



SUMARIO

TEMA DEL DÍA

	PÁGINA
LA COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE- <i>NIEVES BARRAGAN</i>	1
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE: LA RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES- <i>PABLO HERNANDO</i>	15

PENSAMIENTO ACTUAL

EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y EL SABER DE LA ÉTICA. EL PARADIGMA DE LA MEDICINA CLÍNICA - <i>MÀRIUS MORLANS MOLINA</i>	39
--	----

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

MEDIO SIGLO DE AJEDREZ - <i>LUIS BOHIGAS</i>	59
--	----

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicaran en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI @.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y EL SABER DE LA ÉTICA. EL PARADIGMA DE LA MEDICINA CLÍNICA *

Màrius Morlans Molina

Resumen: Unos dudan que la evolución moral de los seres humanos sea vivir para estar a la altura de los deseos que suponen la aplicación de los avances científicos. No siendo yo de esta opinión, me parece sin embargo que, hoy más que cualquier otro momento, la frontera entre lo que hacemos (la aplicación del conocimiento científico-tecnológico) y lo que debemos hacer (lo que dicta nuestra conciencia) es más impreciso, está lleno de dudas y preguntas difíciles a responder. ¿Dónde está el límite de la modificación genética? ¿Lo aceptaremos por motivos terapéuticos? Y si es así ¿por qué no lo utilizamos para mejorar nuestras capacidades físicas e intelectuales? El análisis y las respuestas a estas preguntas, y a otras, nos conduce a la posibilidad de un diálogo entre ciencia y ética, entre tecnología y humanidades.

Palabras clave: ciencia, ética, diálogo interdisciplinar, medicina clínica, bioética.

Abstract: *SCIENTIFIC KNOWLEDGE AND KNOWLEDGE OF ETHICS. THE PARADIGM OF CLINICAL MEDICINE. RESPONSIBILITY OF THE INSTITUTIONS*

Some people that the moral evolution of human beings is to live up to the challenges posed by the application of scientific advances. I am not of this opinion but it seems clear that today, more than ever, the boundary between what we can do, (the application of scientific knowledge), and what we have to do, (what dictates our conscience), is more imprecise, more full of doubts and questions difficult to answer. Where is the limit of genetic modification? Will we accept genetic modifications for therapeutic purposes? And if so, why not to apply it to improve our physical and intellectual capacities? Analysis and responses to these and other questions lead us to the possibility of dialogue between science and ethics, between technology and the humanities.

Keywords: science, ethics, interdisciplinary dialogue, clinical medicine, bioethics

Artículo recibido: 5 noviembre 2016; **aceptado:** 15 noviembre 2016.

(*) Conferencia pronunciada en las VI Jornadas de reflexión educativa del *Col·legi de Llicenciats de Catalunya sobre "Ètica i ciència: un equilibri (im)possible?"*

Introducción

Lo que será el devenir de la humanidad depende, en gran medida, de lo que hacemos con lo que sabemos. El conocimiento científico y su aplicación tecnológica, lo que es conocido como el complejo científico-tecnológico, puede modificar el medio ambiente y el genoma de los seres vivos, la cual cosa incidirá en la evolución de las condiciones de vida y, por lo tanto, de la vida misma con consecuencias imprevisibles.

Hay quien duda que la evolución moral de los seres humanos esté a la altura de los retos planteados por la aplicación de los avances científicos. No soy de este parecer. No obstante sí que me parece evidente que, a día de hoy, más que nunca la frontera entre lo que podemos hacer (la aplicación del conocimiento científico-tecnológico) y lo que debemos hacer (lo que nos dicta nuestra conciencia) es más imprecisa, pues está plagada de dudas nuevas y problemáticas de difícil respuesta. ¿Dónde está el límite de la modificación genética? ¿La podemos aceptar con fines terapéuticos? Y si así es, ¿por qué no aplicarla para mejorar nuestras capacidades físicas e intelectuales? ¿Quién y cómo se establecen los límites entre lo que consideramos humano o normal y lo que es patológico o simplemente transhumano o posthumano, como postulan los defensores de la mejora humana a través de la modificación genética? ¿Son los alimentos transgénicos la solución al hambre, una de las plagas que todavía afectan a la humanidad? Y si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles serían las consecuencias?

El análisis y la respuesta a estas y otras cuestiones nos remite a la posibilidad de diálogo entre ciencia y ética, entre tecnología y humanidades. Posibilidad de diálogo que ha sido motivo de controversias desde mediados del siglo pasado, cuando Charles P. Snow -en su conferencia *The two Cultures* pronunciada en Cambridge- calificó a los pensadores humanistas, entonces hegemónicos tanto social como académicamente, de *luddites*. Aludiendo así a aquellos tejedores artesanos que al inicio de la revolución industrial en Inglaterra destruyeron los telares mecánicos porque les dejaban sin trabajo y, como consecuencia, grandes

detractores del progreso representado por la revolución científica-técnica-industrial.

