial. El comité se nos revela entonces como un auténtico laboratorio de ensayo ético.

Método deductivo e inductivo en bioética: principialismo y casuismo

Tras la aparición del *Informe Belmont* en el año 1978, ha surgido un considerable número de métodos de análisis para abordar los conflictos éticos derivados de la práctica asistencial. Pero, tras un cribaje histórico *espontáneo* de los mismos, podemos observar que han sobrevivido básicamente dos: un modelo deductivo, el principialismo, y otro inductivo, el casuismo. Una vez analizados ambos, como veremos a continuación, siempre desde el punto de vista gnoseológico, nos damos cuenta de que, en realidad, son, dentro del marco de la bioética, dos tiempos de un mismo proceso.

Para abordar los conflictos éticos derivados de la práctica asistencial han sobrevivido básicamente dos métodos de análisis: un modelo deductivo, el principialismo, y otro inductivo, el casuismo

El *Informe Belmont* de la *National Commission* sobre investigación y experimentación con seres humanos y *Los principios de ética biomédica*,² descritos por James F. Childress y Tom L. Beauchamp, para el análisis de casos de conflictos éticos en la asistencia clínica, constituyen el *corpus* del modelo deductivo: el principialismo. Éste se materializa mediante la enunciación de los ya conocidos universalmente como los cuatro grandes principios de la bioética: autonomía, beneficencia, no malefican-

cia y justicia social distributiva. Cuando tales principios entran en conflicto, se impone su jerarquización, priorizando unos sobre otros y según cada caso en particular. No hay que perder de vista en el horizonte que los principios tan sólo son simples herramientas conceptuales, instrumentos para razonar mejor, y siempre constituyen una simplificación de la realidad. No son apodípticos; en ningún momento se constituyen como verdades irrefutables, porque no son fórmulas matemáticas, y cada caso es único e irrepetible.

Cuando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia social distributiva entran en conflicto se impone su jerarquización, priorizando unos sobre otros y según cada caso en particular

El modelo deductivo tiene su antecedente filosófico en el *Órganon* aristotélico y su lógica formal. *Órganon* en griego clásico significa justamente *herramienta, instrumento*. Dicha herramienta está fundamentada en el silogismo, (del griego *sylogismós*, que quiere decir *razonamiento*). Por tanto, Aristóteles buscaba en su obra *la herramienta para razonar correctamente*, y consideró que tal instrumento era el modelo deductivo. La deducción va de arriba abajo, de los principios o leyes generales a su aplicación y análisis de las situaciones particulares.

Más tarde, y siguiendo una línea cronológica de aparición de métodos de análisis bioéticos, surgió una propuesta inductiva, realizada por A. R. Jonsen, M. Siegler y W. J. Winslade en su obra *Ética clínica: aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*,³ para desarrollar otro método más de resolución de los conflictos éticos dentro de la práctica asistencial: el

casuismo. También es conocido como *Método de Galveston*, *Método de Texas* o *Método de los cuatro parámetros*. Según estos autores, hay que tener bien presente que los problemas éticos están en los casos concretos (de ahí el nombre de casuismo), y no en la teoría abstracta y filosófica de los principios. Para estos tres autores, cuando se analiza un caso en particular, hay que valorar inevitablemente cuatro puntos básicos: a) Las indicaciones médicas, lo que significa sencillamente realizar un buen diagnóstico y proponer un buen tratamiento. b) La calidad de vida del enfermo, es decir, tener en consideración qué calidad de vida tiene y qué calidad de vida le espera tras un tratamiento médico o quirúrgico. c) Tener en cuenta las preferencias del paciente, es decir, su voluntad y sus deseos. d) Valorar los elementos contextuales, o sea, básicamente, su entorno social y económico. Pero no hay que ser un gran observador para darse cuenta de que los *cuatro parámetros* propuestos por Jonsen, Siegler y Winslade reproducen por este orden: la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia social. Con este método inductivo, de abajo arriba, se nos ofrece una alternativa que consiste, al fin y al cabo, en ver lo mismo pero desde una perspectiva más concreta y más clínica. Por consiguiente, lo que subyace al *Método de Galveston* es la clara desconfianza de las grandes abstracciones filosóficas, casi siempre de naturaleza borrosa para el profano, como herramientas o instrumentos intelectuales de análisis para abordar situaciones concretas, tal y como sucede con el principialismo, pero, sin embargo, y he ahí la paradoja, llega al mismo fin. Igual que el principialismo que, como método deductivo, tiene su antecedente filosófico en la obra de Aristóteles *Órganon*, el casuismo, como método inductivo, tiene también su origen en la obra de Sir Francis Bacon, *Novum Organum*. Bacon nos dice que el "viejo órgano aristotélico" ya no nos sirve para elaborar un conocimiento bien fundamentado y bien construido. Según él,

hay que proceder justamente al revés, de abajo arriba, del análisis y de la observación de multitud de casos empíricos, para posteriormente realizar una inferencia inductiva y conseguir con ello establecer una ley o principio. Hay que decir que la inducción es la base de la estadística. Los ensayos clínicos, por ejemplo, se apoyan en el método inductivo. También es el modo de proceder de la denominada *medicina y enfermería basadas en la evidencia*. En definitiva, gracias a la inducción, se verifica la eficacia y seguridad de los tratamientos clínicos.

No existe, pues, un método perfecto que pueda resolver todos los problemas éticos que se nos plantean en los CEA. Y es justo en este punto del proceso donde interviene la deliberación

Visto así y siempre desde el análisis bioético, podemos deducir que ni los casos concretos nos permiten inferir lógicamente prescripciones o normas morales, ni de los principios generales de la moralidad podemos realizar aplicaciones automáticas de comportamientos correctos. Llegamos a la conclusión, por tanto, de que ambos modelos, deductivo e inductivo, nos resultan del todo insuficientes. No existe, pues, un método perfecto que pueda resolver todos los problemas éticos que se nos plantean en los CEA. Y es justo en este punto del proceso donde interviene la deliberación.

La deliberación como balanza teórica del procedimiento

Dado que la realidad siempre es una construcción social, tal y como afirmaba el sociólogo Max Weber, el conocimiento, la interpretación y la valoración del

mundo que nos rodea penetra inevitablemente en el territorio de la intersubjetividad. Hoy sabemos que la verdad no es cosa que se pueda encontrar en un individuo razonando en solitario, sino que precisa del concurso de la comunidad, del discurso colectivo establecido mediante el diálogo y el intercambio razonado y razonable de ideas y valores. Dicho esto, lo que necesitamos inevitablemente para tomar decisiones comunes dentro del CEA es un procedimiento, al cual denominamos deliberación. A nuestro juicio, la deliberación incorpora, y al mismo tiempo corrige, algunas de las insuficiencias o sesgos de los métodos anteriormente expuestos en el seno de los comités de ética asistencial.

La deliberación persigue confrontar las diferentes "doxas" u opiniones, y aportar razones o argumentos a favor de una opción o de otra y donde incluso es posible el desacuerdo; no hay que olvidar que su objetivo es cualitativo, no sumatorio

Etimológicamente, la palabra *deliberar* procede del latín *deliberare*, compuesta del prefijo *de*, que indica intensidad, y *liberare*, que significa *pesar*, de la misma raíz que el peso *libra*. Es decir, se trata de la balanza teórica que utilizamos como herramienta conceptual para sopesar los argumentos a favor y en contra de una idea que, en el caso del CEA, consiste en la elaboración de un juicio moral. La deliberación no se fundamenta, como sucede en la lógica democrática, en criterios numéricos o cuantitativos, sino en criterios cualitativos y de consenso. La premisa mayoritaria es una visión demasiado estadística o numérica de la democracia (en el sentido del *demos* griego, *el gobierno de la mayoría* o, si se prefiere, de la mitad más uno de los votos). No tiene como objetivo la votación,

ni la agregación acumulativa de votos. En lugar de agregar o sumar opiniones, la deliberación persigue confrontar las diferentes *doxas* u opiniones, y aportar razones o argumentos a favor de una opción o de otra y donde incluso es posible el desacuerdo; no hay que olvidar que su objetivo es cualitativo, no sumatorio. Se trata, sobre todo, de aportar argumentos y promover desarrollos mutuamente respetuosos en la toma de decisiones y en la búsqueda de consenso. En este sentido, es bueno seguir la máxima del filósofo Ziónides: "en ocasiones, lo que conocemos como verdad no es más que un error compartido por la mayoría".

Podemos afirmar que las cuestiones morales son opinables y, al mismo tiempo, paradójicas, y no pueden ser por su propia naturaleza matemáticas ni deductivas

Persigue, asimismo, introducir razones, saber escuchar y dejar que todo el mundo se exprese libremente y sin coacciones, lo que nos permite construir procesos más respetuosos que pueden hacer superar enfrentamientos y posturas en principio aparentemente irreconciliables o antagónicas. Por tanto, podemos afirmar que las cuestiones morales son opinables y, al mismo tiempo, paradójicas (la *paradoxa* de los griegos), y no pueden ser por su propia naturaleza matemáticas ni deductivas.

Como afirma Diego Gracia: "Un comité es un órgano de deliberación. La función del comité es deliberar. Por tanto, no se trata de informar a otros de las propias ideas, ni de convencerles, ni de cambiar sus sistemas de creencias o valores. La función de un comité es distinta, es deliberar, a fin de tomar decisiones sobre cuestiones complejas".⁴ Se basa, pues, en la inclusión de todas las distintas aproximaciones y perspectivas, desde una visión panorámica, es decir, desde

todas las ópticas, con la finalidad de enriquecer el discurso colectivo y multidisciplinar, además de la comprensión de las cosas y de los hechos.

