

Montse Esquerda
Josep Pifarré

Ètica, salut, àmbit social: la gestió de la complexitat

Recepció: 10/10/2017 / Aceptació: 25/10/2017

Resumen

Vivimos tiempos muy complejos y esta complejidad impacta de forma punzante en los ámbitos social y sanitario, que pueden contactar con el espacio íntimo y privado de las personas. La bioética, que nace precisamente de la gestión de la complejidad, puede orientar en el ejercicio de las profesiones del ámbito social, en un momento en que la relación con las personas atendidas pasa por capacitar para la decisión, acompañar para descubrir nuevos recursos personales, proponer alternativas o, incluso, saber respetar las decisiones que toma el otro. La bioética ha desarrollado ya un marco conceptual de orientación, que se expone a lo largo de este artículo, ante los nuevos retos planteados por el progreso biotecnológico y los cambios sociales, para poder encontrar criterios en un mundo postradicional, postcristiano y posmoderno.

Palabras clave

Ètica, Bioètica, Àmbit sociosanitari, Complejidad, Principalismo, Salud

Ètica, salut, àmbit social: la gestió de la complexitat

Vivim un temps molt complex i aquesta complexitat impacta de manera punyent en els àmbits social i sanitari, que poden contactar amb l'espai íntim i privat de les persones. La bioètica, que neix precisament de la gestió de la complexitat, pot orientar en l'exercici de les professions de l'àmbit social, en un moment en què la relació amb les persones ateses passa per capacitar per a la decisió, acompanyar a descobrir nous recursos personals, proposar alternatives o, fins i tot, saber respectar les decisions que pren l'altre. La bioètica ha desenvolupat ja un marc conceptual d'orientació, que s'exposa al llarg d'aquest article, davant dels nous reptes plantejats pel progrés biotecnològic i els canvis socials, per poder trobar criteris en un món postradicional, postcristià i postmodern.

Paraules clau

Ètica, Bioètica, Àmbit sociosanitari, Complexitat, Principalisme, Salut

Ethics, Health, Social Environment: the management of complexity

We live in very complex times and this complexity has a dramatic impact on the social and health sectors, which often come into contact with people's private and personal space. Bioethics, which has its basis precisely in the management of complexity, can help orient the practice of the social professions at a time when the relationship with the client is increasingly predicated on empowering people to take decisions, accompanying them in their discovery of new personal resources, proposing alternatives and respecting the decisions they may take. Bioethics has already developed a conceptual framework within which to orient itself, and this is set out in the article in the context of the new challenges posed by biotechnological progress and social changes, in order to identify valid criteria in a post-traditional, post-Christian and post-modern world.

Keywords

Ethics, Bioethics, Social health, Complexity, Principalism, Health

Cómo citar este artículo:

Esquerda Aresté, Montse; Pifarré Paredero, Josep (2017)
Ètica, salut, àmbit social: la gestió de la complexitat.
Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 66, 33-50



ISSN 2339-6954

▲ Tiempos de complejidad

*¡Qué extraño es todo hoy! ¡Y ayer era como siempre!
¿Habré cambiado durante la noche?
Pero si no soy la misma, la pregunta es: ¿quién soy?
¡Ay, este es el gran misterio!*

Alicia en el País de las maravillas, Lewis Carroll

Si buscáramos algunas palabras para describir los tiempos actuales, entre las que seguramente más aproximarían podríamos encontrar palabras como “complejidad”, “incertidumbre” o “aceleración”. Vivimos tiempos altamente complejos y esta complejidad impacta de forma aún más punzante en aquellos ámbitos que “tienen el permiso” para contactar con el espacio íntimo y privado de las personas. Tanto el ámbito social como el sanitario están inmersos plenamente en esta complejidad, personas que trabajan con personas, con sus valores y preferencias, donde se toman decisiones sobre sus opciones y sus vidas.

Diego Gracia, uno de los grandes bioeticistas españoles, lo recoge en una frase: “La medicina ha cambiado más en veinticinco años que en los veinticinco siglos anteriores”. Pero esta frase no sólo se aplica a la medicina, sino que se puede aplicar a muchos otros ámbitos y, en general, a toda la sociedad: se ha producido un gran cambio en los últimos veinticinco o cincuenta años, mucho mayor que los cambios experimentados en siglos anteriores, y ha sucedido muy rápidamente. Como Alicia de Lewis Carroll, que se despierta y exclama con perplejidad que nada es lo que era, justo ayer mismo era como siempre y hoy todo ha cambiado, mira el mundo que le rodea y no lo reconoce. Esta incertidumbre es un hecho muy difícil de asimilar, pero Alicia no se pregunta sólo sobre esta nueva realidad, sino que la pregunta clave que se hace es: ¿Quién soy yo? ¿Cuál es mi papel en este nuevo mundo?

**En poco tiempo
hemos pasado
de una sociedad
supuestamente
de código único a
una sociedad de
código múltiple**

Estas preguntas aparecen también, aunque quizás no del todo formuladas, en el día a día de muchos profesionales, pues los cambios vertiginosos han impactado directamente en la vida de las personas e impactan aún más en aquellas profesiones que intervienen en el ámbito íntimo de las personas, de forma que a menudo se viven los nuevos tiempos con una gran incertidumbre.

Los cambios han sido diversos y en múltiples ámbitos. En poco tiempo hemos pasado de una sociedad supuestamente de código único, en el que se podría presuponer que los valores y las preferencias eran compartidos y explícitos, a una sociedad de código múltiple, pluri y multicultural, con diversidad de valores coexistentes y de identidades morales que influyen en la toma de opciones de vida.