Cabe no obstante recordar que tan sólo a mediados del siglo XIX, el estudio de las leyes naturales era tarea de la filosofía natural, una disciplina académica integrada dentro de la filosofía. Según el filósofo francés Henri Bergson, fue Claude Bernard el primero en formular de manera clara esa línea divisoria entre filosofía y ciencia; considerando a la primera como una actividad intelectual diferente a la investigación científica, aunque ambas con objetivos y métodos propios. Claude Bernard, médico profesor de la Sorbona, en la *Introducción al estudio de la medicina experimental*, publicado en 1865, sistematiza su experiencia investigadora y sienta las bases de la fisiología moderna que contradicen el concepto de fuerza vital; el principio de vida que, según la doctrina vitalista entonces enseñada en las facultades de medicina, no se podía explicar sólo como el resultado de procesos físicos o químicos.

En la cultura anglosajona la primera constancia escrita de la palabra *scientist*, designando a los que se dedicaban al estudio del mundo material, en oposición a los filósofos y los técnicos, se encuentra en 1834 de la mano de William Whewell, profesor de Cambridge. Contribuyó a la difusión de esa concepción del término con su obra *The Philosophy of the Inductive Sciences* y, de hecho, el término *science* no aparece en las ediciones del Oxford English Dictionary anteriores a 1860. Desde entonces, el crecimiento exponencial del conocimiento científico, gracias en parte al aumento del método experimental de investigación, deslumbró y orientó el debate sobre los objetivos y la metodología de las otras disciplinas académicas. No siempre con efectos positivos sobre los contenidos y los procedimientos específicos. Se debe tener presente estos antecedentes para evitar hegemonías que condicionen el resultado de este diálogo tan necesario e inaplazable.

De ahí, me propongo hacer una breve reflexión sobre las condiciones que lo pueden hacer factible. Pero, antes, describiré las diferencias conceptuales, algunas ya apuntadas, entre el conocimiento científico y el saber de la ética. Como paradigma del conocimiento científico tomemos las que conocemos como ciencias

duras, la física, la química y la biología, y las especialidades actuales a las que han dado luz. Y como paradigma del saber de la ética entendamos cualquier competencia o capacidad para decidir en cuestiones de índole moral. La finalidad de este reduccionismo voluntario es facilitar la argumentación, sin que ello suponga menospreciar las llamadas ciencias sociales, la economía, la sociología y la psicología, entre otras.

El esbozo de las diferencias conceptuales tiene por objeto poner de manifiesto las dificultades a priori del diálogo interdisciplinario. Sólo siendo conscientes de las dificultades que conllevan estas diferencias, se puede osar intentarlo. Expondré, a continuación, las condiciones mínimas necesarias para encarar estas diferencias y propiciar el diálogo. Será, obviamente, una propuesta de mínimos que señalará un camino o procedimiento que cada ámbito de conocimiento o disciplina debe iniciar y adaptar a sus condiciones específicas. Éste constituye el núcleo propositivo de mi reflexión. Y como el campo de la teoría y la argumentación académica no es mi fuerte, acabaré ilustrando mi propuesta con un ejemplo concreto extraído de mi experiencia profesional como médico clínico; el cual muestra la necesidad de complementar el conocimiento científico de las enfermedades con la deliberación moral en la toma de decisiones médicas.

Diferencias epistemológicas entre el conocimiento científico y el saber de la ética

Los pensadores de la Grecia clásica denominaban *episteme* al conocimiento que tenían por cierto, por ser el fruto del razonamiento lógico, del silogismo o de la comprobación. Y lo diferenciaban de la *doxa*, de lo que era una mera opinión. Hoy, el conocimiento científico es *episteme*, mientras que el saber de la ética es *doxa* (no en el sentido platónico de conjetura confusa, sino en términos de juicios prácticos, conjunto de valores). Así, pues, la primera diferencia entre ambas actividades intelectuales radica en el objetivo. Mientras que el conocimiento científico pretende la descripción precisa del universo y la predicción de los fenómenos que tienen lugar en él, el saber de la ética consiste en formular una opinión/juicio ante un problema

moral. Como bien dice Adela Cortina, la ética es un saber práctico, un saber para actuar, para ayudar a tomar una decisión que oriente la acción desde una perspectiva moral.

El tipo de razonamiento científico es teórico y progresa con la formulación de hipótesis que deben comprobarse. Como consecuencia, la naturaleza del pensamiento científico es abstracta. ¿Qué hay de más incomprensible para los profanos que una fórmula matemática, física o química como $E = mc^2$? En cambio, el razonamiento de la ética es, como ya hemos dicho, de tipo práctico, atiende a las circunstancias del caso y, por tanto, sus argumentos son concretos, pertinentes al caso que se analiza.

Los resultados científicos son universales, verificables y útiles en todas partes, mientras que los de la ética son particulares, sólo válidos y aplicables en el caso en cuestión y sujeto al juicio del agente o agentes morales implicados. Precisamente lo que es garantía de comprobación y generalización de los resultados es el método de la ciencia, el experimental, una observación manipulada y controlada que permite verificar la validez de los resultados en cualquier lugar donde se reproduzca el experimento. El método de la ética es la deliberación, el procedimiento por el que se decanta la balanza a favor de una de las opciones en juego, después de ponderar los argumentos a favor y en contra de todas las posibles, examinándolas a la luz los principios éticos identificados como relevantes y previendo las posibles consecuencias.