La aparente paradoja de la deliberación prudente

Los miembros de los comités éticos, como agentes deliberantes, deben ser especialmente conscientes de que, en cuestiones morales, la deliberación prudente de un caso admite casi siempre más de una solución razonable. El análisis de un mismo hecho puede ser objeto de distintas decisiones, que incluso pueden llegar a ser opuestas y, sin embargo, igualmente válidas.

El paso de súbdito a ciudadano

La deliberación, la *bouleusis* griega, tiene su momento de emancipación o mayoría de edad con la dialéctica histórica situada en la época de la Ilustración, que culmina con la Revolución Francesa. Por primera vez, el súbdito y el esclavo se convierten en ciudadanos de pleno derecho. El sistema vertical o piramidal de las sociedades autárquicas del *Ancien régime* se transforma en un modelo horizontal y democrático. La dialéctica hegeliana del amo y el esclavo es superada por el nacimiento de un ciudadano nuevo, un ser humano que empieza a ser, por primera vez en la historia de la humanidad, dueño de su propio destino. El paternalismo médico continúa siendo un elemento residual más del modelo vertical de tales relaciones.

Al margen de la separación de los tres poderes descritos por Montesquieu en su *Espíritu de las Leyes*, dos cuestiones son básicas en las sociedades democráticas: el respeto por los derechos humanos y la libertad religiosa (*versus* teonomía) resultante de la separación entre Iglesia y Estado, es decir, la materialización *de facto* de un modelo aconfesional o laico.

La *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, (1948), está escrita en clave kantiana, teniendo en cuenta dos aspectos fundamentales: primero, el ser humano debe ser considerado como un fin en sí mismo, nunca como un medio o, dicho de otro modo, no debe ser instrumentalizado ni reificado; y segundo, el ser humano posee dignidad, y no precio; no es una cosa entre las demás cosas, porque la dignidad no es una mercancía, no se negocia.

La separación entre Iglesia y Estado, ya propuesta por Spinoza en su *Tractatus Theologico-Politicus*, ha favorecido el laicismo como marco neutral que permite la expresión y convivencia de todas las creencias religiosas, sin la discriminación de los ciudadanos no creyentes. Todos tienen cabida en ese espacio de libertad. La laicidad es sencillamente un marco en el cual se señalan los límites de la convivencia, eso que John Rawls denomina *las diferencias razonables*.

En un Estado democrático, nadie puede arrogarse, incluidas las religiones tradicionales, una mayor autoridad moral que el resto, puesto que no debemos imponer a los demás nuestra propia idea de bien, siempre y cuando se tenga como telón de fondo el respeto por los derechos humanos.

¿Por qué, pues, el laicismo? Pues porque Fedor Dostoiewski no tenía razón cuando, parafraseando a Nietzsche, dijo: "Si Dios ha muerto, todo está permitido". El ciudadano libre, más allá de sus íntimas creencias religiosas, no necesita del castigo o del premio eterno para hacer el bien. Hay que afirmar con rotundidad y sin paliativos que, si Dios ha muerto, "no todo está permitido", porque el ser humano es un *homo moralis*, es un ser moral por naturaleza. Racionalmente, (el *credo quia absurdum* de Tertuliano, "creo porque es absurdo"), no podemos saber si los dioses son simplemente una ficción o una ilusión cognoscitiva de la mente, tampoco sabemos si la humanidad ha estado eternamente sola, desprotegida de la tutela y del amparo divino, pero lo que sí que sabemos es

que ello no es en absoluto una razón insalvable para hacer el bien.

Perfil y actitudes de los miembros del CEA

El filósofo Francesc Torralba ha planteado una serie de interesantes propuestas para la realización de un debate público sobre la conveniencia de determinados valores en el ámbito de la democracia deliberativa que, unidas a algunas aportaciones de nuestra experiencia personal, se nos revelan como las más idóneas para participar y mostrar las actitudes que deben poseer o cultivar los miembros de los CEA.

De todos los rasgos que debe reunir el perfil de los miembros del CEA, la actitud más apreciada y sobresaliente para todo el mundo es, sin duda, la prudencia; la deliberación prudente

En primer lugar, es muy importante evidenciar una actitud sincera de respeto por el otro agente deliberante y conseguir las máximas condiciones de simetría moral. La segunda cuestión a tener en cuenta es que cualquier miembro de un CEA debe ser especialmente sensible a la hora de saber escuchar los argumentos de los demás. La *escucha atenta* es una acción realmente difícil en el proceso deliberativo. La ética discursiva, comunicativa o dialógica, persigue la comprensión, el entendimiento, no el lucimiento personal o retórico. Es bastante habitual que muchos interlocutores no estén atentos a los argumentos del otro y se encuentren más pendientes de aquello que van a decir ellos mismos. El diálogo bioético no se debe entender como un campo de batalla, sino como un espacio de consenso. Los excesos de protagonismo personal deberían ser desactivados desde dentro del CEA. En tercer lugar,

para ser miembro del CEA, es conveniente estar dotado de una cierta capacidad para identificar y comprender los valores ajenos, así como los aspectos relacionados con su componente más emocional. Una cuarta propuesta es que hay que ejercitarse en exponer los valores personales que, si bien no se corresponden exactamente con certezas verificables ni demostrables, se trata de convicciones que se pueden fundamentar racionalmente. En este ejercicio, es inevitable el despliegue de una cierta *desnudez moral*, de quedarse a la *intemperie ética*, ya que hay que mostrar los valores propios para contraponerlos a los demás. Otro aspecto importante en el seno del CEA es tener capacidad suficiente para argumentar racional y razonablemente. Sin perder del horizonte que no todo lo racional es razonable, de la misma forma que no todo lo legal es ético, ni todo lo ético es legal. En sexto lugar, hay que saber distanciarse de los principios y valores personales durante el acto de la deliberación. Quien no esté dispuesto a modificar su opinión frente a argumentos más contundentes y sólidos que los suyos debería abstenerse de participar en el acto deliberativo. Asimismo, es muy valorable, en el perfil de los miembros del CEA, ser poseedor de una buena capacidad de autocritica y humildad, especialmente para luchar contra los propios prejuicios, sobre todo en lo referente a los que tienen que ver con la autosuficiencia personal. La contención emotiva es un elemento básico en el CEA. En este sentido, hay que saber gestionar o administrar de una manera prudente lo relacionado con nuestras emociones. En penúltimo lugar, es muy conveniente también el rasgo de buena predisposición para identificar y asumir los argumentos positivos del otro agente deliberante, que seguro los tiene. Por último, hay que poseer una actitud crítica frente al fundamentalismo, relativismo y escepticismo. En este sentido, hay que decir que el fundamentalista es quizás el ser más pernicioso dentro del CEA, puesto que, además de creerse en

posesión de la verdad, se ve en la obli-gación *moral* de imponerla a los otros.

Pero, de todos los rasgos que debe reunir el perfil de los miembros del CEA, la actitud más apreciada y sobresaliente para todo el mundo es, sin duda, la prudencia; la deliberación prudente, surgida de la *phronesis* griega, y reforzada por la expresión latina *in medio virtus*, es decir, *en el medio está la virtud*, aquella especial disposición de ánimo que desea huir de las posiciones extremas y ser ponderada y comedida en los juicios de valor.

Otras actitudes aconsejables, además de la prudencia, para ser miembro de un CEA, tal y como señala Salvador Ribas, son la tolerancia, la paciencia y la compasión para ayudar a personas que se encuentran en situaciones difíciles. La honestidad, la humildad y el conocimiento de uno mismo y sus limitaciones, para establecer un clima de confianza en las reuniones, además del coraje para afrontar situaciones en las que pudiera darse alguna lucha de poder interno.

Por último, dos grandes maestros de la bioética en España, Francesc Abel y Diego Gracia, coinciden, desde dos cosmovisiones distintas, sobre el talante que debe presidir a los miembros de los CEA: "Para el diálogo bioético, son imprescindibles: el respeto al otro, la tolerancia, la fidelidad a los propios valores, la escucha atenta, una actitud interna de humildad; el reconocimiento de que nadie puede arrogarse el derecho de monopolizar la verdad y que todos hemos de hacer un esfuerzo de receptividad, la posibilidad de cuestionarse las propias certezas desde otras posiciones, la razonabilidad de los argumentos... En otras palabras, es necesaria la escucha recíproca, el enriquecimiento de la competencia profesional interdisciplinaria y la autenticidad en los acuerdos. Son un auténtico estorbo los dogmatismos científicos o espiritualistas y las visiones reduccionistas. La ignorancia hace el diálogo bioético imposible"⁵ "Deliberar es un arte, basado en el respeto mutuo, cierto grado de humildad

o modestia intelectual, y el deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos, escuchando e intercambiando opiniones y argumentos con los otros implicados en el proceso. La deliberación es un modo de análisis público y crítico de los propios puntos de vista. Necesita de ciertos conocimientos, pero especialmente de ciertas habilidades y sobre todo de algunos rasgos de carácter (...), todo el mundo cree estar en posesión de la verdad, y piensa que todos aquellos que defienden opiniones o creencias distintas de las suyas son tontos o malos. Deliberar es un proceso de auto-educación. Quizá también sea un proceso de auto-análisis, y hasta cierto punto una terapia"⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Harrison BJ, Pujol J, López-Solà M, Hernández-Ribas R, Deus J, Ortiz H, Soriano-Mas C, Yücel M, Pantelis C, Cardoner N. Consistency and functional specialization in the default mode brain network. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2008;105(28):9781-6.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5ª ed. New York: Oxford: Oxford University Press; 2001.
3. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética clínica: Aproximación a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Barcelona: Ariel; 2005.
4. Gracia D. Teoría y práctica de los comités de ética. En: Martínez JL, editor. *Comités de bioética*. Madrid: Desclée De Brouwer; Universidad Pontificia de Comillas; 2003. p.60-70.
5. Abel F. Historia y funciones de los comités de ética asistencial. *Labor Hospitalaria*. 1997; 29(244):110-118.
6. Gracia D. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. En: Sarabia y Albarezude J, de los Reyes López M, editores. *Jornada de debate sobre Comités Asistenciales de Ética*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000. p. 21-41.

