



TÍTULOS DE ESTE NÚMERO

- * Análisis bioético del embarazo en Testigos de Jehová y el rechazo transfusional
- * El culto al cuerpo: algunas reflexiones filosóficas
- * Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones
- * Ética de la investigación en modelos animales de enfermedades humanas
- * La controversia sobre la vivisección
- * La ética médica a comienzos del siglo XX: “La montaña mágica” de Thomas Mann
- * Los conflictos de intereses
- * Muerte a petición: ¿caridad o crimen? Reflexiones sobre la filosofía de Anselm Winfried Müller
- * Clonación experimental: Encrucijada ética

19

Bioética

SELECCIONES



Cenalbe

Revista *Selecciones de Bioética*, N° 19 / ISSN: 1657-8856
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA, CENALBE, BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA, 2012

© Centro Nacional de Bioética, Cenalbe

ALFONSO LLANO ESCOBAR, S. J.

DIRECTOR

DANIEL DOMÍNGUEZ CABAL

COORDINADOR EDITORIAL

COMITÉ EDITORIAL

ALFONSO LLANO ESCOBAR, S. J., CARLOS GAVIRIA NEIRA, GLORIA INÉS PRIETO DE ROMANO, HORACIO MARTÍNEZ HERRERA, JUAN GREGORIO VÉLEZ, MARGARITA SÁNCHEZ MORALES, MARÍA MERCEDES HACKSPIEL ZÁRATE, RAFAEL EDUARDO TORRADO PACHECO, DANIEL DOMÍNGUEZ CABAL.

19

DISEÑO Y PRODUCCIÓN EDITORIAL

CÉSAR TOVAR DE LEÓN
ÉDITER. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS LTDA.
TEL 2329558. BOGOTÁ, D.C.
EMAIL: ctovarleon@yahoo.com.mx

IMPRESIÓN

EDITORIAL GENTE NUEVA LTDA.
EDICIÓN DE 400 EJEMPLARES
DEPÓSITO LEGAL
IMPRESO EN COLOMBIA
PRINTED IN COLOMBIA
BOGOTÁ, D.C., ABRIL DE 2012

INFORMACIÓN

REVISTA PUBLICADA POR EL CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA (CENALBE)

CARRERA 10 N° 65-48, CHAPINERO, BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA
TELÉFONOS: (057) 5403993 / 6405011
E-MAIL: CENALBE@JAVERIANA.EDU.CO

PÁGINA WEB: WWW.JAVERIANA.EDU.CO/BIOETICA

LAS OPINIONES EXPRESADAS EN ESTA REVISTA SON DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES.

EL OBJETO DE NUESTRA REVISTA ES LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS DE REVISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE TENGAN QUE VER CON LA BIOÉTICA. NO PUBLICAMOS TRABAJOS ORIGINALES.

c o n t e n i d o

**ANÁLISIS BIOÉTICO DEL EMBARAZO
EN TESTIGOS DE JEHOVÁ Y EL RECHAZO
TRANSFUSIONAL**

María de la Luz Casas-Martínez 7

**EL CULTO AL CUERPO: ALGUNAS
REFLEXIONES FILOSÓFICAS**

Begoña Román Maestre 19

**CONSULTORES DE ÉTICA CLÍNICA:
RAZONES, VENTAJAS Y LIMITACIONES**

Juan Pablo Becca 24

**ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
EN MODELOS ANIMALES
DE ENFERMEDADES HUMANAS**

Eduardo Rodríguez Yunta 30

**LA CONTROVERSIAS SOBRE
LA VIVISECCIÓN**

Jorge Alberto Álvarez-Díaz 47

**LA ÉTICA MÉDICA A COMIENZOS DEL
SIGLO XX: "LA MONTAÑA MÁGICA"
DE THOMAS MANN**

Gustavo Figueroa 55

LOS CONFLICTOS DE INTERESES

Emilio La Rosa Rodríguez 68

**MUERTE A PETICIÓN: ¿CARIDAD
O CRIMEN? REFLEXIONES SOBRE
LA FILOSOFÍA DE ANSELM WINFRIED
MÜLLER**

**Hans Thomas. Traducción del alemán:
José María Barrio Maestre y Ricardo
Barrio Moreno 77**

**CLONACIÓN EXPERIMENTAL:
ENCrucIJADA ÉTICA**

Luis M. Pastor García 89

a nuestros lectores

Les recordamos que el objetivo de nuestra revista es la publicación de artículos seleccionados de revistas internacionales en inglés, francés y español, que tengan que ver con asuntos bioéticos. No publicamos trabajos originales.