El criterio científico es la certeza expresada en porcentajes de probabilidad, mientras que el de la ética es la prudencia o capacidad de decidir en condiciones de incertidumbre, la *phronesis* tal como la entendía Aristóteles. Y, en consecuencia, las proposiciones científicas son calificadas como racionales en el significado de lógicas, mientras que las proposiciones de la ética son razonables, entendiéndose como tales las más adecuadas a las circunstancias.

Quien quiera emprender este diálogo necesario, debe ser consciente de estas diferencias conceptuales y encararlas, no como obstáculos insalvables, sino como

retos estimulantes que pueden acabar por enriquecer su bagaje intelectual. Este es un prerrequisito para iniciar este periplo, con posibilidades de que sea fructífero: evitar la descalificación de las personas en razón de la disciplina académica en la que están adscritas.

Las condiciones del diálogo interdisciplinario.

Y, en consecuencia, en primer lugar hay que evitar las posiciones extremas por parte de unos y otros representadas respectivamente por el cientifismo y el moralismo. El cientifismo, según la definición de Hortal citada por Abel, es la comprensión de la ciencia como algo absoluto, que puede explicarlo todo, independiente de cualquier referencia exterior, al margen de los valores, es decir, con la pretensión de ser una actividad axiológicamente neutra y, por tanto, aislada e insensible a las cuestiones éticas. El moralismo, por su lado, es la concepción de la ética como un sistema de pensamiento de validez universal que pretende analizar y resolver los problemas de cualquier ámbito o disciplina prescindiendo de las aportaciones del conocimiento científico. Sostiene que, sin la adscripción a una teoría ética, en una situación concreta no se puede fundamentar una posición moral en contra de la opinión de los que no entienden que las teorías puedan incrementar la confianza en las decisiones morales de la vida cotidiana.

De estas dos actitudes reduccionistas se puede deducir una segunda condición: se hace necesario una competencia profesional en el propio ámbito y un conocimiento adecuado de lo que quiere juzgar. La ignorancia es uno de los principales obstáculos para el diálogo interdisciplinario. De lo que no sabemos es mejor abstenerse de formular un juicio, parafraseando la conocida proposición de Wittgenstein: "De lo que no se puede hablar, hay que callar"¹.

Por consiguiente, debemos empezar por la claridad conceptual, epistemológica. Muchos de los debates públicos actuales sobre cuestiones éticas

¹ Op. Cit., 145.

están contaminados y viciados por la falta de definición precisa de los conceptos en discusión. Por ejemplo, si definimos el embrión como el resultado de la unión de un óvulo y un espermatozoide, no podemos denominar de la misma forma el resultado de la sustitución del núcleo de un óvulo por el núcleo de una célula somática cualquiera ya que no se atiene a la definición previa.

El diálogo fructífero exige el esfuerzo por parte de los filósofos y humanistas de conocer con cierto detalle el avance científico de lo que se quiere opinar. Pero para aclarar el puzzle que componen los principios y conceptos de la ética, el diálogo también exige de los científicos, el conocimiento de las principales escuelas de pensamiento ético y el origen de estos principios y conceptos filosóficos que, sustraídos de su contexto original, pueden tener significados diferentes, como señala MacIntyre.

Otra condición imprescindible es evitar las censuras previas en nombre de determinados principios. Hoy que el concepto de líneas rojas es tan mediático, proponemos que en el diálogo interdisciplinario sobre la conveniencia de determinados programas de investigación o la aplicación de nuevas tecnologías no haya ningún tipo de limitación. Insisto, en el debate es conveniente y necesario poder discutirlo todo para luego formular las recomendaciones pertinentes sobre su conveniencia o no.

Un ejemplo evidente es el uso que se puede hacer del concepto de dignidad, tan arraigado en la tradición filosófica europea, y tan cuestionado por los pensadores angloparlantes por la ausencia de acuerdos amplios en su definición, como argumenta, entre otros, Ruth Macklin. Lo cierto es que resulta difícil llegar a consensuar su significado entre los que tienen concepciones diferentes sobre los fines de la persona. Pensemos por ejemplo en las interpretaciones fundamentadas en el idealismo o el esencialismo y como sus argumentos pueden utilizarse para prohibir o condenar determinadas prácticas. Esta actitud, cuando se lleva a su extremo, puede condicionar y llegar a evitar el debate sobre cualquier práctica pues, con independencia del parecer de las personas implicadas, sólo puede ser juzgada

moralmente si previamente es analizada y discutida. Esto es lo que suele ocurrir cuando se fundamenta el debate y la toma de decisiones en un único principio absoluto, como podría ser el de la dignidad, que puede llegar a contaminar de esencialismo las reglas y normas a las que pretende dar apoyo, convirtiéndolas en absolutas e intangibles, impidiendo o condicionando el diálogo en nombre de un principio de definición imprecisa.