Comités de ética o consultores de ética: ¿qué es lo mejor para las instituciones sanitarias?ⁱ

Azucena Couceiro

Profesora de Historia de Teoría de la Medicina y Bioética.
Universidad Autónoma de Madrid.
acouceiro@arrakis.es

resumen

El objetivo de este artículo es responder a la pregunta sobre qué modelo es mejor para las instituciones sanitarias para abordar los aspectos éticos: los comités de ética o los consultores de ética. Por esto se analizan las ventajas e inconvenientes de ambos modelos. Aunque no se dispone de una metodología adecuada para la evaluación de los diferentes modelos, aquí se hace una opción por los comités de ética, porque son el lugar apropiado para la deliberación.

PALABRAS CLAVE

comités de ética, consultores de ética, deliberación

abstract

The purpose of this article is to give an answer to the question about which is the best model for health institutions to face ethical aspects: ethics committees or ethics consultants. Thus the pros and cons of the different models are evaluated. Although there is not an adequate methodology to evaluate them, ethics committees are given the thumbs up, since they are the right place for deliberations.

KEYWORDS

ethics committees, ethics consultants, deliberations

En el año 1976 se vivió en EEUU el primer caso clínico en el que un tribunal norteamericano pidió la intervención de un comité de ética asistencial. Karen Ann Quinlan, una joven de 21 años, quedó en coma tras la ingesta de alcohol y barbitúricos. Sus padres preguntaron por la posibilidad de desconectar a la paciente de la ventilación asistida. El Tribunal Supremo de New Jersey dictaminó que autorizaría la petición sólo si un comité de ética confirmaba el pronóstico de irreversibilidad respecto a la vida cognitiva de Karen.¹ Aquí se sitúa el inicio de los comités de ética clínica.

En el año 1976 se vivió en EEUU el primer caso clínico en el que un tribunal norteamericano pidió la intervención de un comité de ética asistencial

Robert Veatch, conocido bioeticista y profesor de ética médica en el Kennedy Institute de la Universidad de Georgetown, planteó, ya entonces, interesantes cuestiones acerca de este caso. Si se trata de confirmar un diagnóstico, por qué un comité de ética. Si la ciencia médica se ocupa de los hechos y la ética de los valores, por qué un comité de ética tiene que analizar los hechos, y por qué cuenta entre sus miembros con personas ajenas a las profesiones sanitarias.²

Hoy sabemos que la dicotomía hecho/valor es falsa; que no hay hecho sin valor.³ La corrección del acto de desconectar a Karen depende, entre otros, del pronóstico sobre la irreversibilidad de su cuadro clínico, de ahí que el primer paso de un comité de ética sea el conocimiento de los datos clínicos. El estatus epistemológico de cualquier ética

aplicada requiere partir siempre del mejor y más exhaustivo conocimiento de los hechos, de los datos de la situación, que deben ser descritos y comprendidos del modo más completo posible.⁴ Pero nada de esto era tan claro en la década de los 70, cuando en Norteamérica comienza la discusión sobre los problemas éticos de la práctica clínica, y la necesidad de introducir una nueva perspectiva en el seno del positivismo científico que reinaba en el ámbito de la Medicina, basada exclusivamente en el *imperio de los hechos*.

La pregunta por la validez y eficacia de comités y consultores no puede ser contestada con un mínimo de rigor si no se parte del escenario histórico en el que surgen: un país con una sociedad civil activa, con un sistema sanitario de características específicas y distintas de los sistemas europeos, y donde la imbricación de los programas de Humanidades Médicas –entre ellos, la Bioética médica– estaba, y continúa estando, mucho más clara que en España.

1. El marco en el que nace la discusión

En la década de los 70, la relación clínica comienza a incluir, al menos en Norteamérica, elementos hasta entonces externos a la misma.⁵ La irrupción de los derechos civiles, entre ellos el derecho de libertad de conciencia, genera conflictos de valor inéditos que exigen nuevas respuestas institucionales. Comités, consultores, incluso *servicios* de ética en los centros que prestan atención sanitaria, son las propuestas a considerar. Y, si bien parece haber consenso en la literatura sobre el objetivo del análisis ético de los casos, no lo hay respecto de quién es el que mejor puede conseguirlo. El análisis de estos conflictos –

dice—debe proporcionar una reflexión sobre los conceptos y valores implicados, así como los diversos cursos de acción que pueden seguir las personas, sin pretender imponer decisiones consideradas como *la verdad*, o señalar cuál es *la solución correcta*.⁶

El análisis de conflictos debe proporcionar una reflexión sobre los conceptos y valores implicados, así como los diversos cursos de acción que pueden seguir las personas, sin pretender imponer decisiones consideradas como la verdad, o señalar cuál es la solución correcta

Consultor o comité, ¿quién es el más adecuado?, es una pregunta que trae consigo la evaluación de sus ventajas e inconvenientes, pero también su fundamento. En Estados Unidos, país en el que surgieron ambas figuras, existen ciertas características que moldean las respuestas. La primera es la potencia de las Humanidades Médicas en sus más prestigiosas universidades, y en cuyos programas también colaboran profesionales de la Medicina muy reconocidos en su ámbito. Esto puede explicar por qué uno de los puntos en discusión sea si un consultor de ética debe ser clínico. No era extraño que un filósofo llegase con su bagaje de conocimientos éticos a los hospitales, situación inimaginable en España, donde todavía hoy ni tan siquiera se reconoce la importancia de los programas de Humanidades en el currículum de los profesionales de la salud, y son excepcionales las propuestas de enseñanza de alguna de estas disciplinas en el pregrado.⁷

El problema es evidente: los clínicos no son profesionales en el campo de la ética, no pueden aportar la estructura y conocimientos que requiere la reflexión ética, pero tampoco se pueden resolver los conflictos de valores en la clínica si

no se maneja el campo de aplicación con un mínimo de suficiencia profesional.⁸ Quizás por eso se llega a una solución salomónica: un consultor de ética que no sea clínico necesita adquirir un conocimiento básico del ámbito de la Medicina. La respuesta es válida, pero sólo en la teoría, pues no se dice en la bibliografía cuál es la manera de conseguir la adquisición de esos conocimientos, ni cuáles son los criterios que debe utilizar una institución que contrata a un consultor para valorar que esa persona los posee.

En España, todavía hoy ni tan siquiera se reconoce la importancia de los programas de Humanidades en el currículum de los profesionales de la salud, y son excepcionales las propuestas de enseñanza de alguna de estas disciplinas en el pregrado

Otro punto importante en la discusión se refiere a las funciones que deben cumplir consultores y comités. Aquí la literatura ya no es tan homogénea. Autores tan conocidos como La Puma—consultor en el Hospital General Luterano Park Ridge, de Illinois— y Toulmin—filósofo que trabaja en el Centro de Ética Clínica de la Universidad de Chicago— plantearon que los consultores deben de intervenir en el análisis de los casos, mientras que la creación de una política institucional en el manejo de los valores éticos a través de la generación de protocolos, o mediante intervenciones educativas, es tarea que corresponde a los comités. Por eso concluyen que, aunque sus identidades y funciones sean distintas, deben trabajar conjuntamente; lo que no se dice es cómo hacerlo.⁹ Además rechazan explícitamente que los comités deban analizar casos clínicos, si bien las razones que esgrimen—estar lejos de la realidad clínica, no ser capaces de

realizar evaluaciones clínicas, sentirse incómodos al intervenir en el manejo de un paciente, tener menos *autoridad moral* que los consultores— tienen poca consistencia—si los comités cuentan entre sus miembros con profesionales sanitarios, ¿cómo no van a saber realizar evaluaciones clínicas?—, o pueden ser esgrimidas tanto para los consultores como para los comités, pues habría que analizar y definir en base a qué se atribuye la *autoridad moral*.

Otros autores afirman que, si bien los comités nacen en la década de los 70 y los consultores en la de los 80, ambos comparten las mismas funciones.¹⁰ El consultor tiene la ventaja de la rapidez en la respuesta y—se supone— más experiencia y conocimiento de la ética como disciplina teórica, pero elegir esta figura también entraña peligros nada desdeñables, como el de transmitir al hospital que su recomendación es la que debe ser seguida, y que encontrarla y señalarla en cosa de *expertos*, eximiendo con ello de reflexión y responsabilidad al resto de los implicados en la relación clínica. Este peligro se acentúa cuando el consultor, en vez de hacer las recomendaciones de forma confidencial a la parte o partes consultantes, anota directamente en la historia clínica sus recomendaciones, que, de esta forma, van adquiriendo el mismo nivel de obligatoriedad que los juicios clínicos o los tratamientos prescritos por los facultativos.

Lo cierto es que, más allá de lo que se dice en algún artículo, no es real encontrar consultores que asuman la generación de protocolos y las intervenciones educativas, y tampoco tendría sentido ni fundamento que lo hiciesen. Así que, en realidad, la dicotomía comité *versus* consultor se plantea en el análisis de casos, asumiendo que la institución que elija la figura del consultor dejará de lado importantes áreas de trabajo en el ámbito de la ética clínica.

Además de los modelos *puros*—comité y consultor—, también se encuentra en la literatura la descripción de las

combinaciones posibles entre ellos. El modelo de *comité puro*, que recibe la consulta, delibera sobre el caso y emite recomendaciones. El modelo del *miembro del comité como consultor*, en el que un miembro del comité, designado por éste, revisa la consulta, aporta datos, se entrevista con los afectados y lleva todo este material al comité para su discusión conjunta.¹¹ El modelo de “revisión *post facto*”, en el que el caso llega al consultor, que lo analiza y emite sus recomendaciones; dichas recomendaciones son luego revisadas por el comité.¹² Y por último, el modelo del *consultor*, que recibe, analiza y emite recomendaciones sin que en ningún momento intervenga el comité.¹³ Si bien no hay datos concluyentes sobre la eficacia y resultados de unos modelos sobre otros, es importante analizar algunas cuestiones de fundamento que permiten reflexionar sobre cuál de ellos es mejor para nuestras instituciones.