Los profesionales ya no pueden presuponer que sus propuestas son las verdaderas o las correctas, sino que dependerán de los valores propios, sociales, culturales y familiares de la persona o grupo familiar que está atendiendo. Además de pluricultural, hiperinformada y hipertecnificada.

De forma paralela a este cambio social, se percibe un cambio en el modelo social y sobre todo en el modelo de familias, con nuevos estilos de estructura y nuevos estilos de vida, mucho más frágiles en relación con las personas y los núcleos vulnerables, y todo ello con el impacto de la reciente crisis económica.

Ha cambiado también la relación con las personas atendidas. En general, el rol de los profesionales ha sido modificado. Francesc Abel decía que “el cambio más profundo en la relación profesional-paciente en los últimos treinta años es el reconocimiento del paciente como agente moral autónomo”.

Reconocer a las personas atendidas como agentes morales autónomos es un hecho muy revolucionario, tanto en los modelos de atención, los modelos sanitarios y los modelos sociales. Estos ámbitos tienen una tradición milenaria de atención a las personas vulnerables basada en el paternalismo, con el “todo por la persona atendida, pero sin tener en cuenta lo que quiere o dice la persona atendida”. En estos casos era el profesional quien marcaba las metas.

Es un hecho que se podría llamar “la caída del paternalismo”, y palabras como autonomía, empoderamiento y toma de decisiones compartidas nos llevan a nuevos modelos de abordaje, en que el papel central pasa del profesional al ciudadano.

Eso hace que la relación profesional-persona atendida experimente una fuerte evolución, pasando de una relación basada en “mandar” lo que la otra persona tiene que hacer a aportar información, capacitar para la decisión, acompañar para descubrir nuevos recursos personales, proponer alternativas o, incluso, saber respetar las decisiones que toma el otro. Todo un reto.

Y los cambios se producen también en las organizaciones. Ahora se pide un enfoque más basado en el trabajo en equipo que en el trabajo individual. Hace poco un estudiante comentaba en clase la incongruencia que representa la educación actual: la mayoría de profesiones piden saber trabajar en equipo, cuando la formación es altamente individualista y prevalece en ella la competitividad. Desarrollar las habilidades necesarias para un trabajo en equipo es imprescindible hoy en día, pero no es sencillo.

No es extraña la incertidumbre que se vive a nivel profesional, a veces incluso con angustia, por la pérdida de referentes claros y controlados. Hay que aprender de nuevo, como decía Zygmunt Bauman en *Ética postmoderna*: “tendremos que aprender a aceptar las contingencias, a respetar la ambi-



Reconocer a las personas atendidas como agentes morales autónomos es un hecho muy revolucionario

güedad, a valorar las emociones y la espiritualidad, a apreciar acciones sin propósito... “.

La bioética nace,
precisamente, de
la gestión de la
complejidad

Para aceptar contingencias y ambigüedad, en este contexto cambiante, es importante tener una visión amplia en la aproximación a la complejidad: entornos complejos requieren abordajes complejos. Muchas veces buscamos estrategias sencillas o soluciones reduccionistas a problemas globales, porque son respuestas tranquilizadoras y lo que es simple es fácilmente alcanzable y, además, hemos aprendido y hemos sido enseñados en un modelo lineal. Ante los retos actuales, se precisa una visión amplia, o mejor, saber unir diferentes visiones para tener una mejor perspectiva de la realidad. La bioética nace, precisamente, de la gestión de la complejidad.

Qué es la bioética y cómo nace: puente entre avances tecnológicos y sistemas de valores humanos

*Nuestros maestros se preguntaban
si la medicina era ciencia, arte o religión.
Nosotros nos preguntamos
si es industria, comercio o política.*

J. M. Mainetti

La bioética, como una de las primeras éticas aplicadas y seguramente la que dispone de un desarrollo y bagaje más amplios, puede orientar en estos momentos de gran incertidumbre en el ejercicio de las profesiones de ámbito social.

Pese a que se trata de una disciplina relativamente nueva, la bioética tiene ya una historia de unos cincuenta años, con el desarrollo de un extenso cuerpo teórico y práctico. La incertidumbre y la complejidad de la que hablábamos al inicio, en este ámbito, ha sido y es bastante elevada. Como señala Mainetti, hay que combinar ciencia, arte, religión, industria, comercio y política.

La imagen más frecuente que ilustra la bioética es la imagen de un puente. Van Rensselaer Potter, bioquímico dedicado a la investigación oncológica, lo usa como ilustración de su libro *Bioética: puente hacia el futuro*. Un puente que hace de vínculo entre conocimientos biotecnológicos y científicos y sistemas de valores humanos.

Francesc Abel, fundador del Instituto Borja de Bioética, aporta una de las definiciones más completas de la bioética: “es el estudio interdisciplinar y transdisciplinar, orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas

planteados por los progresos médicos y biológicos, en el ámbito microsocioal y macrosocioal, micro y macro económico, y su repercusión en la sociedad y en su sistema de valores, tanto en el presente como en el futuro.

Abel subrayaba la necesidad de ir más allá de la interdisciplinariedad. Esta sería meramente la transferencia de conocimiento y métodos de una disciplina a otra. Habría que llegar a la transdisciplinariedad, es decir, a la capacidad de abordaje que está al mismo tiempo entre las disciplinas, a través de las diferentes disciplinas y más allá de cualquiera de ellas.

Para Abel, las características del diálogo bioético serían las siguientes, aplicables tanto en el ámbito sanitario como en el social.