Para evitar los peligros de lo que Hautois denomina el *principalismo monista*, éste propone no utilizar la dignidad como único principio absoluto por encima de los demás, si no acompañarse de otros principios evitando así una jerarquía rígida entre ellos. La aportación de estos otros principios puede ayudar a la deliberación personal y colectiva, porque el principalismo plural "ofrece la oportunidad de un enfoque más rico de la conciencia moral cuando tiene que escoger"². Debemos, pues, identificar los principios éticos relevantes en el sujeto o materia sobre la que se quiere opinar. Esta identificación se puede lograr por consenso teniendo en cuenta la opinión de las personas a las que la decisión afectará, aquellas que deberán regular su actividad de acuerdo con estos principios. Sobre la posibilidad de consensuar unos principios éticos entre personas con diferentes sistemas morales de referencia, cabe decir que se puede coincidir en la percepción moral sobre la bondad o no de una práctica y diferir en la argumentación o fundamentación de la decisión.

Los principios éticos son herramientas en manos de las personas para poder orientar su comportamiento moral, pero son las personas quienes tienen la experiencia y la prudencia para argumentar la excepción a los principios cuando las consecuencias de su aplicación son moralmente inaceptables. En el análisis de casos se puede dar la coincidencia sobre la valoración y el curso de acción o la conducta recomendable, sin que se compartan las teorías éticas que fundamentan la opción. Por ello, es aconsejable comenzar por el trabajo de campo identificando los problemas morales relevantes a juicio de los implicados, evitando, en un primer

² Op. Cit., 48.

momento, el enfoque teórico que puede llevar a un debate estéril entre las diferentes concepciones éticas.

En esta línea de pensamiento, un principio básico para el diálogo interdisciplinario es el respeto a las personas entendido como la convicción ética de que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos. Una persona autónoma es la que tiene capacidad para deliberar sobre sus fines personales y para actuar de acuerdo con esta deliberación, según la definición del Informe Belmont. En este sentido, es una condición necesaria esforzarse por entender los argumentos racionales del otro y la coherencia de sus convicciones, aunque no las compartamos. Las convicciones personales, religiosas, ideológicas, filosóficas y políticas, respetables siempre que lo sean con las de los otros, no son certezas verificables ni su validez se puede demostrar experimentalmente. Son el fruto de los sentimientos y de la reflexión, de la educación y de la experiencia, y pueden ser argumentadas racionalmente pero nunca impuestas como verdades absolutas. Eso sí, hay que tener en cuenta que unos argumentos son más convincentes que otros.

Por ello, una actitud coherente es el distanciamiento crítico respecto a las propias proposiciones. El diálogo interdisciplinario y la deliberación sobre los problemas éticos que plantea el conocimiento científico son una excelente ocasión para discernir la consistencia de nuestras convicciones siempre que estemos dispuestos a cuestionar nuestros prejuicios. Quien no esté dispuesto a cambiar de opinión sobre una cuestión a debatir debería abstenerse de participar en la deliberación. En su último ensayo, Victoria Camps, ante la actitud muy extendida de refugiarse acríticamente en las ideas dominantes socialmente, reivindica la duda y el ejercicio del escepticismo como la actitud fundamental de los filósofos, como una forma más de promover el autoconocimiento y remover las conciencias y pone como ejemplo a Montaigne, el primer ensayista.

Así, pues, la propuesta es: evitar el cientifismo y el moralismo; partir de la claridad conceptual y el conocimiento del tema; consensuar el pluralismo, incluyendo el respeto a las personas; y ejercer el espíritu autocrítico. Todas ellas son

condiciones básicas necesarias para abordar el diálogo interdisciplinario y la deliberación sobre los retos morales planteados por los avances científicos y tecnológicos.

La medicina clínica: ¿arte o ciencia?

La práctica clínica ha sido considerada tradicionalmente como un arte. Esta definición incluye el conjunto de capacidades y habilidades que constituyen el saber de tipo práctico que sólo se adquiere con la experiencia. Es un saber de naturaleza bien diferente y complementario a los conocimientos teóricos y tan o más necesario para la competencia profesional. Las decisiones clínicas son un ejemplo de las limitaciones del conocimiento científico, del conocimiento teórico, a la hora de tomar una decisión.

Podemos medir la eficacia de las intervenciones médicas con ensayos clínicos, una aplicación del método experimental en la clínica en la que se comparan los resultados entre dos grupos de personas, por ejemplo entre uno que recibe el tratamiento experimental cuyo efectos se quieren evaluar y otro que recibe el tratamiento estándar, el habitual. Ni los investigadores ni los sujetos del experimento conocen quién recibe qué para evitar las interpretaciones subjetivas, los sesgos. Estos resultados experimentales nos ayudan a identificar la intervención más eficaz e incorporarla en las guías de práctica clínica. Esta manera de proceder permite reducir la variabilidad de la práctica entre profesionales y medir la efectividad de nuestras intervenciones, los beneficios y riesgos concretos de las personas que atendemos cotidianamente.