2. Cuestión de fundamento

Las éticas aplicadas –dice Adela Cortina– nacieron más que por imperativo filosófico, por una realidad social, que las necesitaba en una sociedad pluralista. Son moralmente pluralistas las sociedades que no abordan las cuestiones morales desde un único código moral, sino que tienen que descubrir acuerdos morales, o construirlos, si hay voluntad de hacerlo. Comisiones, expertos y ciudadanos, desde diversos enclaves sociales, van incorporando la moral a las instituciones mediante procesos de deliberación razonable.¹⁴ Este proceso requiere un grupo de personas que representen a todos los afectados, y que se respeten en el diálogo como interlocutores válidos y en condiciones de igualdad.¹⁵ Este proceso requiere también un método analítico, que contraste aquello que se delibera con los principios, y después con las consecuencias y circunstancias de cada caso.¹⁶ La deliberación es un modo de cono-

cimiento, el modo de conocimiento propio del razonamiento moral, en el que todos los implicados se hallan en un proceso de evaluación y cambio de sus propios puntos de vista, con el deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos y de tomar una decisión prudente. Y este proceso, que genera en sí mismo conocimiento moral, permite la participación en la búsqueda de soluciones a los conflictos de valor, creando lo que Jennigns denomina el *bien común*, las posibilidades morales que se descubren en el seno de una ciudadanía plural.¹⁷

Si nuestro interés primordial es generar espacios deliberativos, sin duda el comité es el modelo a desarrollar. Si lo que interesa más es resolver casos, la balanza se inclina ante el consultor

El principal objetivo de un comité de ética es la introducción de esta forma de proceder en las instituciones sanitarias, y no sólo, ni exclusivamente, la resolución de casos conflictivos. Más bien habría que decir que el análisis de los casos es tan sólo un medio para la consecución de ese fin, y que el resto de sus funciones –intervenciones educativas, generación de protocolos– procuran los conocimientos y las habilidades procedimentales necesarias para conseguir ese cambio de actitud y esta forma de abordaje de los problemas morales en sujetos adultos. El problema es confundir los medios –las funciones del comité– con su fin.

Si nuestro interés primordial es generar espacios deliberativos, sin duda el comité es el modelo a desarrollar. Si lo que más interesa es *resolver* casos, la balanza se inclina ante el consultor, asumiendo todos los peligros que ello conlleva, asumiendo un estatuto de la ética difícilmente justificable en el siglo

XXI, y asumiendo también el grave riesgo de mantener –aún sin quererlo– el tradicional paternalismo, justificado ahora desde el ámbito moral. Sin olvidar que, como se dijo previamente, se está convirtiendo un medio en un fin en sí mismo.

En el mismo sentido, hay autores que plantean que un consultor debe ser capaz de unificar el papel de *experto* con el de *mediador*, y hacerlo siguiendo la teoría del discurso moral de Habermas, es decir, asegurando que se cumplen las condiciones de la ética del discurso, asegurando la participación de todos los afectados, y justificando que la decisión tiene validez moral porque cumple con el principio de universalización. Y todo ello en el marco de un entorno en el que el proceso de deliberación sea posible.¹⁸ Lo que no explicitan es cómo puede llevarse a cabo esta tarea sin el concurso de una deliberación común o, dicho de otra manera, esta caracterización del consultor trae consigo que exista un grupo deliberativo, de forma que ya no estamos hablando del modelo del consultor *puro*, sino del experto integrado en un comité, que es el modelo más extendido en España.

En la *Tabla 1* (Pág. 20) pueden verse las ventajas e inconvenientes de ambos modelos, descritas por sus autores en 1992, y que todavía se mantienen en las discusiones sobre el tema. Tal vez la única ventaja justificable de un consultor podría ser la rapidez en la respuesta, pero no todos los casos son *urgentes*, y para éstos se puede designar un miembro del comité como consultor, o se puede hacer una revisión *post facto*, recuperando así la posibilidad de la deliberación común.

3. Pragmatismo: ¿qué es más útil?

Más allá de los fundamentos expuestos, podríamos preguntarnos qué es lo más útil en el marco de las condiciones reales que existen en nuestras instituciones, pues bien podría ocurrir que por pragmatismo –facilidad, rapidez, menor

exigencia respecto del manejo de las dinámicas de grupos— se eligiera la figura del consultor.

Tanto consultores como comités han sido poco y deficientemente evaluados, y los datos de los que se dispone en la literatura son escasos. Sobre los consultores, hay dos estudios clásicos, uno de la Universidad de Chicago,¹⁹ y otro de la Universidad de Texas, en San Antonio,²⁰ que pueden ser tomados como ejemplo. Es de interés señalar que, en un 32%, los consultores identificaron más problemas éticos de los que se planteaban en la consulta; que, en el 66% de los casos, la consulta modificó significativamente la toma de decisión, y que el tema más consultado versó alrededor de tomas de decisiones inapropiadas de las familias sobre pacientes incapaces. Pero, más allá de estos datos, son los propios autores quienes cuestionan la metodología de estos trabajos: ¿cuál es el resultado que queremos medir?, ¿cómo se mide?, ¿deben los consultores identificar nuevos problemas?, ¿cómo percibe el médico responsable del paciente la consultoría?, ¿le ayuda realmente a tomar decisiones?

La deliberación, el dar y recibir a través de la discusión, es la vía para alcanzar auténticos compromisos morales y no meras imposiciones

Si nos centramos en los comités, hay que comenzar diciendo que sólo en EEUU se cuenta con estudios a nivel nacional, publicados en diferentes décadas^{21,22} pero los datos obtenidos son meramente descriptivos, sin que se sepa cómo funcionan y sin que hayan sido evaluados en su eficacia real. Scheirton evaluó el 85% de los comités norteamericanos, pero lo hizo utilizando tan sólo indicadores descriptivos —número de protocolos, número de consultas, número de acciones formativas—.^{23,24} Griener ratifica los problemas metodo-

lógicos que genera este tipo de evaluación y añade otros nuevos: la dificultad de evaluar la consulta de casos, debido a la confidencialidad de la relación médico-paciente, o la dificultad de evaluar si los protocolos inciden realmente en la forma en que se toman las decisiones en la práctica clínica.²⁵

La situación en España no es diferente. Más allá de opiniones y juicios bienintencionados sobre la utilidad de los comités, realizados por personas de reconocido prestigio en el ámbito de la Bioética española, es excepcional encontrar una descripción detallada de las actividades realizadas por los comités^{26,27,28} de la necesidad explícita de evaluar con instrumentos fiables la labor que realizan,²⁹ y de su impacto real sobre la práctica clínica.³⁰ Sin duda es una exigencia desarrollar criterios y estándares para evaluar y certificar la eficacia y calidad de estas figuras y, mientras esto no exista, difícilmente podremos utilizar una argumentación de resultados para justificar su labor.³¹

4. A modo de conclusión

Ya hace cuatro décadas que aparecieron estas figuras en las instituciones sanitarias norteamericanas, y casi dos en España. Ello supone una tradición y una experiencia que debe servir a la hora de plantearse qué es lo mejor para nuestros centros, si bien, en el caso español, se da un predominio claro de comités sobre consultores. Lo expuesto en este artículo nos permite señalar varios puntos a tener en cuenta para responder a la pregunta inicial:

- La deliberación, el dar y recibir a través de la discusión, es la vía para alcanzar auténticos compromisos morales y no meras imposiciones. Sin deliberación, se empobrece la democracia, porque se reduce la capacidad crítica y la cooperación social, y prevalece una concepción de democracia basada en el puro poder, exento de razón moral, o utilizada en busca de poder a través de la mera negociación.³² Los comités son las figu-

ras que generan el lugar apropiado para la deliberación en el ámbito sanitario, y ésta es, además, su función principal. Este aspecto es de mayor importancia, si cabe, en países como España, o en el contexto geográfico latinoamericano, donde el verdadero reto es generar ética cívica en el seno de las instituciones y de las relaciones humanas;

La elección de uno u otro modelo transmite al centro un mensaje diferente sobre lo que es la ética. El modelo del consultor hace pensar que se requieren expertos. Por el contrario, el modelo del comité transmite que el discurso moral en una sociedad plural es fruto de una empresa colectiva

- La elección de uno u otro modelo transmite al centro un mensaje diferente sobre lo que es la ética. El modelo del consultor hace pensar que se requieren expertos, y que la deliberación moral es una herramienta que sólo poseen especialistas con un determinado cuerpo de conocimientos. Por el contrario, el modelo del comité transmite que el discurso moral en una sociedad plural es fruto de una empresa colectiva, llevada a cabo por un grupo de personas que representan a toda la comunidad de afectados en la relación clínica, donde todos —y no sólo los miembros del comité— tienen responsabilidad en la elección de un curso de acción.^{33, 34, 35}

- No hay datos suficientes en la literatura sobre su efectividad, ni metodología adecuada para su evaluación, de manera que la elección de uno u otro modelo debe ponderar elementos de fundamento. El único que plantea graves problemas de fundamento y efectividad a la vez es el modelo de consultor puro;

- Además de los modelos descritos y sus posibles combinaciones, existe otra posibilidad, intermedia entre las sesiones

clínicas habituales y la estructura (organizativa, dinámica de grupos, puesta en marcha, etc.) que exige la generación de un comité de ética: las *ethics rounds* o sesiones clínico-éticas.³⁶ Su desarrollo y evaluación son aún menores que la de consultores y comités, pero no dejan de ser una alternativa a considerar en los centros donde no haya posibilidad (medios, tiempo, infraestructura) de poner en marcha comités de ética.