- Diálogo interdisciplinar entre diferentes disciplinas como metodología de trabajo. La necesidad de ser capaces de ir más allá de los cuerpos teóricos de cada disciplina y compartir conocimientos y métodos.
- Razonabilidad de los argumentos y precaución en la utilización del criterio de autoridad, como la necesidad de buscar argumentos racionales y razonables para abordar las cuestiones planteadas, más allá del “siempre ha sido así” o “hay que hacerlo así”.
- Convicción de que los nuevos problemas planteados requieren nuevas respuestas. Tal y como se comentaba al inicio, los cambios vertiginosos en la sociedad actual suponen nuevos conflictos, que no se habían producido en épocas anteriores. El bagaje previo no sirve para resolver los nuevos conflictos.
- Importancia de incluir en el diálogo las diferentes culturas y religiones. No tan solo compartir entre diferentes disciplinas, sino también entre otras visiones culturales y religiosas, en una sociedad multi y pluricultural.
- Provisionalidad de las respuestas, entendiendo que lo que hoy podemos dar por válido quizás no lo será en las próximas décadas, sino que hay que estar abierto a una revisión y un debate constante, una cultura del *reframe-Rethink*.

Hay que tener en cuenta que la bioética se ha visto obligada a desarrollarse, progresivamente y sin pausa, empujada por los retos y por las necesidades de nuevas respuestas, que se planteaba tanto por los nuevos avances biotecnológicos como por los cambios sociales. Sucesivamente nuevos conflictos y nuevos problemas, tanto en el ámbito asistencial como de investigación, han ido reclamando respuestas.

Francesc Abel hablaba de la necesidad de debate sobre estos avances biotecnológicos y médicos y su repercusión en la sociedad y en su sistema de valores, tanto en el presente como en el futuro, ante una cierta visión acrítica del desarrollo científico.



Diálogo interdisciplinar.
La necesidad de ser capaces de ir más allá de los cuerpos teóricos de cada disciplina

En este sentido es interesante la percepción por parte de la sociedad sobre el papel de la ética. Una encuesta de Fundación BBVA sobre “Actitudes sobre la ciencia, 2012”, en la que participaron 1.500 personas de 11 países, mostraba una actitud altamente positiva hacia la ciencia, considerándola del progreso, con efectos altamente positivos en la mejora de la salud de las personas, la cultura de la sociedad y la forma de entender el mundo. Más del 70% de los encuestados (73% en España) creían que en 25 años la ciencia curaría la mayoría de los tipos de cáncer, y el 60% creían que la ciencia podría eliminar antes de nacer los principales factores genéticos responsables de enfermedades graves (69% lo creía en España). Lo que más llama la atención es que aproximadamente un 47% de las personas encuestadas consideraban que “la ética no debería poner límites a avances científicos”.

Dos hechos curiosos de la actitud social en relación con la ciencia: unas expectativas bastante elevadas (cura del cáncer y extinción de las enfermedades genéticas) y una cierta visión de que la ética limita el avance de la ciencia. La encuesta termina aquí y no se pregunta, por ejemplo, qué límites sería posible obviar: ¿pedir consentimientos a las personas para participar en investigación? ¿No poner límites a la investigación con embriones humanos? ¿En genética?

La función de la ética es valorar el impacto del progreso tecnocientífico en las sociedades y su sistema de valores

La función de la ética como límite de la ciencia no es exactamente su objetivo. Sí lo es, en cambio, valorar el impacto del progreso tecnocientífico en las sociedades y su sistema de valores, ya que todo cambio tiene un impacto real. La encuesta pone de relieve una visión acrítica de la ciencia, la creencia altamente instaurada de que la técnica o la ciencia no tienen valores, o que los valores que manejan son siempre el del mayor interés de la humanidad.

Engelhardt comenta que “el desafío de la futura bioética es que, más que nunca, poseemos conocimiento científico y capacidad tecnológica, sin embargo, no tenemos la mínima noción de cómo utilizarlos, siendo que la crisis de nuestra era es la de haber adquirido un poder inesperado que debemos usar en medio del caos de un mundo postradicional, postcristiano y postmoderno”.

Quizás se trata sólo de una cuestión léxica y lo entenderíamos mejor si en lugar de hablar de límites, habláramos de criterios. Erich Fromm, en *El miedo a la libertad*, nos habla de esa necesidad de criterios, de marco de orientación necesario para sobrevivir: “La persona ha nacido como un producto de la naturaleza, estando en ella y a la vez trascendiéndola. Debe encontrar los principios de acción y decisión que sustituyan los principios de los instintos. Debe tener un marco de orientación que le permita organizar un dibujo coherente del mundo con el fin de realizar conductas coherentes. Tiene que luchar no sólo con los peligros de la supervivencia, el apetito o del dolor, sino también con otras preocupaciones específicamente humanas: la de la cordura. En otras palabras, debe protegerse no sólo de los peligros de perder su vida sino también de los peligros de perder su mente”.

La bioética ha intentado desarrollar este marco conceptual de orientación, ante los nuevos retos planteados por el progreso biotecnológico y los cambios sociales, para poder encontrar criterios en un mundo postradical, postcristiano y posmoderno.



Desarrollo de la bioética y el principialismo

Por todos los países, surgiendo de la multitud de conversos a la conciencia bioética, se puede escuchar un mantra: “beneficencia..., autonomía..., justicia..., como un conjuro ritual frente a dilemas biomédicos.

Clouser y Gert

Desde la descripción inicial de la bioética por parte de Potter, el desarrollo se realiza de forma vertiginosa, y rápidamente se van estructurando las bases de la nueva disciplina: el Congreso de Estados Unidos crea una Comisión especial en 1974, que redacta el informe Belmont en 1978, y poco después aparece la primera edición de uno de los textos básicos de referencia como es el *Principles of Biomedical Ethics* de Beauchamp y Childress.

