



Desierto Yazd. Irán. Foto Carlos Ledesma

Carlos Ledesma Lara

Doctorando en Medicina y Psiquiatría. Dpto. Psiquiatría. UAM.

«Los pensamientos sin contenido son vacíos; las intuiciones sin conceptos son ciegas.» (1)

Los vertiginosos avances de las ciencias biológicas y médicas junto a intereses de orden económico e ideológicos, requieren de una pausa reflexiva a la hora de trasladar dichos logros a la práctica clínica cotidiana. Hablar hoy día de ética y moral parece anticuado o prescindible, como puede constatarse por el limitado espacio curricular que ocupan. Sin embargo, no puede dudarse de la necesidad de la reflexión crítica que nos aporta la ética sobre los hechos y comportamientos en todos los ámbitos de nuestra sociedad, y en el campo de la medicina en particular, a través de la joven disciplina en constante construcción que se ha dado en llamar bioética.

Al tratarse de una disciplina cuyos preceptos capitales se proponen reflexionar sobre las relaciones entre los avances técnicos de la medicina, la práctica y asistencia sanitaria, contemplando los derechos y deberes de los pacientes, aquellos son citados insistentemente, pero en no pocas ocasiones el demagógico uso político termina por devaluarlos. De bioética hablan profesionales facultados, profesores, académicos o estudiantes... pero también gestores políticos y «tertulianos».

Si la relación entre la práctica médica y la ética clínica es compleja, quizá lo sea más aun entre esta y la rama médica que trata de los problemáticas de la llamada «salud mental»: la psiquiatría. Aquí el eje salud-enfermedad, a diferencia de las afecciones fisiológicas, puede llegar a ser difuso, enredándose en ocasiones en criterios categoriales estigmatizantes de dudoso valor clínico. Las clasificaciones de los manuales psiquiátricos parecen encubrir un cierto rechazo al movimiento del psiquismo, al pretender fijarlo a un diagnóstico.

Si la medicina por lo general en nuestra cultura adolece del fenómeno de la medicalización, en la psiquiatría esto es más habitual, y en ocasiones peca de lo contrario: desde altas médicas precipitadas a ingresos o tratamientos psicofarmacológicos innecesarios. Esto pone en evidencia la dificultad extrema que implica la decisión «clínica» en esta rama de la medicina.

Teniendo en cuenta lo poco que podemos aportar en este breve texto sobre la necesidad clínica de la bioética que no se haya dicho antes, continuaremos citando un precepto de Hipócrates de Cos con el que sería difícil estar en desacuerdo:

«(...) algunos enfermos, percatados de que su enfermedad no les inspira confianza, dan crédito a la bondad del médico y pasan a tener salud». (2)

Está a nuestro alcance comprobar el efecto que al recibir un buen trato puede generar en cualquier situación de nuestras vidas cotidianas. En el caso del médico, la sincera amabilidad en la atención puede llegar a inspirarnos gratitud y ser causa de alivio de nuestro estado de ánimo. Pero no necesariamente puede conseguirlo su prestigio. Es sabido de profesionales que en su práctica se empeñan en demostrar que no están a la altura del prestigio que se les atribuye.

Ese enigmático y emotivo vínculo que entre el médico y el paciente puede llegar a establecerse, en el contexto del marco psicoanalítico, en lo que se denomina «transferencia». La confianza o rechazo que el médico nos genere mucho tendrá que ver en el cumplimiento de las prescripciones clínicas que nos sugiera.

Bioética como disciplina académica

Se considera que en un artículo publicado en 1970, el médico estadounidense **Van Rensselaer Potter** (3) introdujo el término «**bioética**» (4) para alertar del riesgo que

conlleva la separación entre **ciencia** y **ética**, así como de los posibles efectos negativos que el saber científico y tecnológico pueden llegar a tener en la existencia humana.