Los resultados sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones médicas es una información de tipo estadístico, expresada en porcentajes de supervivencia de las personas enfermas o que cuantifica la probabilidad de lograr un resultado para un grupo de pacientes según variables como el grado de dependencia o la severidad de la enfermedad. Esta información nos orienta sobre la evolución individual, pero no de una manera cierta. Nos ayuda a delimitar el curso de acción recomendable, pero sin eliminar las incertidumbres a la hora de dar un consejo

personal, individual. Es como el mapa que nos ayuda a seguir el camino, pero que no puede prever las incidencias del trayecto.

Y esto es especialmente relevante cuando el obstáculo para tomar una decisión no consiste en el diagnóstico diferencial difícil ni en la falta de competencia del profesional. Lo que a veces bloquea la capacidad de decisión no es la falta de conocimientos ni de medios, sino las dudas morales sobre la conveniencia de la intervención. En definitiva, y a menudo no somos conscientes de la naturaleza del problema, lo que dificulta la decisión médica es un problema de índole moral. La decisión de iniciar las maniobras de reanimación en un caso de paro cardíaco es un juicio clínico que pondera las posibilidades de recuperación, pero también el riesgo de sobrevivir en estado vegetativo crónico, según sea la duración de la parada. Iniciar o retirar la ventilación mecánica o la diálisis en un paciente con mal pronóstico, retirar la nutrición artificial en un paciente en estado vegetativo persistente o indicar una sedación en una persona al final de la vida, son ejemplos de posibles situaciones en las que las decisiones tienen una fuerte implicación ética.

El conocimiento científico médico nos informa sobre las probabilidades de sobrevivir después de una intervención, cuanto tiempo y las posibles consecuencias o secuelas. Pero, ¿quién ha de valorar este tiempo más o menos largo de vida y su calidad? La decisión corresponde a la persona enferma, cuando es competente y libre, después de que el médico responsable le haya informado sobre las opciones posibles, sus riesgos y las consecuencias. Información proporcionada en un diálogo comprensible y respetuoso en el que el profesional aporta la opción que él piensa más adecuada, sin imponerla. Éste es el modelo de decisiones compartidas, basado en el consentimiento, el procedimiento que garantiza el respeto a las personas en el ámbito de la clínica.

Pero, ¿qué ocurre cuando el juicio de uno y otro no coinciden? Estamos preparados para respetar las decisiones de los enfermos que no tienen en cuenta o rechazan nuestras recomendaciones? Tratamos con equidad y sin discriminarlas a las personas que no pertenecen a nuestra cultura o, simplemente, que no piensan

como nosotros? ¿Qué tipo de saber o procedimiento necesitamos para encarar los dilemas morales que surgen en la práctica clínica?

La deliberación en la clínica

Como ya hemos dicho, la deliberación es el método o procedimiento de la ética. Es la capacidad de formular juicios sobre la bondad de las decisiones y acciones tras ponderar los argumentos a favor y en contra y comprobar en qué medida son coherentes con los principios. Necesitamos analizar las circunstancias concretas del caso, empezando por los motivos y los valores de las personas implicadas, y prever las consecuencias de la acción según cada una de las posibles recomendaciones. Y si las consecuencias de la acción recomendada de acuerdo con los principios no son aceptables moralmente, se deberá saber argumentar, de manera razonable, la excepción a los principios. Stephen Toulmin, asesor de la comisión que redactó el Informe Belmont, recupera a Aristóteles cuando reflexiona sobre la similitud formal entre el arte de formular juicios morales y el arte del diagnóstico clínico y de la prescripción. En estas dos disciplinas los conocimientos teóricos ayudan hasta cierto punto, no obstante en los casos concretos su aplicación práctica exige, además, una capacidad personal para reconocer los casi inapreciables, aunque significativos, rasgos que diferencian un "caso" de dolor muscular sin importancia del principio de una enfermedad que puede resultar mortal, o entre un "caso" de reticencia a hablar aconsejado por la prudencia, de otra situación en que el motivo del silencio es la cobardía.

La ética y la medicina clínica son dos ejemplos de campos concretos del conocimiento y el razonamiento en los que, como dice Aristóteles, el rigor teórico de la demostración matemática es inalcanzable: "tan absurdo sería aceptar que un matemático utilizara la persuasión, como exigir de un retórico demostraciones"³. Debemos recordar que en la educación clásica, la retórica es el arte de saber argumentar. Para Toulmin, en ambas disciplinas habría que esforzarse en ser razonable en vez de insistir en una especie de exactitud que la propia "naturaleza

³ Op. Cit., 134.

del caso” no permite. Hay que ser prudentes, según Aristóteles, para discernir entre lo bueno y lo malo, para poder tomar decisiones en condiciones de incertidumbre. Es por ello que las decisiones prudentes fruto de la deliberación no aspiran a ser ciertas, si no a ser razonables.