Este desarrollo inicial de la bioética ha sido muy marcado por el principialismo, quizás demasiado, ya que se ha llegado casi a asimilar o incluso a reducir. Como señalan Clouser y Gert, ha habido el intento de resolver todos los problemas bioéticos mediante los cuatro principios.

Intentando evitar reduccionismos, los principios bioéticos pueden ayudar a establecer parte de los criterios concretos que comentábamos. La bioética principialista toma como punto de partida para la deliberación y el análisis de los problemas éticos cuatro principios fundamentales, que emanarían del respeto a la dignidad humana y serían de aplicación en el ámbito de atención a la persona:

- *No maleficencia*: obligación moral de evitar hacer daño o perjudicar a la persona atendida, *primum non nocere*.
- *Beneficencia*: deber de actuar siempre en beneficio de la persona atendida, “hacer bien el bien”.
- *Autonomía*: obligación moral de aceptar al otro como ser autónomo, con plena libertad de conciencia y agente de su propia vida, permitiendo a las personas atendidas tomar sus propias decisiones.
- *Justicia*: obligación moral de distribuir justamente los recursos y evitar la discriminación.

La bioética principialista toma como punto de partida cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia

Las principales críticas al principalismo se basan en la falta de una teoría ética de base para la cimentación, y por la falta de un método deliberativo jerarquizado, que permita dar respuestas y resolver los conflictos con más facilidad.

Como comenta Francesc Abel, “con los principios bioéticos no tenemos en absoluto resueltos los problemas de la bioética, ni siquiera los de la bioética clínica. Por esto sería necesario que estuviéramos de acuerdo en los valores a transmitir en su jerarquización y, en definitiva, en la concepción que tenemos del hombre, de la sociedad, del sentido de la vida y de la muerte. Como esto no es posible, hemos de intentar llegar lo más cerca posible, que quiere decir aceptar de entrada que individuos con distintas concepciones éticas, hasta dentro del mismo sistema ético, lleguen a conclusiones éticas diferentes, y que esto requiere diálogo, tolerancia y fidelidad a las propias convicciones”.

En este punto es importante destacar una de las aportaciones más interesantes de la bioética española, realizada por el profesor Diego Gracia, que ha sido el intento de jerarquizar los principios bioéticos para facilitar la deliberación.

Este autor no se detiene en la necesidad de fundamentar, ya que considera que desde diferentes corrientes filosóficas se puede converger. En cambio enfatiza la necesidad de una jerarquización de estos principios, un “principalismo jerarquizado”. La propuesta de esta jerarquía se estructura en dos niveles: público y privado.

El primer nivel sería el público y está constituido por los principios de no maleficencia y justicia, serían los principios propios de una “ética de mínimos”, exigible a todos, incluso coercitivamente. Es la ética del deber, y se regular legalmente. Son los mínimos exigibles para una convivencia reglada y pacífica, para poder convivir y respetar al resto de conciudadanos, personas con deberes y derechos. Este nivel sería similar a los clásicos deberes perfectos kantianos, y tiene como fundamento filosófico el principio de universalidad.

Adela Cortina, en *Ética mínima*, escribe: “La ética cívica consiste en ese mínimo de valores y normas que los miembros de una Sociedad moderna comparten, sean cuales fueren sus convicciones religiosas, agnósticas o ateas, filosóficas, políticas o culturales”.

El segundo nivel es el privado, y lo forman los principios de autonomía y beneficencia, propios de una “ética de máximos”. Este nivel pertenece al ámbito personal y depende del sistema de valores de cada individuo, del propio ideal de perfección y plenitud. Es la ética, pues, de la felicidad y de lo que es bueno, que es particular y propio de cada persona. Este nivel correspondería a los deberes imperfectos, y estaría basado en la particularización.

La ética de máximos es la búsqueda por parte de un individuo o grupo del sentido, de la plenitud, y será lícita siempre que no se quiera imponer al resto de sociedad, que cada persona se haya adscrito libremente y no colisione o cuestione la ética de mínimos socialmente establecida.

Tal como lo expresa el mismo autor, “las relaciones entre estos dos niveles se hallan gobernadas por dos reglas. La primera dice que cronológicamente el primer nivel es anterior al segundo. La segunda o jerárquica afirma que en caso de conflicto entre deberes de esos dos niveles, los deberes de nivel público tienen siempre prioridad sobre los de nivel privado...por eso los deberes públicos deben ser denominados, en mi opinión, “deberes de obligación perfecta o de justicia”, en tanto que los otros, los privados, deben considerarse como “deberes de obligación imperfecta o de beneficencia”. Más allá del principialismo, otros modelos éticos se van desarrollando, todos ellos con aplicación al ámbito social: el utilitarismo, la casuística, el deontologismo, la ética del cuidado, ética de las virtudes, comunitarismo...

Cabe destacar quizá la ética del cuidado, basada en la preocupación por el compromiso y el deseo de actuar para el beneficio de las personas con una estrecha relación, tiene como base las relaciones de cuidado, responsabilidad, confianza, fidelidad y sensibilidad. Este modelo reivindica la interdependencia de las relaciones, más allá de la autonomía, y el papel de las emociones.

Tiene como fundamento el enfoque más feminista, basado en el enfoque psicológico de Gilligan, según el cual las mujeres hablan con una voz moral diferente, la voz del cuidado y del sentido de responsabilidad hacia los demás, teniendo más en cuenta el contexto; y el enfoque filosófico de Baier, que no acepta exclusividad en reglas y principios universales, sino que se basa en valores como la confianza, la relación, el sufrimiento, el amor y la amistad.