Las instituciones sanitarias tienen que disponer de algún tipo de estructura o mecanismo para manejar los conflictos de valor, y tienen que hacerlo satisfaciendo criterios y estándares de cali-

dad.³⁷ La elección de un modelo u otro también es, como se ha querido mostrar, un elemento más de esa calidad asistencial exigible en nuestros centros.

Las instituciones sanitarias tienen que disponer de algún tipo de estructura o mecanismo para manejar los conflictos de valor, y tienen que hacerlo satisfaciendo criterios y estándares de calidad

AGRADECIMIENTO:

A Pablo Hernando Robles, por la lectura crítica de este texto y el aporte de su conocimiento bibliográfico, y de su experiencia en la puesta en marcha y seguimiento del Comité Hospitalario del Parc Taulí de Sabadell.

NOTA:

Trabajo realizado dentro del Proyecto de Investigación Referencia HUM2005-02105/FISO, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia, con el título de "Racionalidad axiológica de la práctica tecnocientífica".

Tabla 1

Ventajas e inconvenientes de comités y consultores.

(Tomada y traducida de Swenson y Miller)

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<p>CONSULTOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto directo con el paciente y su familia • Más flexible y eficiente (mayor rapidez) en su labor que los comités • Los médicos prefieren un consultor a un comité 	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo del consultor emite el mensaje de que los problemas éticos deben ser remitidos a un <i>experto</i> • Buscar la solución en el consultor conduce a los clínicos a no asumir su responsabilidad en la toma de decisiones
<p>COMITÉ DE ÉTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordaje de temas que implican la política de la institución • Su composición multidisciplinar evidencia diversos puntos de vista e identifica varias alternativas • Es un buen espacio para la reflexión ética 	<ul style="list-style-type: none"> • Las dificultades propias de la dinámica de grupos • El número de integrantes puede intimidar al que presenta un caso • El comité puede tener mayor peso en la política de la institución de lo que sería deseable

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Corte Suprema de New Jersey, A-16, september, 1975. p. 57-58.
2. Veatch R. Hospital ethics committees: is there a role? *Hastings Cent Rep.* 1977; 7(3):22-5.
3. Putnan H. El desplome de la dicotomía hecho-valor y otros ensayos. Barcelona: Paidós; 2004.
4. Cortina A. Ética aplicada. En: Cortina A, Martínez M, editores. *Ética*. Madrid: Akal; 1996. p.151-177.
5. Couceiro A. La relación clínica en las sociedades democráticas. *Bioet Debat.* 2007;13(50):17-21.
6. Fleetwood JE, Arnold RM, Baron RJ. Giving answers or raising questions?. The problematic role of institutional ethics committees. *J Med Ethics.* 1989;15:137-142.
7. Couceiro A. Enseñanza de la Bioética y planes de estudios basados en competencias. *Educ Med.* 2008;11(2): 69-76.
8. Ackerman TF. Conceptualizing the role of ethics consultant: some theoretical issues. En: Flechter JC, Quist N, Jonsen AR, editores. *Ethics Consultation in Health Care*. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press; 1989. p.37-52.
9. La Puma J, Toulmin S. Ethics Consultants and Ethics Committees. *Arch Intern Med.* 1989;149:1109-1112.
10. Singer P, Pellegrino E, Siegler M. Ethics Committees and consultants. *J Clin Ethics.* 1990;1(4):263-267.
11. Brennan TA. Ethics Committees and Decisions to Limit Care: The Experience at the Massachusetts General Hospital. *JAMA.* 1988;260:803-807.
12. La Puma J, Stocking CB, Silverstein MD, et al. An Ethics Consultation Service in a Teaching Hospital: Utilization and Evaluation. *JAMA.* 1988;260:808-811.
13. La Puma J, Schiedermayer DL. Outpatient Clinical Ethics. *J Gen Int Med.* 1989;4:413-420.
14. Cortina A. El quehacer público de las éticas aplicadas. En: Cortina A, García-Marzá D, editores. *Razón pública y éticas aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Madrid: Tecnos; 2003. p.13-44.
15. Couceiro A. La ética del diálogo en el mundo sanitario. *JANO.* 2005;1586:72-74.
16. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc).* 2001;117:18-23.
17. Jennings B. Possibilities of consensus: toward democratic moral discourse. *J Med Philos.* 1991;16(4):447-463.
18. Casarett D, Daskal F, Lantos J. Expert in Ethics? The Authority of the Clinical Ethicist. *Hastings Cent Rep.* 1998;6:6-11.
19. La Puma J, Stocking CB, Silverstein MD, Di Martini A, Siegler M. Ethics Consultation Service in a Teaching Hospital: Utilization and Evaluation. *JAMA.* 1988;260:808-811.
20. Perkins HS, Saathof BS. Impact of Medical ethics consultations on Physicians: An Exploratory Study. *Am J Med.* 1988;85:761-765.
21. Younger S, et al. A national survey of hospital ethics committees. *Crit Care Med.* 1983;11(11):902-905.
22. Caplan A, McGee G, Spanogle J, Asch D. A National Study of Ethics Committees. *Am J Bioethic.* 2001;1(4):60-64.
23. Scheirton LS. Determinants of hospital ethics committee success. *HEC Forum.* 1992;4(6): 342-59.
24. Scheirton LS. Measuring hospital ethics committee success. *Camb Q Healthc Ethics.* 1993;2:295-304.
25. Griener GO, Storch JL. Hospital ethics committees: Problems in evaluation. *HEC Forum.* 1992;4(1):5-18.
26. Hernando P. El comité de ética asistencial del Consorci Hospitalari del Parc Taulí de Sabadell: tres años de funcionamiento. En: Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999. p.291-300.
27. Ribas S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (I). *Med Clin (Barc).* 2006;126:60-6.
28. Ribas S. Competencias de los comités de ética asistencial y autoevaluación de sus componentes. Estudio CEA-CAT (II). *Med Clin (Barc).* 2007;128(6):219-225.
29. Hernando P. Evaluation of Healthcare Ethics Committees: The Experience of an HEC in Spain. *HEC Forum.* 1999;11(3):263-276.
30. Hernando P, Falcó J, Pons X. Influencia de un formulario de consentimiento informado para biopsia hepática en la información y ansiedad de los pacientes. *Rev Clin Esp.* 1997;197: 564-567.
31. La Puma, Schiedermayer DL. Ethics Consultations: Skills, Roles, and Training. *An Inter. Med.* 1991;114:155-160.
32. Conill J. El carácter hermenéutico y deliberativo de las éticas aplicadas. En: Cortina A, García-Marzá D, editores. *Razón pública y éticas aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Madrid: Tecnos; 2003. p.121-142.
33. Ross JW. Case consultation: the committee or the clinical consultant? *HEC Forum.* 1990;2:289.
34. Swenson M, Miller R. Ethics Case Review in Health Care Institutions. Committees, Consultants or Teams?. *Arch Inter Med.* 1992;152:694-697.
35. Wilson J. Case consultation: The Committee or The Clinical Consultant. *HEC Forum.* 1990;2(5):289-298.
36. Libow L, Olson E, Neufeld R, Martico-Greenfield T, Meyers H, Gordon N, Barnett P. Ethics Rounds at the Nursing Home: An Alternative to an Ethics Committee. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40:95-97.
37. Joint Commission International Accreditation. Estándares internacionales de acreditación de hospitales 2000. Barcelona: JCAHO-Fundación Avedis Donabedian: Viena Serveis Editorials SL; 2001. p.40-49.

El puesto del hombre en la naturaleza: el problema del antropocentrismo

Juan Alberto Lecaros

Licenciado en Derecho.
Alumno del Máster Universitario de Bioética
del Institut Borja de Bioètica (URL).
albertolecaros@yahoo.it

resumen

La ética medioambiental se define, en buena medida, en oposición a los argumentos de las éticas antropocéntricas. Estas últimas niegan la necesidad de una *nueva ética* porque postulan que la ética tiene que ver sólo con los intereses humanos y no es posible fundamentar racionalmente la idea de valor intrínseco en la naturaleza. La ética medioambiental argumenta que éste es un prejuicio histórico que se debe modificar por el bien de la humanidad futura, bien que es solidario con el bien de la naturaleza.

PALABRAS CLAVE

antropocentrismo ético y epistémico, antropocentrismo fuerte (o excluyente) y débil

abstract

Environmental ethics is defined in great measure against the arguments of anthropocentric ethics. The latter deny the need of a "new ethics" since they argue that ethics has to do just with human interests and it is impossible to set the grounds for the idea of intrinsic value in nature in a rational way. On the other hand, environmental ethics argues that this is a historical prejudice that should be modified for the good of future humankind, a good which is supportive with the good of nature.

KEYWORDS

ethical and epistemic anthropocentrism, weak and strong (or excluding) anthropocentrism

A lo largo de estos dos últimos artículos hemos pasado revista a las distintas vías de fundamentación de la ética medioambiental, recorriendo desde las posturas holistas o ecocéntricas (*Bioètica & debat*, nº 51) hasta las posturas biocéntricas (*Bioètica & debat*, nº 52). Ambas líneas de fundamentación racional se sitúan más allá del antropocentrismo ético tradicional en Occidente. Es en tensión con esta tradición que la ética medioambiental se perfila como una disciplina distintiva, por esto mismo se hace necesario aclarar qué significa el antropocentrismo, qué sentidos han sido usados en esta disputa y hasta qué punto es incompatible con la ética medioambiental.

La ética medioambiental, desde sus inicios, se ha postulado como una nueva ética, en el sentido de que persigue fundamentar racionalmente los principios, valores y normas que regulan la conducta del ser humano con la naturaleza

La ética medioambiental, desde sus inicios, se ha postulado como una *nueva ética*, en el sentido de que persigue fundamentar racionalmente los principios, valores y normas que regulan la conducta del ser humano con la naturaleza, más allá del círculo de intereses morales propiamente humanos. Se argumenta que ésta es la única vía para defender los intereses de la naturaleza en razón y por el bien de ella misma. Demostrar que en la naturaleza hay finalidad e intereses y,

por lo tanto, valores que nacen desde su interior y que exigen una respuesta moral de nuestra parte ha sido la tarea de esta disciplina.