Advirtió Ortega que «la técnica es lo contrario de la adaptación del sujeto al medio, puesto que es la adaptación del medio al sujeto», llegando a afirmar que sin la técnica el hombre no existiría ni habría existido nunca. (5) El riesgo que corremos como especie humana al estar encadenados a la técnica por siempre y sin poder librarnos de ella, (6) se manifiesta en que la técnica, como expresión de la ciencia, ha modificado el valor y la representación del concepto «**salud**» en sus dos aspectos esenciales, el **fisiológico** y el **psíquico** y en consecuencia en el **social**. En nuestras sociedades el bienestar queda afectado por la necesidad de tener necesidades, muchas de ellas superfluas: la técnica, señala **Ortega**, puede llegar a ser la producción de lo superfluo. Este empuje de la razón técnica a lo superfluo nos amenaza con la reducción de la existencia a lo absurdo, como puede observarse en el consumo de ciertas mercancías contemporáneas.

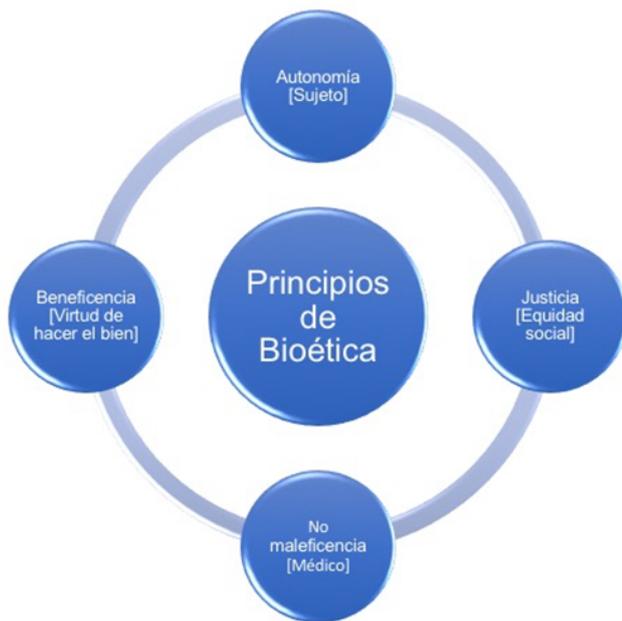


Diagrama del autor

De la amenaza de las ocasionales **perversiones** de la ciencia y la técnica –más allá de sus indudables e imprescindibles aportes que facilitan nuestras vidas–, no se libra ninguna disciplina, y mucho menos el campo de las **ciencias médicas**, que en determinadas

situaciones clínicas terminan siendo enfrentadas a dilemas morales.

Recordemos aquí que un **acto perverso** es la expresión directa de una moción pulsional que no ha sido contenida por la moral. El perverso no se pregunta por su acto, ni por las perjudiciales consecuencias que pueda ocasionar al otro, puesto que es refractario al sufrimiento del semejante, incluso se alimenta de él. El sujeto perverso se limita a satisfacer su propio modo de gozar. Por tanto es muy raro que pida una sesión de psicoterapia y, de hacerlo, su demanda no iría en la dirección de cambiar su modo de goce, en todo caso, sería para intentar lograr impunidad o librarse o reducir un castigo o pena. De las perversiones de las que aquí nos ocuparemos son de aquellas que si pueden llegar a ocasionar un riesgo o perjuicio a otros.

«Dilemas» sanitarios

Si hay una disciplina que ocupa un lugar de privilegio para poder articular la ciencia y la técnica, esa es la medicina, con los consiguientes obstáculos que se le presentan para ello. El sistema sanitario sufre presiones políticas, económicas y empresariales: desde la industria farmacéutica hasta los grupos económicos interesados en gestionar la salud pública, que en ocasiones la consideran un mercado, no un servicio público, donde obtener el mayor beneficio al menor coste. (7)

En sanidad pública, los valores que están en juego son la **eficiencia** y la **equidad**, es decir, la relación entre costes y beneficios y que la asistencia sanitaria esté al alcance de toda la población. Pero, como bien señala el profesor **Diego Gracia**, estos dos valores no se llevan demasiado bien entre sí, ya que a mayor eficiencia menor equidad y viceversa. Nos encontramos aquí ante un claro ejemplo de «**conflictos de valores**» (8) Ante esto suelen surgir dos bandos irreconciliables. El de aquellos grupos políticos y empresariales que están por la labor de privatizar los servicios sanitarios y el de los que rechazan tajantemente entregar las infraestructuras y los recursos humanos comunitarios a gestores privados.