Como se puede apreciar, la base teórica desarrollada a partir del ámbito de la bioética sobrepasa el ámbito biomédico y es también aplicable a otros muchos ámbitos, como sería en este caso el ámbito de la intervención social. Es, pues, un campo que se puede desarrollar a partir de una amplia base que proporciona la bioética, e intentando evitar errores que se han podido producir, como por ejemplo el reduccionismo principialista.

La imagen del puente puede seguir siendo válida, no sólo como puente entre avances tecnológicos y sociedad, sino también como vínculo, por ejemplo entre diferentes ámbitos. La ética podría tener una función de puente entre los ámbitos sanitario y social, ámbitos muy cercanos de trabajo directo e íntimo con las personas, pero que siguen estando bastante alejados, y que a menudo trabajan en los mismos casos pero de una forma inexplicablemente alejada.



La base teórica desarrollada a partir del ámbito de la bioética sobrepasa el ámbito biomédico

La ética como base: la ética de las profesiones

Vivimos en tiempos de fuerte ambigüedad moral, que nos ofrece una libertad de elección nunca antes vivida, aunque también nos crea un estado de incertidumbre inusitadamente agobiante.

Zygmunt Bauman

¿Cómo se conjugan los tiempos líquidos de Bauman, fluidos, inciertos, con las profesiones, sólidas y estables? La ética nos acerca a un constante diálogo entre los deberes profesionales y los tiempos cambiantes.

La profesión tiene, más allá del conjunto de conocimientos y habilidades, un componente de servicio a la sociedad, buscando su bienestar, lo que determina un cuerpo deontológico y de valores. Estos valores y principios profesionales sí que deben ser sólidos, suficientemente sólidos para saber adaptarse a la fluidez de la sociedad donde se desarrolla.

Un estudiante de medicina, como parte de la respuesta de un examen, hizo esta evaluación de la bioética que podría ayudar en este contexto. Decía: “la bioética no es exactamente un conocimiento teórico, sino una forma de entender y practicar la actividad profesional, basada en principios y valores”. Una muy buena reflexión, no recuerdo qué nota le puse!

La ética forma parte de su forma de ejercer la profesión, la impregna toda

El profesional no “hace ética” en un momento y espacio determinados y deja de hacerla en el resto de su actividad profesional, o no dedica una parte de la jornada a realizar análisis éticos y el resto de jornada a realizar otras funciones. La ética forma parte de su forma de ejercer la profesión, la impregna toda, dado que forma parte del núcleo de la misma.

Por un lado, pues, la ética profesional está relacionada con la responsabilidad para asumir los conocimientos necesarios para ejercerla. Augusto Hortal, citado en *Ética de la investigación científica* de Florensa y Sols, lo explica así: “hacer bien las cosas y hacer bien a las personas mediante el ejercicio profesional conlleva ser competente, eficiente, diligente y responsable en aquello que el profesional trae entre manos. La competencia requiere una preparación inicial que facilite la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos para saber qué hacer y cómo hacerlo; tras haber recibido la formación inicial, el profesional tendrá que mantenerse al día y actualizar sus conocimientos, renovar procedimientos que se van introduciendo en orden a alcanzar los fines de su profesión”.

Pero más allá de los conocimientos, el hecho de ser profesional conlleva un compromiso con la sociedad. El mismo Hortal describe el buen hacer profesional no puede desentenderse del contexto social en que se lleva a cabo ni tampoco de las obligaciones de justicia que ello conlleva. La ética profesional necesita entroncar con la ética social; al hacerlo intervienen criterios de justicia para establecer derechos y deberes, para marcar prioridades y distribuir recursos escasos [...]. Hay que tener en cuenta el contexto y el marco social, las necesidades de todos y los recursos disponibles, a la hora de establecer prioridades, distribuir recursos y fijar límites con criterios de justicia. Por eso la ética profesional debe preguntarse si la función social que de hecho desempeña una profesión es la misma que la sociedad necesita o espera de ella”.



Este sería el marco global de la ética profesional: la competencia profesional y la mirada hacia el bien social. En cuanto al marco particular, la ética profesional pone la mirada en los valores y principios, y la importancia de la práctica basada en valores. Diego Gracia, tras una etapa en la que su obra se centra en los principios y su jerarquización, desarrolla el papel de los valores en la práctica profesional y la deliberación ética.

Este sería el marco global de la ética profesional: la competencia profesional y la mirada hacia el bien social

Para Gracia, la base de la deliberación ética precisa un proceso de reflexión y deliberación sobre los valores. Es importante conocer los hechos, pero nunca hay hechos puros, sino que siempre están íntimamente asociados a valores. El mismo concepto de salud va más allá del hecho físico de la enfermedad como trastorno o disfunción, la salud es un valor.

No se puede reducir, pues, el debate ético en al nivel de los hechos. Eso es importante porque sitúa y delimita el problema: “una buena ética comienza por unos buenos datos”. Pero más allá de los hechos, es necesario un análisis de valores para aproximarse a las diferentes miradas sobre el conflicto y poder llegar a la decisión más prudente.

Los valores son el núcleo de las identidades personales y grupales, lo que nos diferencia de los demás, están relacionados con las creencias, las tradiciones, las esperanzas, las expectativas y las emociones. Es importante incluirlos en la atención a las personas, explicitarlos y recogerlos en “historias de valores” para poder alcanzar una práctica profesional de mayor calidad.