Este paralelismo favorece la incorporación del razonamiento ético en la clínica. Lo cual exige tener presente a la persona y no sólo a la enfermedad, para transformar las sesiones y las historias clínicas, procedimientos e instrumentos habituales de la práctica médica, en herramientas para la deliberación moral. En las sesiones clínicas, los profesionales de un servicio o de un equipo se reúnen para discutir un caso de diagnóstico difícil o de tratamiento incierto. El médico responsable, tras exponer la historia clínica de la persona enferma, analiza los pasos, o sea las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico, así como las ventajas e inconvenientes de los posibles tratamientos. Los presentes exponen de manera razonada su juicio, evaluando los argumentos a favor o en contra de los posibles cursos de acción, teniendo en cuenta las consecuencias, sin embargo la decisión final corresponde al o la responsable, cuya opinión se ha enriquecido escuchando argumentos y razones de sus compañeros. En definitiva, el procedimiento para diagnosticar una enfermedad y tratarla es un proceso deliberativo, en tanto en que se debe elegir de manera razonada entre las opciones posibles para llegar al diagnóstico y el tratamiento adecuado.

Llegados a este punto, sólo cabe respetar la voluntad de la persona enferma, sus principios y valores, sobre todo cuando esa voluntad no coinciden con los de sus cuidadores, para que la sesión clínica "tradicional" se convierta en un procedimiento de deliberación moral. Si no nos limitamos al análisis de las manifestaciones patológicas de la enfermedad y su diagnóstico, entramos entonces a preguntarnos por su impacto en el proyecto vital de la persona enferma, qué miedos y dudas le atenazan y cómo podemos ayudarle, estamos entonces abocados a tener en cuenta la dimensión moral. Y ésta, tanto en las sesiones clínicas como en la deliberación moral colectiva, lo que pretende no es sustituir la conciencia y el juicio de las personas implicadas, si no aconsejar, ayudar en la deliberación. El profesional

responsable es en última instancia quien debe decidir si sigue o no el consejo de los compañeros y, una vez informada la persona enferma, respetar su decisión.

El otro instrumento que puede ayudar a introducir la dimensión ética son las historias clínicas. Las narraciones que registran la evolución de la persona enferma y las intervenciones para restablecer su salud. Material en que se sustentan las sesiones clínicas. No obstante, según el concepto de biopatografía de Laín Entralgo, estas narraciones no son verdaderas historias personales, sino meras crónicas, ya que no recogen la voz de la persona enferma. Por consiguiente, solo cuando se incorpore en la narración el juicio de la verdadera protagonista de la historia, la persona enferma, y su voluntad, entonces dejará de ser una crónica para convertirse en una verdadera historia personal, una (pato)biografía.

Nos damos cuenta a menudo que en este proceso narrativo en que se sustenta la deliberación se diluyen las fronteras, tan arraigadas en la tradición académica, que separan el dominio de los hechos del dominio de los valores. Las historias que narra el neurólogo y escritor Oliver Sacks, basadas en casos reales, atraen la atención de los lectores no sólo porque describen con precisión los acontecimientos del curso clínico de sus pacientes, sino porque también lo hacen con especial atención a las emociones, sentimientos y afectos de sus protagonistas.

Si en la sesión clínica se escucha y se respeta la voluntad del paciente, sobre todo cuando discrepa de quienes le atienden y se quiere dar una respuesta razonable, o sea deliberar, hay que recurrir al saber de la ética. Esta es la gran aportación de la bioética. No se trata sólo de la identificación de unos principios éticos que han modificado nuestra práctica, sino también la de los instrumentos y los procedimientos para analizar y decidir sobre los problemas morales de la práctica biomédica. Hay, pues, un saber, el de la ética, de raíz filosófica, emparentado en su vertiente procedimental con el razonamiento clínico, que resulta complementario al conocimiento biomédico, de raíz científica, y que, en mi opinión, es imprescindible para alcanzar el correcto ejercicio profesional.

A manera de conclusión

En la presente exposición, he empezado por la descripción de lo que es más universal, los conceptos que caracterizan la ciencia y la ética. Señalando asimismo lo que las identifica y sus diferencias, así como las condiciones que pueden hacer posible el diálogo entre ambas para, finalmente, acabar con el ejemplo particular de la biomedicina y la bioética. Ha sido, sin embargo, un ejercicio académico que ha recorrido los pasos en sentido inverso al que ha sido mi peripecia personal y profesional. En el curso de mi práctica asistencial me di cuenta que no siempre la mejor alternativa médica, fundamentada en el conocimiento científico, era la más satisfactoria y aceptada por la persona que tenía delante, la que en definitiva requería mi ayuda debido a su salud dañada. No cabe duda que el conocimiento de las enfermedades no proporciona la sabiduría para tratar a las personas enfermas y que esto es especialmente cierto en el caso de los enfermos crónicos, los incurables, los que, según expresión de Martí i Pol, padecen una enfermedad-*per-tota-la-vida*, escrito así, con guiones que enlazan cada palabra, como lo hace en el prólogo del libro de poemas *Estimada Marta*, donde explica el proceso de adaptarse a la enfermedad, la esclerosis múltiple, que cambió su vida y, desde mi perspectiva, su obra.