[Laura Vanesa García González](#)

No es objetivo de este texto dar una respuesta a favor o en contra de una u otra posición –recordemos que un dilema siempre nos enfrenta a elegir entre dos opciones sin posibilidad de contar con una solución intermedia–, tan solo resaltamos la necesidad de que para plantear la resolución de estos conflictos de intereses y valores que competen y afectan a toda la sociedad, esto no puede realizarse desde el campo ideológico.

La posición ideológica es inevitable puesto que configura y condiciona el criterio particular de cada agente; por ello es imprescindible establecer un marco deliberativo en el que participen las organizaciones políticas, sociales, sindicales y académicas, así como expertos sanitarios implicados directamente en el servicio asistencial. En este sentido el aporte esencial de la bioética es construir las condiciones que posibiliten una **alianza deliberativa** en la cual se analicen hechos y valores concretos del sistema sanitario, para poder así tomar decisiones **óptimas** en favor del interés comunitario más allá de los ideológicos y particulares.

En nuestros parlamentos no suele deliberarse; los congresistas no se consideran discrepantes entre sí, se limitan a verse como enemigos. Tenemos en mente escaramuzas entre parlamentarios asiáticos donde en esperpénticas situaciones llegaban incluso a la agresión física, situaciones que nos generaba cierta gracia. En nuestras “civilizadas” sociedades occidentales no estamos muy lejos de ellas.

El resultado de la falta de deliberación en nuestros concejos municipales, por ejemplo, podemos comprobarlo con cada cambio de partido político en el gobierno del municipio en el que residamos. La calle que peatonalizaron unos durante su gestión la motorizan los que

le suceden y viceversa. En ocasiones se toman decisiones electoralistas, sin planificación y sin tener en cuenta el interés común ni el patrimonio de la comunidad.

Por otra parte, es responsabilidad de las instituciones el control y evaluación de la «calidad» de los servicios sanitarios así como la de los profesionales implicados. Es sabido que dichos controles son escasamente operativos. La evaluación de los servicios, así como la **formación continuada** de los profesionales es aceptada por todos, pero su implementación no es la deseada. La excepcional situación reciente de la pandemia puso en evidencia gran cantidad de carencias, en ocasiones lo político iba por delante de lo sanitario y viceversa. La descoordinación e improvisación quedó en evidencia.

Hechos y valores en ética médica

Los **hechos** clínicos y asistenciales conciernen a la ciencia y la técnica, son comunes a todas las culturas y países, mientras que los **valores** implicados a la **realidad del enfermar**, como hecho social y subjetivo, conciernen a la ética y la moral de cada sociedad, cultura y religión. Es habitual que los valores sean sustituidos por premisas ideológicas que condicionan los juicios sobre los hechos. Consecuencia de ello es que los deberes de los ciudadanos puedan llegar a decretarse por nuestros legisladores sin una previa deliberación ética acerca de los hechos y valores implicados.

La **bioética** es **ética aplicada** a la **relación clínica**, y pese a no ser una especialidad universitaria de grado, actualmente se la estudia de forma aislada como asignatura en facultades de medicina ciencias sociales o en ciclos de postgrado. Los puntos básicos de una **formación continuada** en bioética pueden considerarse los siguientes:

- Conflictos de valores: prevalencia histórica de los valores instrumentales frente a los intrínsecos.
- Deliberación y decisión: Gestión sanitaria.
- Atención clínica: Ética y calidad asistencial.
- Autores y textos fundamentales de la ética.
- Principios básicos de la bioética.

La bioética no se reduce a los códigos deontológicos profesionales, que deben estar necesariamente en constante formulación, ni a la aplicación de los protocolos de atención sanitaria ni se limita al derecho civil. (9) Es habitual que ciertos pacientes insistan en que se les realicen pruebas médicas o costosos tratamientos innecesarios al considerar que tienen

«derecho» a ellos, más allá de la valoración del médico, u otros que ateniéndose a principios religiosos rechazan determinada intervención terapéutica. En ocasiones, el sanitario termina cediendo a la demanda del paciente, como ocurre en los casos donde se manifiesta el «beneficio secundario de la enfermedad».