En los conflictos éticos, pueden colisionar los valores de la persona atendida con los los profesionales o las organizaciones. Fulford, médico psiquiatra y filósofo, habla de la práctica basada en valores (PBV) como aquella que debería ser la base de las profesiones que trabajan con personas en el siglo XXI. Describe, asimismo, diez puntos principales para la práctica basada en valores.

1. En todas las decisiones hay “hechos” y “valores”.
2. Sólo se acostumbran a “ver” los valores cuando son diversos o potencialmente conflictivos.

3. Al incrementarse las opciones, la diversidad humana de valores juega un mayor rol en la toma de decisiones.
4. Los valores de la persona atendida, en este modelo, ocupan el lugar central en la toma de decisiones.
5. Los conflictos de valores deberían resolverse principalmente en procesos de deliberación, que deberían intentar respetar todas las perspectivas.
6. Es importante ser más conscientes de la presencia de valores en las personas atendidas, explorando atentamente su lenguaje, el discurso y el contexto.
7. Un incremento de los conocimientos empíricos y filosóficos puede ayudar en la identificación y detección de valores.
8. La deliberación ética, después de explorar las diferencias de valores, puede ayudar a determinar la opción más prudente.
9. Las habilidades comunicativas son imprescindibles en la práctica basada en valores.
10. La práctica basada en valores forma parte del núcleo fundamental de la relación profesional-persona atendida.

Incluir el análisis de los valores en la práctica profesional es una de las grandes incorporaciones de la ética en las profesiones

Incluir el análisis de los valores en la práctica profesional es una de las grandes incorporaciones de la ética en las profesiones, además de la deliberación y el diálogo como aproximación a los conflictos. En palabras de Gracia, la ética tiene por objeto que los profesionales y las instituciones aprendan a gestionar los valores y los conflictos de valor para que se puedan tomar mejores decisiones y de mayor calidad.

La ética en el cambio de la mirada a las personas atendidas: el respeto a la autonomía como marco del respeto a la dignidad de la persona

Si fuera un objeto seria objetivo; como soy un sujeto, soy subjetivo.

José Bergamín

Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella, no me salvo yo.

Ortega y Gasset

Entramos en el terreno de lo subjetivo y circunstancial, de la vida como biografía, “de la vida que no es sólo transcurso y decurso, sino también discurso”. Y sólo a través del discurso biográfico y de valores de la persona atendida podremos interpretar la autonomía del otro.

Comentábamos las palabras de Francesc Abel, que enmarcan muy bien el cambio de mirada a la persona atendida: “el cambio más profundo en la relación profesional-paciente en los últimos treinta años es el reconocimiento del paciente como agente moral autónomo, que debe ser tratado con toda competencia profesional y respeto. Este respeto debe manifestarse en la acogida, en la escucha atenta sobre lo que el paciente quiere y desea comunicar”.

Abel da las claves no sólo con el concepto teórico del reconocimiento de la autonomía, sino con las actitudes necesarias para alcanzarla: no hay cambio real en la mirada sin respeto, acogida y escucha del otro.

Es necesario, todavía, adaptar mucho la propia mirada para reconocer en el otro a la persona, pero también es necesario adaptar los servicios, las administraciones y las políticas públicas, para poder llegar a ser una sociedad abierta a la diversidad y acogedora del otro.

Adaptando las palabras de Eric Cassell, “la gran revolución actual es que los pacientes/usuarios se han convertido en personas. La aparición de la bioética como fuerza motriz en el respeto a la persona y a la autonomía guarda una clara relación en los cambios. En estos momentos, la bandera de la atención centrada en la persona ondea en el tejado de todas las universidades y formaciones. Pero muchas veces la atención que se sigue prestando en los servicios sigue estando centrada en el problema, en el diagnóstico o en la estructura del propio servicio”.

La gran revolución actual es que los pacientes/usuarios se han convertido en personas

Adaptar el respeto a la autonomía y la dignidad de las personas atendidas, en la atención directa, requiere ser capaces de desarrollar una serie de principios, no sólo individuales sino también institucionales.

- *Saber explicar e informar*

Una de las características de las relaciones profesionales paternalistas es que el profesional informa poco, y además esta información puede estar sesgada. E

El nuevo marco de relación profesional-persona atendida está basado en la información correcta y adecuada y, aunque parezca obvio, en saber decir la verdad.

- *Proteger la información confidencial*

El marco de respeto a la autonomía de las personas tiene como consecuencia clara proteger aquella información que proviene de la atención. Un conocido aforismo del letrado francés Portés dice: “No hay confianza sin confidencia ni confidencia sin secreto”. Se pone claramente de manifiesto que la confidencialidad es la base de la confianza en una relación asistencial.



Eso implica ser muy cuidadosos con el acceso y la gestión de la información, con la forma de tratar los datos aportados por las personas atendidas, incluso dentro de los propios equipos. Quiere decir, también, evitar hacer comentarios en espacios públicos o a terceros, evitar el lenguaje peyorativo y subjetivo. Sería bueno poder establecer círculos de confidencialidad claros, intentando delimitar quién y cómo tiene acceso a qué información.

El daño que se puede hacer a una persona cuando se rompe la confidencialidad, puede ser de difícil reparación. La confidencialidad, tanto en el ámbito sanitario como en el social, no es absoluta, es relativa y tiene unos límites, pero implica que cualquier intento de romper la confidencialidad debe estar muy bien ponderado y razonado. Las exenciones son pocas, como el riesgo claro de hablar a terceras personas, por imperativo judicial o algunas exenciones en personas no competentes o con menores (ponderando también mucho en estos casos).