La búsqueda de procedimientos útiles para atender al paciente como persona que sufre y no como mero *substratum* donde tiene lugar la enfermedad me llevó al descubrimiento de la bioética de la mano de John B. Dossetor, entonces jefe del servicio de nefrología del Hospital Universitario de Alberta, en Edmonton, Canadá, donde promovió la fundación de la División de Bioética, concebida como institución pluridisciplinaria. Además, fue uno de los promotores del congreso de la Transplantation Society (Ottawa en 1989), el primero en que una sociedad científica invitaba a otros profesionales de la salud, conjuntamente con juristas, filósofos, responsables y referentes de las principales religiones a discutir los problemas éticos del trasplante. Las ponencias del Congreso y su declaración final, rechazando el comercio de órganos, han sido referencia inexcusable para los profesionales que trabajamos en este campo. Ese mismo año, el cirujano Marc Antoni Broggi

organizaba el primer simposio sobre bioética de España, en Barcelona, donde participaron de manera relevante Francesc Abel y Diego Gracia. En este simposio coincidimos el grupo de personas que fundó la Sociedad Catalana de Bioética (1990), presidida por el profesor Francisco Vilardell. La nueva sociedad tuvo el acierto, no exento de dificultades, de constituirse en el seno de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares, la institución que reúne a las sociedades científicas catalanas y baleares del ámbito de la salud, con la voluntad y el objetivo de propiciar el diálogo interdisciplinario a través de las actividades académicas conjuntas.

También se promovió la constitución de la Comissió Assessora de Bioètica del Departamento de Salud (1991), embrión del actual Comité de Bioética de Cataluña (2004), órgano asesor del gobierno catalán, de las sociedades científicas y profesionales y de la ciudadanía en esta materia y no hay que decirlo, el primer del Estado Español. Entre otras iniciativas, promovió la redacción de las órdenes de acreditación de los Comités Éticos de Investigación Clínica (1992) y de los Comités de Ética Asistencial (1993), que contribuyeron a impulsar y regular el funcionamiento de estos órganos en nuestro país y la ley conocida como de la autonomía de la persona enferma, aprobada por unanimidad por el parlamento catalán en diciembre de 1999 y que introduce el procedimiento del consentimiento en la relación clínica así como regula la custodia y el acceso a la historia clínica.

La proximidad propició que me beneficiara de la maestría personal de Francesc Abel, participando en cursos, congresos y jornadas de trabajo. Francesc Abel, médico ginecólogo y sacerdote jesuita, una vocación tardía, hizo la tesis doctoral en la Universidad de Georgetown, dirigida por André Hellegers, jefe del servicio de obstetricia y ginecología y fundador del Kennedy Institute, centro académico pionero en bioética. Abel se incorporó a los debates desde el primer momento y en su retorno a Cataluña, a mediados de los años 70, fundó, dirigió e inspiró hasta su deceso, el Instituto Borja de Bioética, pionero de su género en Europa. También promovió la constitución del primer comité de ética asistencial de nuestro país en el Hospital San Juan de Dios.

Diego Gracia, titular de la cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense, desde la jubilación de Laín Entralgo y discípulo de Xavier Zubiri, instituyó y dirigió el primer Máster de Bioética en España y es el autor de numerosas obras de obligada consulta para quienes cultivamos esta disciplina. Ambos son referentes de la bioética entendida como el estudio de la problemática moral en torno de las ciencias de la vida y la salud, y que no sólo ha identificado unos principios éticos, sino también los instrumentos, los comités de ética, y el procedimiento, la deliberación, que permiten encarar los problemas morales de la biomedicina, tanto en su vertiente de investigación como en la práctica clínica.

No me resisto a terminar sin citar las palabras con las que Wittgenstein cierra la Conferencia sobre ética, pronunciada en Cambridge hacia 1930, la única vez en que se refirió a esta disciplina:

"La ética, en la medida en que surge del deseo de decir algo sobre el sentido último de la vida, sobre lo absolutamente bueno, lo absolutamente valioso, no puede ser una ciencia. Lo que dice la ética no añade nada, en ningún sentido, a nuestro conocimiento"⁴.

Si entendemos por conocimiento la información que nos proporciona el estudio de lo que nos rodea, bien sea la naturaleza, bien sean las personas y su interrelación, la sentencia de Wittgenstein es cierta. Como también lo es la afirmación de que este conocimiento solo no nos permite decidir sobre las cuestiones esenciales de la vida, sobre que es la vida buena o qué sentido tiene la vida. No nos dice lo que tenemos que hacer. Necesitamos otro tipo de saber para poder elegir entre las diferentes opciones y concepciones de una vida plena. Es revelador y, hasta cierto punto, puede parecer una paradoja, comparar la anterior cita con esta reflexión de Emilio Lledó:

"Sólo a través del lenguaje podemos plantearnos el sentido del bien y del mal, porque aunque sean cuerpos los que actúan, su actuación, como actuación

⁴ Op. Cit., 43

moral, camina por el discurso de las palabras, fuera del orden de las cosas y los cuerpos. La ética es precisamente lenguaje”⁵

Deslumbrado y atenazado por el empirismo, Wittgenstein es incapaz de aceptar y asumir otras fuentes de conocimiento y saber, mientras que Emilio Lledó, proporciona una perspectiva que aclara y dota de sentido la reflexión ética, con una proposición sobre la función del lenguaje en esta disciplina que, a buen seguro, podría ser compartida por el propio Wittgenstein.