Pero, ¿cómo pueden tener intereses morales aquellos seres que no tienen derecho a reclamarlos? ¿No es la ética sólo para los seres humanos, los únicos seres capaces de tener una conducta moral, reconocer valor, asumir responsabilidad y contraer obligaciones? Éstas son las primeras preguntas que formula un antropocentrista, poniendo en duda la posibilidad de una ética más allá de las fronteras humanas. La palabra *antropocentrismo*, etimológicamente, significa *centrado en el hombre* (gr. *ánthropos*) y, cuando se refiere a la ética, quiere decir que el ser humano es el único candidato a ser considerado en el universo moral. Y esto en virtud de que el ser humano es el único ser en la naturaleza que es un fin en sí mismo, es decir, que tiene un valor intrínseco en razón de su autonomía, libertad y racionalidad. El resto de la naturaleza carecería de valor intrínseco y se le consideraría un valor instrumental a los fines humanos, por ello, con la naturaleza, a lo más, tendríamos deberes indirectos, esto es, obligaciones no por su propio bien, sino por el bien humano. En consecuencia, quienes se oponen a una *nueva ética* y argumentan que la ética tradicional antropocéntrica es suficiente para enfrentar los nuevos desafíos éticos de nuestra civilización científico-técnica, no necesariamente niegan el cuidado y respeto que debemos a la naturaleza, sino que niegan que se fundamente esta obligación en un valor intrínseco de la naturaleza.

Entonces, ¿cuál es el problema, si tanto antropocentristas como no-antropocentristas se ocupan de velar por el cuidado de la naturaleza, coincidiendo, por lo ge-

neral, en sus políticas ambientales? ¿No es ésta una más de las disputas que los filósofos inventan y alimentan? Aquí, en primer lugar, hay que aclarar que estamos frente a una diferencia de fundamentos filosóficos, esto es, de principios racionales últimos e insuperables. Por un lado, tenemos el esquema de principios tradicionales en Occidente, que nacen de la cultura judeo-greco-cristiana, la cual dice que el hombre trasciende la naturaleza, pues el principio que lo define (la razón) es esencialmente distinto a la naturaleza. Y, por otro lado, nos enfrentamos a los inicios de una nueva visión no dualista respecto al puesto del hombre en la naturaleza, alimentada por la crisis de nuestra civilización planetaria, principalmente, hoy asociada a la crisis ecológica. Cabe preguntarse entonces, ¿no será el antropocentrismo occidental un prejuicio del cual tenemos que desprendernos, incluso por nuestro propio bien, por el futuro de la humanidad en la Tierra? Dejamos abierta esta pregunta hasta el final de este artículo.

¿No será el antropocentrismo occidental un prejuicio del cual tenemos que desprendernos, incluso por nuestro propio bien, por el futuro de la humanidad en la Tierra?

Y, en segundo lugar, se debe aclarar una confusión terminológica que ha alimentado innecesariamente el debate y que consiste en la confusión entre el antropocentrismo epistémico y el antropocentrismo ético. Esta distinción dará respuesta a las primeras preguntas que se formula un antropocentrista frente a la posibilidad de una nueva ética. Luego de esta distinción reseñaremos los orígenes en nuestra cultura de una visión antropocéntrica del mundo y en qué medida es un prejuicio que se arrastra por el peso de la tradición y quizás justi-

fique, por su propio impulso interno, un cambio de visión del mundo. Finalmente, expondremos los argumentos que el antropocentrismo ético ha esgrimido y haremos un balance de éstos con los argumentos que fundamentan una ética de la naturaleza basada en su valor intrínseco.

Antropocentrismo ético y epistémico

Un antropocentrista tiene razón cuando sostiene que no se puede dejar de percibir el mundo desde la perspectiva humana y que la ética en este sentido es un producto cultural humano que sólo es *para* los seres humanos, el único ser que puede dar valor y sentirse moralmente obligado y responsable ante algo o ante alguien (*agente moral*). La naturaleza, en cambio, carece de moralidad, es amoral. Pero, de este argumento, no se sigue que la ética sea sólo *acerca* de los seres humanos, que el universo moral comprenda sólo los intereses moralmente relevantes del ser humano y se niegue la *consideración moral* de otros seres (*pacientes morales*), y por lo tanto, no se les asigne ningún valor intrínseco. Que la moralidad se agote en la especie *homo sapiens sapiens* es quizás un prejuicio que debemos repensar. Y a esto se le ha denominado *antropocentrismo ético*, propiamente en este sentido excluyente respecto a los candidatos a ser considerados de una manera moral.

*Que la moralidad se agote en la especie *homo sapiens sapiens* es quizás un prejuicio que debemos repensar. Y a esto se le ha denominado antropocentrismo ético*

El *antropocentrismo epistémico*, como ya anticipamos, quiere decir que sólo podemos aprehender el mundo a través de los sentidos con los cuales fuimos do-

tados como especie y con las categorías conceptuales que se han sedimentado en el proceso de humanización y, en esta medida, los juicios que emitimos dependen de esta estructura cognitiva. Pero no necesariamente quiere decir esto que sólo el ser humano goce de una capacidad de valorar un entorno, que persiga fines y disfrute, por tanto, de un valor por sí mismo o intrínseco. La vida en general nos demuestra lo contrario y nos dice, además, que somos un producto de la evolución de estos seres con capacidad de fines. Sin embargo, somos los únicos seres que, trascendiendo la animalidad, podemos *reconocer* estos fines y valores en el mundo y, además, los únicos que nos preguntamos por el puesto que ocupamos en la naturaleza. Y así lo ha mostrado nuestra evolución cultural que, en sus distintas cosmovisiones antiguas, ha concedido finalidad a la naturaleza y ha situado al hombre en su interior. Sólo a partir de la metafísica y antropología dualista de rai-gambre judeo-cristiana, que separa la esencia del hombre de la naturaleza en virtud de la doctrina de la creación del mundo por un Dios trascendente (no inmanente), se ha venido consolidando en nuestra cultura occidental la idea de un mundo carente de valor y finalidad por sí mismo.

El origen del antropocentrismo

En el mundo griego hubiese sido impensable definir al hombre como un ente opuesto a la naturaleza. Para los griegos la *physis* (*naturaleza*) era la totalidad del ser en movimiento, incluido el hombre y los dioses. Para llegar a pensar que la esencia del mundo es la extensión, y la esencia del hombre el pensamiento, y que una y otra permanecen incomunicadas, según la tesis dualista de Descartes, tuvo que pasar mucho tiempo. El movimiento esencial en la historia fue la infiltración, durante siglos, de las ideas judías y cristianas en la tradición filosófica greco-romana, especialmente

a través del estoicismo, doctrina que posicionó al hombre en virtud de su razón como el máximo fin al cual se dirigen todas las cosas del mundo. Las dos ideas esenciales que asimiló la filosofía moderna de la religión judeo-cristina fueron: la superioridad de la voluntad sobre el intelecto y la doctrina de la creación del mundo *ex-nihilo*. Cuando el Teocentrismo medieval estaba en su ocaso, estas ideas comenzaron a perder su trasfondo religioso y, secularizadas, dieron paso a una visión antropocéntrica del mundo, que entronizó la voluntad del hombre y el dominio de éste sobre la naturaleza. Si el mundo, además, surge de la nada, es decir, es contingente, lo que prima es el concepto de *materia* sobre el de *forma* (racional), un modo de pensar radicalmente distinto al de los griegos. Entre el medioevo y la modernidad, el humanismo renacentista exaltó la idea de voluntad y libertad del hombre, uno de cuyos autores paradigmáticos fue Pico della Mirandola, quien, en el *Discurso sobre la dignidad del hombre*, expresó: "(El artífice) Tomó, por consiguiente, al hombre así construido, obra de naturaleza indefinida y, habiéndole puesto en el centro del mundo, le habló de esta manera: (...) *No te hecho ni celeste ni terreno, ni mortal ni inmortal, con el fin de que tú, como árbitro y soberano artífice, te informes y plasmes en la obra que prefieres*".¹

La modernidad, con Descartes, abandonado el misticismo renacentista, finalmente sancionó el dogma de que la naturaleza es materia (*res extensa*) sin finalidad ni valor, y que está determinada sólo por leyes causales que la razón descubre y que la voluntad de dominio controla para someterla. Este dogma aún perdura en la imagen de la ciencia objetiva y tiene como complemento la idea de que el mundo de los valores, la finalidad intrínseca, radica sólo en la voluntad libre y la razón del ser humano; en consecuencia, se piensa que los deberes morales sólo pueden referirse a los seres humanos porque la naturaleza es axiológicamente neutra.

Argumentaciones antropocéntricas en ética

El dualismo metafísico y antropológico que la tradición moderna consolidó ha dejado su huella en un consecuente subjetivismo moral. No se cuestionaron estas ideas hasta que la civilización actual no tomó conciencia de que la acción científico-técnica del hombre ponía en riesgo inminente a la humanidad y al planeta con una catástrofe nuclear, o en un riesgo lento, pero igual de catastrófico, a la naturaleza y a la humanidad futura, con una crisis ecológica de envergadura planetaria.