- *Saber respetar la intimidad*

Más allá de la confidencialidad, está el respeto a la intimidad. Intimidad proviene del latín *intus*, dentro, y hay que tener muy presente que es un concepto que cambia para cada persona o cada cultura. Tiene que ver con el espacio privado, donde cada uno se siente en confianza y seguridad.

Decíamos que pocas profesiones tienen “permiso” para entrar y convivir con la intimidad de las personas. Tanto el ámbito social como el sanitario lo tienen. Los centros residenciales de menores o las residencias de ancianos son espacios donde la persona atendida debería poder disponer de un espacio íntimo, de casa, como las habitaciones de los hospitales. Los profesionales que les atienden deben ser conscientes de que “entran en casa del otro”.

Sobreproteger es, de hecho, desproteger, porque se sustituye a la persona

- *Saber ajustar lo que pedimos a las capacidades de la persona y saber valorar la competencia*

Hay que saber ajustar en un continuum que va desde el proteccionismo paternalista a la autonomía abandonica. Ambos extremos son peligrosos. Por un lado, el paternalismo del que se proviene hiperproteger a menudo a las personas vulnerables, sin tener en cuenta que a pesar de ser personas frágiles podían disponer de algunas capacidades. Sobreproteger es, de hecho, desproteger, porque se sustituye a la persona. Pero hay que tener presente el otro extremo del riesgo, la autonomía plena en la mayoría de personas con las que se trabaja en el ámbito social es una falacia, y puede dar lugar a un abandono de la persona.

Es importante saber encontrar, en este continuum, el punto necesario para cada persona, para cada decisión, en un contexto de interdependencia.

En este punto, saber valorar la competencia de la persona para una acción concreta puede ayudar en este ajuste. La evaluación de la competencia cuenta con instrumentos desarrollados. Como comenta Gracia, “la madurez de una persona, sea mayor o menor de edad, se debe medir por sus

capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones, no por el contenido de los valores que asuma o maneje. El error clásico ha sido considerar inmaduro o incapaz a todo el que tenía un sistema de valores distinto al nuestro”.

- *Fomentar las capacidades*

Más allá de la evaluación de la competencia de la persona en la toma de decisiones, los profesionales pueden ser también promotores o, incluso, prescriptores de autonomía.

Muchas de las personas atendidas nunca han sido incorporadas en procesos de toma de decisiones, y siempre alguien ha decidido por ellas. El desarrollo de las capacidades humanas no es un hecho espontáneo, no depende sólo del desarrollo genético, sino que se precisa la interacción y un ambiente adecuado para poder desarrollar todo el propio potencial.

Informar, escuchar, incorporar a la persona en las decisiones son aspectos claves en el fomento de las capacidades.



El puente entre ámbito sanitario y social: la salud como constructo biopsicosocial

*Tu código postal es más importante para
tu salud que tu código genético*

Robert Wood

*Si los principales determinantes de salud son sociales,
también lo deben ser las soluciones*

Michael Marmot

Comentábamos también la posibilidad de la ética como puente entre la salud y el ámbito social.

La salud es un valor, más allá de ser un hecho. La OMS, en 1948, en una atrevida definición del término salud, incorporaba no sólo los aspectos biológicos, sino también los psíquicos y sociales. No entraremos en las matizaciones y críticas a esta definición, pero sí hay que reconocer que abrió el ámbito sanitario al modelo biopsicosocial y espiritual.

De hecho, hemos heredado del siglo xx un concepto de salud amplio y pluridimensional, pero no hemos heredado estrategias de abordajes adecuadas e integrales. La atención sigue siendo en la mayor parte biologista, sólo una pequeña parte se dedica a aspectos psicológicos. Los sistemas de salud entran en contacto muy tangencialmente con la parte social.

La salud es un
valor, más allá de
ser un hecho

En los años ochenta se emitió en el Reino Unido un informe llamado Black que ha llegado a ser un best-seller en salud pública y en el ámbito social. En él se analizaba la evolución del Sistema Nacional de Salud, National Health Service, tras unos cuarenta años de funcionamiento. Lo encargó el gobierno laborista al colegio de médicos británico, pero se emitió en la época del gobierno conservador de Margaret Thatcher. El título era bastante prometedor: *Inequalities in Health*.

El informe llegó a conclusiones no del todo esperadas: a pesar de que la salud general de la población había mejorado desde la implantación del NHS, esta mejora no era la esperada. La salud de los ricos había mejorado mucho más que la de los pobres. Por ejemplo, la tasa de mortalidad en trabajadores prejubilados no cualificados/profesionales era 2/1 y el gradiente de clase era mucho mayor que en otros países occidentales (como Francia).

El problema es que las soluciones estaban fuera del sistema sanitario y este sistema no era el principal determinante de las diferencias. Factores económicos y sociales como el paro, el nivel de ingresos, la educación, la vivienda, el transporte o estilos de vida eran los que más influían en salud. Lo curioso es que su abordaje había quedado fuera del sistema de salud. De hecho, está fuera del abordaje en la mayoría de sistemas de salud de países desarrollados.

La universalización del sistema sanitario sobre la salud global puso sobre la mesa la importancia de los factores socioeconómicos en salud

La universalización del sistema sanitario sobre la salud global de la población no resultó tan determinante como se podría pensar de entrada. Puso sobre la mesa la importancia de los factores socioeconómicos en salud.

A partir del informe Black, se empezó a diferenciar entre derecho a la asistencia sanitaria (como equidad en el acceso a los sistemas sanitarios) y derecho a la salud (medidas de igualdad en relación con determinantes de salud).