El trabajo clínico y la relación particular **médico-paciente** requiere un marco que le brinde al profesional sanitario contención de sus temores, incertidumbres o angustias, no solo en su encuentro con el paciente sino principalmente con el vínculo que se establece con la institución en la que desempeña su trabajo (sanitaria, académica). (10) Que duda cabe que solemos no atenernos al imperativo categórico kantiano, ya que actuamos bajo el impulso de la «necesidad» individual, **paradójicamente** impuesta por una cultura que fomenta el individualismo extremo, el narcisismo por la identidad «propia» y el lucro personal por sobre el bien común [autonomía]. por una cultura que fomenta el individualismo extremo, el narcisismo por la identidad «propia» y el lucro personal por sobre el bien común [autonomía].

¿De qué modo podemos manejarnos en esta contradicción *heteronomía-autonomía* que nos impone la sociedad? Kant ya nos advertía sobre «(...) la propensión natural al mal, que podremos llamarla a ella misma un **mal radical innato** (pero no por ello menos contraído por nosotros mismos) en la naturaleza humana». (11) Sin llegar a ser tan extremos, consideramos que la bioética puede aportarnos raíles de contención y guías para evitar en lo posible estos desvíos propios de la naturaleza humana, de los que nos advirtió el riguroso pensador prusiano



Monumento a Inmanuel Kant. Kaliningrado

Enseñanza y transmisión de la bioética

Para la transmisión del cuerpo doctrinal que compone la bioética y su variedad de ejes epistemológicos, consideramos que no deberían seguirse los mismos senderos que el del resto de disciplinas académicas. Valoramos también la necesidad de su estudio en los programas de grado no sólo para el campo de las ciencias biológicas y médicas, como ya sucede en Facultades de Medicina desde los departamentos de Humanidades Médicas, sino para todas las disciplinas que abarcan la atención socio sanitaria: la psicología, el trabajo y la educación social...

Debemos a **Lain Entralgo** el planteo de la necesidad de implementar las «humanidades médicas» siguiendo el modelo que en los años setenta se desarrolló en EE.UU. en los departamentos universitarios de medicina con disciplinas que abarcan la historia, la psicología, la sociología, la ética, la estética, la antropología filosófica y la antropología cultural, entre otras, aplicadas al conocimiento de la «realidad del enfermar» con la que tiene que habérselas el médico, siguiendo esa premisa que apuntó **José de Letamendi**: «El que no sabe más que medicina, ni aun medicina sabe», a lo que **Lain** agregó «El que en serio quiera saber medicina, habrá de saber humanidades médicas». (12)

Consideramos que enseñar bioética siguiendo los modelos académicos habituales cercena su potencial. La **formación continuada** del profesional sanitario debe contemplar participar en comités de éticas, asistir a debates junto a expertos y fundamentalmente la **supervisión clínica** individual y grupal, que va más allá de la **presentación de casos**, siendo el **método deliberativo** (13) el óptimo para su enseñanza. La bioética estudia lo vivo y los valores que conforman la sociedad, por tanto se debe tener cuidado de devaluarla reduciéndola a una axiología o una deontología.

Para el profesor **D. Gracia** todo aprendizaje requiere de al menos tres momentos: el de adquisición de «actitudes», luego de «conocimientos» y después de «habilidades». (14) Sin entrar en detalles podemos señalar que las actitudes, que durante la vida se amplían y desarrollan o atrofian, comienzan a aprenderse en la primera infancia, así como dichos procesos de aprendizaje se solapan y retroalimentan necesariamente. Pero si uno de estos momentos falla y se rompe al igual que un anillo de un **nudo borromeo**, el proceso de aprendizaje se desarticula, y el resultado será insuficiente.



Esquema ideal enseñanza-aprendiz

No siendo la Ética una disciplina médica, sino filosófica, así como tampoco la Anatomía es una disciplina médica, sino biológica, la bioética requiere para la construcción de su entramado epistemológico, de estas disciplinas, junto ciencias del derecho, económicas... es decir, debe recibir el aporte de especialistas de cada una de ellas, para poder estudiar y analizar con detenimiento y profundidad la articulación entre «juicios» y «principios» éticos.