El dualismo metafísico y antropológico que la tradición moderna consolidó ha dejado su huella en un consecuente subjetivismo moral

Una de las primeras respuestas éticas ante el desafío planetario tomó un tinte muy radical, llamando a una nueva visión del mundo y a una transformación espiritual del hombre: era el movimiento de la ecología profunda (*deep ecology*). En este contexto de ideas aparece, con un espíritu crítico, la primera obra que defiende una ética humanista frente a la naturaleza, *Man's Responsibility for Nature*.² Su autor, John Passmore, argumenta que no hace falta una nueva ética ni una nueva religión o metafísica para responder moralmente ante la naturaleza; basta adherirse a nuestra tradición ética, sin caer en misticismos y primitivismos, porque la fuente de los problemas ecológicos, además de la ignorancia, son la codicia y estrechez de miras y, para esto, no necesitamos que una nueva ética, principios o reglas morales inéditas nos diga que estas conductas son malas. En consecuencia, Passmore sostiene que no necesitamos una nueva ética, sino simplemente

ajustarnos a los principios morales ya conocidos que promuevan *nuevas conductas* capaces de dar respuesta al desafío ecológico.

John Passmore, argumenta que no hace falta una nueva ética ni una nueva religión o metafísica para responder moralmente ante la naturaleza; basta adherirse a nuestra tradición ética, sin caer en misticismos y primitivismos

El antropocentrismo ético en ética medioambiental, desde entonces, se caracterizó por la negación de una nueva ética, que se traduce en la negativa a conceder valor intrínseco a la naturaleza y la propuesta de un *rearme moral* que defienda los intereses de las generaciones futuras para vivir en un medio digno (W. Frankena y K. Shrader-Frechette).³ El tema de las generaciones futuras como un ámbito de moralidad necesario para una *macroética planetaria* se transforma en el objetivo de las posturas antropocéntricas –por ejemplo, las posturas kantianas ampliadas, como la de K. O. Apel y G. Patzig, y la utilitarista de G. Pontara–,⁴ porque la comunidad de seres humanos –los únicos relevantes moralmente– que están por venir tiene el mismo derecho que nosotros a gozar de un medio ambiente digno para vivir. En esta misma línea está el *pragmatismo ambiental* de A. Weston, E. Hargrove y B. Norton.⁵ Este último ha sostenido que las políticas ambientales basadas en lo que él llama un *antropocentrismo débil* –esto es, aquél que considera un espectro más amplio de valores (humanos) en relación a la naturaleza, tales como valores científicos, estéticos y espirituales de las generaciones presentes y futuras– no se distinguirían de una ética basada en la problemática noción de *valor intrínseco*.

co, por lo tanto, bajo esta *hipótesis de la convergencia*, como dice Norton, basta una ética tradicional ampliada y no meterse en dudosos argumentos metafísicos que defienden el valor intrínseco de la naturaleza.

Aquéllos que se oponen a las tesis antropocéntricas se preguntan si una ética de este tipo es suficiente, pues qué ocurre con aquella naturaleza que no tiene un valor directo de ningún tipo, como son los miles de especies vegetales y animales que exterminamos sin tener conciencia de ello

Hacia un ajuste entre antropocentrismo y biocentrismo

Aquéllos que se oponen a las tesis antropocéntricas se preguntan si una ética de este tipo es suficiente, pues qué ocurre con aquella naturaleza que no tiene un valor directo de ningún tipo, como son los miles de especies vegetales y animales que exterminamos sin tener conciencia de ello. Además, muchos de estos filósofos se preguntan, mediante un experimento mental, si es lícito a un último hombre en la Tierra exterminar toda la vida del planeta, teniendo en consideración que no es responsable ni ante seres humanos presentes ni futuros (R. Routley).⁶ Estas preguntas nos llevan a la cuestión de si la *consideración moral* es atribuible sólo al ser humano, y a cuestionarnos si el deber con las generaciones futuras no es quizás un deber solidario con el deber de cuidado de la biosfera.

¿No será legítimo pensar que el círculo moral no se detiene en nuestra especie (presente y futura) en la medida en que ésta guarda un deber esencial con

aquel valor que la hizo emerger: la vida; y si, además, este valor sólo tiene una dimensión moral y posibilidad de pervivir en el futuro, si existe una humanidad venidera que lo reconozca? La ética no se agota en los deberes y derechos recíprocos de los miembros del gran pacto social (Rawls), ni en la dimensión de reciprocidad de los posibles afectados por el consenso de una comunidad de comunicación (Apel), sino que tiene una esencial vocación futura de cuidado de aquello que no nos pertenece, la Tierra, y que, como fiduciarios de ésta, posibilita la perpetuación de la *responsabilidad* en el mundo a través de la humanidad futura. No debería existir incompatibilidad, entonces, entre el irreductible carácter antropocéntrico de la ética –el deber con la existencia de las generaciones futuras, premisa ineludible para la existencia en el futuro de la ética– y su dimensión biocéntrica –la consideración moral de la vida como valor extrahumano esencial en la naturaleza.

No debería existir incompatibilidad entre el irreductible carácter antropocéntrico de la ética y su dimensión biocéntrica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

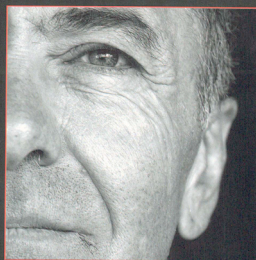
1. Pico della Mirandola, G. *Discurso sobre la dignidad del hombre*. México D. F.: UNAM; 2004. p. 14.
2. Passmore, J. *Man's Responsibility for Nature*. New York: Charles Scribner's Sons; 1974.
3. Frankena, WK. *Ethics and the Environment*. En: Goodpaster, KE, Sayre KM (comps.). *Ethics and Problems of the 21st Century*. Nôtre Dame: University of Nôtre Dame Press; 1979. Shrader-Frechette KS. *Environmental Ethics*. Pacific Grove. California: Boxwood Press; 1981.
4. Apel K O. *La ética del discurso como ética de la responsabilidad. Una transformación postmetafísica de la ética de Kant*. En: Apel KO. *Teoría de la verdad y ética del discurso*. Barcelona: Paidós; 1991. Patzig G. *Ética ecológica dentro de los límites de la mera razón*. En: Patzig G. *Hechos, normas y proposiciones*. Barcelona: Alfa; 1986. Pontara G. *Ética y generaciones futuras*. Barcelona: Ariel; 1996.
5. Norton B. *Environmental Ethics and Weak Anthropocentrism*. *Environmental Ethics*. 1984; 6: p. 131-148. Weston A. *Beyond Intrinsic Value: Pragmatism in Environmental Ethics*. *Environmental Ethics*. 1985; 7:321-339. Hargrove, E.: *Weak Anthropocentric Intrinsic Value*. *Monist*. 1992; 75(2):183-207.
6. Routley, R., Routley, V.: *Against the Inevitability of Human Chauvinism*. En: Elliot, R., (editor): *Environmental Ethics*. Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 104-128.

La sociedad de la decepción

Joan Mir Tubau

Profesor de bioética de la Universidad de Vic. Colaborador del IBB. joan.mir@uvic.cat

Gilles Lipovetsky



La sociedad de la decepción

Entrevista con Bertrand Richard

Lipovetsky, G. *La sociedad de la decepción*. Barcelona: Anagrama, 2008. p. 127

El libro de Gilles Lipovetsky está escrito a dos manos, en forma de entrevista.

El entrevistador, Bertrand Richard, va conduciendo al entrevistado, Gilles Lipovetsky, a analizar la sociedad actual, que califica de "sociedad de la decepción"

El libro de Gilles Lipovetsky, *La sociedad de la decepción*, como va siendo ya una práctica habitual en la producción literaria actual, está escrito a dos manos, en forma de entrevista. El entrevistador, Bertrand Richard, va conduciendo al entrevistado, Gilles Lipovetsky, a analizar la sociedad actual, que califica de *sociedad de la decepción*.

El libro contiene tres entrevistas. En la primera, que lleva por título *La espiral de la decepción*, B. Richard, con mucha destreza, consigue que el sociólogo francés Gilles Lipovetsky desarrolle minuciosamente su tesis central sobre el desencanto o la decepción que se constata en una serie de ámbitos de la sociedad actual –con múltiples referencias a la sociedad francesa– que van desde el progreso y el mundo laboral, pasando por el sistema escolar, la vida privada, el consumo, las marcas, el lujo y la publicidad, hasta llegar al consumo cultural. Lipovetsky, con una gran clarividencia y mucho equilibrio, subraya las decepciones, desengaños, frustraciones y contradicciones que se viven en estos ámbitos, pero haciendo notar que, en esta nuestra sociedad individualista, hipermoderna e hiperconsumista, conviven signos evidentes de decepción junto con elementos positivos que conviene tener en cuenta y valorar. Así, junto a afirmaciones que muestran el lado gris de nuestro presente ("La civilización del bienestar de masas ha hecho desaparecer la pobreza absoluta, pero ha aumentado la pobreza interior."), se encuentran brotes de esperanza, ya que no sólo no se ha perdido en absoluto "la capacidad de crítica social", sino que se ha "generalizado en el conjunto de esferas de la vida social". Sin embargo, la decepción es un fenómeno emergente que justifica de sobras la definición de la sociedad actual como *sociedad de la decepción*, aunque, a nuestro parecer, no deja de ser arriesgado definirla con una

sola característica, por muy dominante que ésta sea.