Los sistemas sanitarios son una parte importante en la salud y una de las bases del estado de bienestar. En el año 2015, la OMS establece una serie de principios para que los sistemas sanitarios se basen en derechos humanos como la universalidad, la equidad, la no discriminación, la disponibilidad y la accesibilidad a los recursos sanitarios, la aceptabilidad y la calidad, fomento de la cohesión social y rendición de cuentas.

Incluso con sistemas bastante igualitarios, la Ley de cuidados inversos de Hart nos dice que la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente en la población asistida. Es decir, que se destinan más recursos a quien menos lo necesita. Se dice que para conocer el nivel de renta de una persona, no es necesario mirar su declaración sino su boca.

Y hay que tener en cuenta que la mayor parte del gasto público en salud ha ido enfocado a los sistemas sanitarios de salud. Pero de hecho, en la línea del informe Black, el peso relativo de diferentes factores en la salud actualmente se considera bastante repartido:

- El 10% está determinado por el entorno físico (vivienda, contaminación...).
- El 20% está determinado por el sistema sanitario (accesibilidad y calidad de los servicios).
- El 30% está determinado por los estilos de vida o condiciones de vida (tabaco, dieta, alcohol, ejercicio, hábitos sexuales...).
- El 40% está determinado por los factores socioeconómicos (educación, trabajo, ingresos, apoyo familiar o comunitario...).



Hay que subrayar, pues, que aproximadamente el 80% de la salud de una sociedad está determinada por el entorno, los estilos de vida y socioeconómicos, mientras que sólo una parte ínfima del gasto va destinada a estos aspectos.

Margaret Whitehead definió las desigualdades sociales en salud como “aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos de poblaciones definidos de forma social, económica, demográfica o geográfica”. El informe Black ya concluía recomendando que para mejorar la salud era necesario mejorar las condiciones materiales de vida (ingresos, condiciones de trabajo, vivienda, guarderías...) sobre todo de las clases más bajas, en especial los colectivos más pobres y priorizando tres grupos (niños, personas mayores y discapacitados). Recordemos que era la época del gobierno Thatcher.

Más allá de los factores correctores de las desigualdades sociales, está todo el tema relacionado con los estilos de vida (o condiciones de vida) y todo un tema nuevo como es la prescripción social, es decir, todas aquellas intervenciones y actividades sociales que se prescriben en el ámbito sanitario para cambiar o mejorar estilos o condiciones de vida, y que requieren el apoyo del ámbito social y comunitario. Todo un nuevo reto.

El modelo biopsicosocial está todavía a la búsqueda de puentes que ayuden a establecer abordajes entre bio, psico y social. Empezábamos con Alicia sorprendida ante un mundo que no reconoce y se pregunta quién es. Y acabamos con Alicia cuando pregunta al Gato:

- *¿Podrías decirme, por favor, qué camino debo seguir?*
- *Eso depende en gran parte del lugar al que quieres llegar –contesta el Gato.*
- *No me importa demasiado el sitio –dice Alicia.*
- *Pues entonces tampoco importa demasiado el camino que tomes –dice el Gato.*
- *Siempre que llegue a algún lugar... –añadió Alicia a la explicación.*

Este puede ser el último reto descrito. La ética no sólo para ayudar a entender dónde estamos, quiénes somos y la base de la tarea profesional en un mundo complejo, incierto y acelerado, sino que también para ayudar a conocer y marcar el rumbo.

Aproximadamente el 80% de la salud de una sociedad está determinada por el entorno, mientras que sólo una parte ínfima del gasto va destinada a estos aspectos

Si no sabemos hacia dónde ir, no importa el camino que tomamos. Si nos detenemos a pensar, a discernir, a evaluar y a dialogar –todos ellos, verbos éticos–, será más fácil que encontremos el camino.

Montse Esquerda Aresté
Directora general del Instituto Borja de Bioética
Universidad Ramon Llull
Sant Joan de Déu - Terres de Lleida
mesquerda@ibb.url.edu

Josep Pifarré Paredero
GSS - Hospital Universitario Santa Maria
Sant Joan de Déu - Terres de Lleida
pifarrel@comll.cat

Bibliografía

- Abel F.** (2001). *Orígenes de la bioética: presente, pasado y futuro*. Barcelona: Instituto Borja de *Bioética* y Fundación Mapfre Medicina.
- Bauman Z.** (2005). *Ética postmoderna*. Madrid: siglo XXI editores.
- Bauman Z.** (2013). *Vida líquida*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Beauchamp T. L.; Childress J. F.** (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Black, Sir Douglas.** (1982). *Inequalities in health: the Black report*.
- Cassell E.** *La persona como sujeto de la medicina*. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, 19.
- Clouser K. D, Gert B.** (1990). “A critique of principlism”. *The journal of medicine and philosophy*. 15(2), 219-236.
- Drever F.; Whitehead M.** (1997). *Health inequalities: decennial suplement*.
- Engelhardt, H. T.** (1991). *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Florensa A.; Sols J.** (2017). *Ética en la investigación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fromm E.** (1979). *La por a la llibertat*. Barcelona: Edicions 62.
- Fulford B.; Thornton T.; Graham G.** (2006). *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: University press.
- Fundación BBVA** (2012). Estudio sobre actitudes hacia la ciencia: <http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/areas/econosoc/investigacion/fichainves/index.jsp?codigo=381>
- Gracia D.** *Fundamentos de bioética*. Madrid: Ed Triacastela.
- Potter Van Rensselaer** (1971). *Bioethics: bridge to the future*. New York: Englewood Cliffs.
- Ramos J.** (2009). Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en adultos. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 16(10), 597-604.