A la Seu d’Urgell, 30 de novembre de 2016

Màrius Morlans Molina

Médico nefrólogo
Miembro del Comité de Bioética de Catalunya.

7234mmm@comb.cat

Bibliografía.

Abel, F. (1999), *El diàleg bioètic albirant el tercer mil·lenni*, Barcelona: Reial Acadèmia de Medicina.

Aristóteles (1985), *Ética Nicomáquea. Ética Eudemia*, Madrid: Gredos.

Bernard, C. (1983), *Introducció a l'estudi de la medicina experimental*, Barcelona: Edicions Científiques Catalanes.

Broggi, M. (2013), *Comitè de Bioètica de Catalunya: vint anys*, *Bioètica & Debat*, 19: 7-11.

Bunge, M. (2014), *La ciencia, su método y su filosofía*; Pamplona: Laetoli.

Camps, V. (2016), *Elogio de la duda*; Barcelona: Arpa Editores.

⁵ Op. Cit., 185.

Comissió Nacional per a la Protecció d'Éssers Humans de l'Experimentació Biomèdica i de la Conducta (1978). Principis ètics i orientacions per a la protecció dels éssers humans en la recerca. (Informe Belmont). DHEW Publication No. (OS) 78-0012.

Cortina A (1996) *El que hacer ético*, Madrid: Santillana.

Gracia, D. (2001). *La deliberación moral: el método de la ética clínica*; Medicina Clínica, 117: 18-23.

Gracia, D. (2007). *Procedimientos de decisión en ética clínica*; Madrid: Triacastela

Gracia, D. (2008). *Fundamentos de Bioética*; Madrid: Triacastela.

Hottois, G (2001) ¿Qué papel tiene el principio de dignidad en la toma de decisiones? En: Boladeras, M. (ed.). *Bioética: la toma de decisiones*. Cánoves i Samalús, Proteus, 17-48.

Jonsen, A.R., Siegler, M. Winslade, W.J. (2005). *Ética Clínica*; Barcelona: Ariel.

Kjellstrand, C.M., Dossetor, J.B. (1992). *Ethical Problems in Dialysis and Transplantation*. Dordrecht, Kluwer.

Kuhn, T.S. (2006), *La estructura de las revoluciones científicas*; Madrid: FCE.

Laín Entralgo P. (1998), *La historia clínica*; Madrid: Triacastela.

Lledó, E. (1994), *Memoria de la ética*; Madrid: Taurus.

MacIntyre, A. (2001) *Tras la virtud*; Barcelona: Crítica.

Macklin, R (2003). Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*; 327: 1419-20.

Martí i Pol, M. (1978). *Estimada Marta*; Barcelona: Edicions del Mall.

Montero, F., Morlans, M. (2009), *Para deliberar en los comités de ética*. Barcelona: Fundació Doctor Robert.

Morlans, M. (1994), *Fer costat al malalt*; Barcelona: Columna, (1ª reimpressió 2008). En castellano *Como ayudar física y moralmente al enfermo*; Barcelona: Folio, 1994.

Morlans, M (2006), *L'ètica mèdica, avui*; *Annals de Medicina*; 89: 195-199.

Morlans, M. (2007). *Ètica i investigació*; Annals de Medicina, 90: 85-88.

Morlans, M. (2011) "El consejo moral en el ámbito clínico". A: Bilbeny, N. (ed): Bioética, Sujeto y Cultura. Barcelona, Horsori, 79-104.

Sacks, O. (2015). *En movimiento. Una vida*; Barcelona: Anagrama.

Sarsanedas, A. (2011). "Aspectos bioéticos del transhumanismo en la toma de decisiones para la abolición del sufrimiento: el utilitarismo negativo i el imperativo hedonista. A: Boladeras, M. (ed.): *Bioética: la toma de decisiones*. Barcelona: Horsori, 149-163.

Snow, CP (1998). *The two Cultures. Introduction by S. Collini*. Cambridge: University Press.

Toulmin, S. (1982). *How medicine saved the life of ethics*. *Perspect Biol Med*, 25: 736-50.

Toulmin, S. (2003), *Regreso a la razón*, Barcelona: Península.

Wittgenstein, L. (1989), *Conferencia sobre ética*; Barcelona: Paidós.

(2012), *Tractatus lógico-philosophicus*; Madrid: Alianza.

Cómo citar este artículo: Morlans, M., "El conocimiento científico y el saber de la ética: el paradigma de la medicina clínica", en *Folia Humanística*, 2016; 4: 39-58 .
Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0019>.

© 2016 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