En esta nuestra sociedad individualista, hipermoderna e hiperconsumista, conviven signos evidentes de decepción junto con elementos positivos que conviene tener en cuenta y valorar

La segunda entrevista se titula *Consagración y desencanto democráticos*. En esta parte, Gilles Lipovetsky repasa las decepciones que se dan en la democracia liberal y en la vida política en general. La lista de decepciones que hace Lipovetsky es larga y sugerente, pero sólo mencionaremos algunas: fuerte corriente de desconfianza, de escepticismo y de falta de credibilidad de los dirigentes políticos; el poder político se ve como algo ineficaz, burocrático, alejado de las verdaderas preocupaciones de los ciudadanos; políticos que con sus actos sirven básicamente a sus propios intereses; abstencionismo en la vida política; desregulación de los comportamientos electorales; gobernantes que ya sólo prometen un mal menor; caída de las militancias activas; amplio desinterés por la política; en cambio, dedicación a las alegrías privadas; convicción de estar gobernados menos por los representantes políticos que por el empuje anónimo de los ciclos económicos, etc. Y todo esto, dice Lipovetsky, produce un desencanto político que va en aumento y se exterioriza de formas diferentes: "No se trata ya de cambiar la sociedad, sino de vivir mejor en el presente, uno mismo y los suyos, de ganar dinero, de consumir, irse de vacaciones, distraerse, hacer deporte, arreglar la casa". Pero también, en este ámbito de la democracia liberal y de la vida política,

no todo es decepción; hay aspectos importantes de la esfera pública que están bien asentados. Por tanto, Lipovetsky constata la ambivalencia y las contradicciones que configuran nuestra sociedad: es una sociedad dominada por la figura del consumidor, pero esto no significa que sea huérfana de todo ideal de justicia o de referentes de sentido y valor, jamás ha habido tantas asociaciones ni tanto voluntariado; es una sociedad que se desinteresa por la política, pero, al mismo tiempo, espera de ella ventajas y beneficios; por una parte y por desgracia, somos incapaces de construir Europa –y ya no digamos de conseguir grandes utopías– “hay descreencia utópica”, o de soñar con un mundo mejor; pero, por otra parte y a pesar de todo, “la democracia está confirmada”, no hay, al menos en Occidente, “enemigos dispuestos a tomar las armas contra la democracia”, sino que se impone como “un bien absoluto”. Además, los derechos humanos constituyen el código genético de las democracias liberales y son el centro de gravedad ideológico de nuestro mundo. La democracia y los derechos humanos gozan hoy, según Lipovetsky, de una legitimidad excepcional. Ámbitos de decepción, pues, hay muchos, pero también emergen muchos otros proyectos y esperanzas que son capaces de orientar, hacer apasionarse por algo y llenar la vida. Por lo tanto: “No es verdad –subraya Lipovetsky– que la sociedad de la diversión haya triturado el deseo de comprender, de aprender y reflexionar”.

Y, finalmente, la tercera entrevista, *La esperanza recuperada*, es un canto magnífico a la esperanza. Después de describir las luces y sombras de diversos ámbitos sociales y personales (familia, individualismo, vida comercializada, depresión, movimientos altermundialistas, etc.), Lipovetsky subraya con firmeza que no faltan razones para la esperanza: “Cuanto más decepcionante es la sociedad, más medios implementa para reoxigenar la vida”. Y más todavía: ¿cómo podríamos vivir, se pregunta, sin

tener esperanza? Y para hacer revivir esta esperanza, ¿qué debemos hacer? Lipovetsky propone una serie de salidas, que sustituyen la pasión consumista por otras pasiones: ofrecer metas a los individuos, fines que sean capaces de motivar más allá de la esfera del consumo; darse cuenta de que el hombre no sólo es comprador, sino que es capaz de pensar, crear, luchar y construir; dar a los niños y a los ciudadanos en general marcos o puntos de referencia intelectuales, ofrecerles horizontes vitales más variados, en el deporte, el trabajo, la cultura, la ciencia, el arte o la música; caminar hacia una transformación cultural que revalorice las prioridades de la vida, la jerarquía de los objetivos... un conjunto de salidas que, según Lipovetsky, nos podría conducir hacia lo que él llama la sociedad del *posthiperconsumo*.

El sociólogo francés apunta en diversos momentos que la incertidumbre, la inseguridad, las dudas, la inquietud y la decepción también están muy presentes en un gran número de ámbitos que son objeto de la bioética

Y todas estas reflexiones de Lipovetsky, ¿qué relación tienen con la bioética? Pues que el sociólogo francés apunta en diversos momentos que la incertidumbre, la inseguridad, las dudas, la inquietud y la decepción también están muy presentes en un gran número de ámbitos que son objeto de la bioética. A lo largo del libro, y sin pretender ser exhaustivos, hemos encontrado los siguientes: la ideología de la salud; la pareja; la sexualidad; la alimentación; la destrucción de los grandes equilibrios ecológicos y las amenazas de las industrias transgénicas; la vida tecnificada; la falta de interés humano de los médicos; la investigación científica; los

descubrimientos científicos y técnicos; la paradoja de la salud; los comités de ética; los debates sobre el aborto, sobre la adopción de niños por homosexuales, sobre la procreación, las manipulaciones genéticas, la eutanasia; vida más larga y mejor salud; la tecnociencia, que es calificada como el más transgresor, el más destabilizador de los referentes de nuestro mundo. Ámbitos, todos ellos, portadores de una mezcla de grandes esperanzas y también de decepciones. Por un lado, Lipovetsky hace notar, con mucho acierto, que nuestra época está llena de conflictos morales. La sociedad hiperindividualista no destruye los referentes morales, sino que pone en cuestión todo lo que antes era indiscutido. Y el sociólogo rompe una lanza a favor de lo que es más propio de la bioética: la necesidad de fomentar el diálogo entre ciencias y humanidades: “Aunque la cultura científica fomenta el espíritu de la duda, no podría sustituir a las humanidades, que proporcionan referentes de sentido y marcos de inteligibilidad irremplazables. Tenemos una gran necesidad de estas brújulas de reflexión”. Y concluye: “Estoy convencido de que la creciente influencia de las ciencias deparará más bien una nueva era de las humanidades que su extinción positivista”.

Lipovetsky ofrece una visión penetrante y a la vez sensata de la sociedad occidental, *sociedad de la decepción* y, aún reconociendo claramente las deficiencias y contradicciones que la caracterizan, el sociólogo francés está muy lejos de ejercer de profeta de calamidades. Un libro que no deja indiferente, que abre vías de reflexión para explorar y, sobre todo, que nos ayuda a comprender nuestro presente, condición previa para saberse situar ante él con sentido. Un prólogo brillante de Bertrand Richard, que recoge y sintetiza las ideas maestras de las respuestas de Lipovetsky, abre estas 127 páginas de un libro que es, como mínimo, luminoso, y escrito con aquel *espíritu de finura* que tanto reclamaba Pascal.

A la escala de la historia secular de la modernidad, el momento actual se caracteriza por la desutopización o la desmitificación del futuro. La modernidad triunfante se ha confundido con un desatado optimismo histórico, con una fe inquebrantable en la marcha irreversible y continua hacia una "edad de oro" prometida por la dinámica de la ciencia y la técnica, de la razón o la revolución. En esta visión progresista, el futuro se concibe siempre como superior al presente, y las grandes filosofías de la historia, de Turgot a Condorcet, de Hegel a Spencer, han partido de la idea de que la historia avanza necesariamente para garantizar la libertad y la felicidad del género humano. Las tragedias del siglo XX, y en la actualidad, los nuevos peligros tecnológicos y ecológicos han propinado golpes muy serios a esta creencia en un futuro incesantemente mejor. Estas dudas engendraron la concepción de la posmodernidad como desencanto ideológico y pérdida de la credibilidad de los sistemas progresistas. ¿Y si el futuro fuera peor que el pasado?

Lipovetsky, G. La sociedad de la decepción. Barcelona: Anagrama; 2008.

> **International Symposium "Ethics and Knowledge"**, organizado por la Universidad Nacional de Cuyo y el Parque Punta de Vacas (Argentina), del 12 al 15 de Noviembre. Más información: Correo-e: cehp@free.fr, web: www.cmehumanistas.org o www.cehp.free.fr, y web: www.unesco.org/shs/fr/ethics/geobs

> **XVII Congreso Derecho y Salud** "La asistencia sanitaria, la salud pública y la atención a la dependencia: dilemas y cuestiones pendientes", organizado por la Asociación Juristas de la Salud y el Colegio Oficial de Médicos de Pamplona del 19 al 21 de Noviembre en Pamplona (Sede Ittre. Colegio Oficial de Médicos de Navarra). Más información: Secretaria Técnica SANICONGRESS, c. Orense 85 bajo, 28020 Madrid. Tel. 902 190 848 / Fax 902 190 850. Correo-e: sanicongress@17derechoysalud.com y web: www.17derechoysalud.com

> **IV Jornadas Nacionales de Comités de Ética Asistencial**, promovidas por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo y el Institut Borja de Bioètica (Universidad Ramon Llull), del 27 al 28 de Noviembre en Valencia (España). Más información: Correo-e: secretaria_valencia@uimp.es y web: www.uimp.es

> **Conferencia Internacional sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina**, organizada por the Erasmus University Rotterdam y the Erasmus University Medical Center, del 10 al 12 de Diciembre en Rotterdam (Países Bajos). Más información: Correo-e: biomedicineconvention@bmg.eur.nl y web: www.biomedicinconvention.nl

> **2n Congrés Català de Dona i Salut Mental**, promovido por la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental los días 26 y 27 de Febrero de 2009 en Barcelona (Casa Convalescència – Universidad Autónoma de Barcelona. C. Sant Antoni M^a Claret, 171) Más información: web: www.academia.cat/societats/psiquia/

> **XII Congreso SESPAS** "Tiempos para la salud pública" organizado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, del 4 al 6 de Marzo de 2009 en Sevilla (España). Secretaria Técnica: Suport Serveis. C. Calvet, 30. 08021 Barcelona. Tel.: 932 017 571. Fax: 932 019 789. Correo-e: congresosespas@suportserveis.com y web: www.sespas.es/congresosevilla2009/

> **V Congreso de la Sociedad Andaluza de Contracepción** "Salud reproductiva: distintas estrategias, un objetivo común", del 23 al 25 de Abril de 2009 en Córdoba (España). Sede del Congreso: Hotel Córdoba Center, Av. Libertad nº 4. Más información: Secretaría Técnica: Geyseco Santander, S.L. Tel. 902 195545 y web: sac009.sec.es

con la colaboración de