El profesor **Diego Gracia** consideró dos métodos principales de transmisión de saber. El método **pedagógico** (sofístico) y el **socrático** (mayéutico), considerando el segundo el más adecuado para la enseñanza de bioética. Sin entrar en detalles, el método socrático [mayéutico: *maieúo*, arte de partear, sacar] busca provocar en el sujeto una transformación o cambio, una **conversión** [*metánoia*]. Afirmaba Borges que todo lo que se aprende para aprobar un exámen tiende a olvidarse, no deja huella en el estudiante: «todo proceso docente que no consigue la *metánoia*, el cambio, que no transforma de algún modo la existencia, (enriqueciéndola, trascendiendo lo banal) no hay duda de que es puramente externo y libresco». (15)

Este método de aprendizaje requiere grupos operativos pequeños, con un máximo de 18 asistentes, similares a los que el profesor **Pichón-Riviére** denominó «grupos operativos» **ECRO**. (16)

La enseñanza de la ética y la moral debe ser una invitación amable a estudiantes y profesionales sanitarios a internarse en los textos de los clásicos, volver a ellos, sabiendo que la **Ética** se revuelve ante la hegemonía del pragmatismo moralista imperante y el rancio positivismo.

Trabajos citados

1. **Kant, Inmanuel**. *Crítica de la razón pura*. A51/B75. Madrid : Alfaguara, 1998. pág. 93.
2. **Hipócrates**. «Preceptos, 6». *Tratados hipocráticos vol. I*. Madrid : Gredos, 2001. pág. 315.
3. **Potter, Van Rensselaer**. «Bioethics, the Science of Survival». s.l. : Perspectives in Biology and Medicine, vol. 14 no. 1, 1970, p. 127-153. Project MUSE. <https://muse.jhu.edu/article/405198>.
4. **Jonsen, Albert R**. *Breve historia de la ética médica*. Madrid : San Pablo-Univ Pontificia Comillas, 2011. pág. 290.

5. **Ortega y Gasset, José.** «*Meditación de la técnica*». *Obras Completas. Tomo V.* Madrid : Revista de Occidente, 1964. págs. 317-345.
6. **Heidegger, Martin.** «*La pregunta por la técnica*». *Conferencias y artículos.* Barcelona : Ediciones del Serbal, 2001. págs. 9-32.
7. **Gracia, Diego.** *En busca de la identidad perdida.* Madrid : Biblioteca Deliberar, Editorial Triacastela, 2020. pág. 95.
8. —. *En busca de la identidad perdida.* pág. 92.
9. **Couceiro-Vidal, Azucena.** *Enseñanza de la Bioética y planes de estudios basados en competencias.* [Educ Med 2008; 11(2):69-76.
<https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v11n2/colaboracion3.pdf>]
10. **Gómez Esteban, Rosa.** *El médico como persona en la relación médico-paciente.* Madrid : Fundamentos, 2002.
11. **Kant, Inmanuel.** *La Religión dentro de los límites de la mera razón.* Madrid : Alianza, 1981. pág. 42.
12. **Lain Entralgo, Pedro.** «*Hacia el verdadero humanismo médico*». *En Ciencia, técnica y medicina.* Madrid : Alianza, 1986. pág. 325.
13. **Gracia, Diego.** «*La deliberación moral: el método de la ética clínica*». [Med Clin (Barc) 2001; 117:18-23. DOI: 10.1016/S0025-7753(01)71998-7]
14. —. *Fundamentación y enseñanza de la bioética, vol. 1. Ética y Vida. Estudios de bioética, 5 vols.* Bogotá : Editorial El buho, 2000. págs. 175-184.
15. —. *Fundamentación y enseñanza de la bioética.* pág. 188.
16. **Pichon-Riviere, Enrique.** *El proceso grupal. Del psicoanálisis. a la psicología social (1).* Buenos Aires : Nueva Visión, 2001.

Si desea citar esta página

Ledesma Lara, C. (2023). Perspectivas. En *Niaiá. Revista interdisciplinaria sobre formación y*

resolución de problemas morales. nº 2, consultado el 21/11/2023
en <https://niaia.es/notas-minimas-sobre-bioetica-en-psiquiatria/>

Creemos en el libre flujo de información. Republique nuestros artículos libremente, en impreso o digital, bajo licencia Creative Commons, citando la fuente.

Si lo desea, puede volver a publicar este artículo, en forma impresa o digital. Pero le pedimos que cumpla estas instrucciones: por favor, no edite la pieza, asegúrese de que se la atribuya a su autor, a su institución de referencia (universidad o centro de investigación) en Niaiá.