El Director



d e l d i r e c t o r

Se fue un grande de la bioética

Conocí a Francesc Abel en octubre de 1982, hace ya treinta años, en Buenos Aires, en un Encuentro de Facultades de Medicina de las Universidades de la Compañía de Jesús, Seccional de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC). Recuerdo su ponencia, ¡cómo olvidarla!: “Bioética, una nueva Responsabilidad”. Duró una hora larga, y bastó esa hora, larga, densa, vibrante y orientadora, para despertar en mi toda una pasión por la Bioética, que dura hasta mi ya avanzada edad.

Aquel encuentro con la Bioética y, más que con la Bioética, con una gran personalidad, marcó un hito en mi vida. Esa hora me puso en contacto con uno de los grandes de la Bioética y, a través de él, con esta nueva disciplina, que trascendió los límites de tal, para convertirse en una nueva ética, en un nuevo método de hacer moral, en un movimiento universal a favor de la vida, en la nueva responsabilidad de los investigadores, de los científicos, de los hombres de avanzada.

Francesc, a solicitud mía, me proporcionó una copia de su ponencia que gusté, palabra por palabra, en el largo vuelo

de regreso a mi patria, de Buenos Aires a Bogotá. Lo demás se siguió como una dulce secuencia de hechos que me formaron como Bioeticista, comprometido, de tiempo completo, a promover esta disciplina y este movimiento en Colombia y en América Latina. Todo, gracias a aquel encuentro con el jesuita Francesc Abel, amistad que me reservaba notables enseñanzas

La Responsabilidad, entendida ésta a la luz de la obra de Hans Jonas, “El Principio de Responsabilidad”, como el valor supremo del hombre contemporáneo frente al presente y al futuro de la Evolución, me ayudó a entender la Bioética como “el diálogo creativo e interdisciplinario entre la cultura científica y la cultura humanística, en especial, ética, para solucionar responsablemente algunos de los problemas creados por la biotecnología al hombre y a la sociedad contemporánea”.

Vengamos a la persona. Francesc Abel fue toda una personalidad, antes que sacerdote, médico, bioeticista o cualquier otro estamento humanístico o académico, que levantó sobre su personalidad a través de



los años. Ninguno de estos estamentos alteró o sustituyó el valor indiscutible de su personalidad: Francesc fue auténtico, fue consecuente, fue autónomo, fue libre, fue hombre a carta cabal; y todo este edificio se levantó airoso y estructurado, en perfecta armonía y compatibilidad con su obediencia jesuítica y con su fe eclesial en Jesucristo, inquebrantable y alimentadora de su personalidad. Catalán de tiempo completo, médico gineco-obstetra, bioeticista, pensador, amigo, todos estos valores se vieron vivificados y unificados por la personalidad del sabio, pero, ante todo, del auténtico hombre de fe.

El Instituto Borja, de Bioética, el primer instituto de Bioética en Europa, que fundó al regreso de su larga y fecunda estancia en Washington, (1971-1975) en la universidad jesuítica de Georgetown –Instituto que lleva la impronta de su personalidad: estructura sólida, autónoma, sensata, orientadora y fecunda–, prolongará por muchos años la presencia viva y activa de Francesc. Respetó a la Iglesia oficial, guardando un equilibrio magistral entre

los extremos de libertad completa y sumisión rendida frente a la férrea autoridad de los obispos; respetó y amó a la Compañía de Jesús, conjugando, sabiamente, obediencia y autonomía, frente a los superiores de la Orden; respetó a su patria; respetó a los seres humanos, dio ejemplo de apertura y sociabilidad, de audacia y sencillez. Sembró con generosidad, recogió con abundancia y seguirá dando fruto, guardando el precepto del Maestro, “Id y dad fruto abundante, y que vuestro fruto permanezca”.

No llamar grande ni feliz a nadie mientras viva, fue el sabio consejo que nos dejó el libro sagrado del Eclesiástico. Creo que el reciente fallecimiento de Francesc ya nos autoriza, a quienes lo conocimos a través de su larga y fecunda existencia, para llamarlo grande y feliz.

Francesc: ientra en la gloria de la inmortalidad!

ALFONSO LLANO ESCOBAR, S.J.
DIRECTOR DE LA REVISTA



A u t o r e s

MARÍA DE LA LUZ CASAS-MARTÍNEZ. Nació en la Ciudad de México. Es Médica Cirujana por la UNAM, especialidad en Hematología por la Escuela Superior de Medicina del IPN, especialidad en Docencia por la UNAM, Maestría en Bioética por la Escuela de Medicina de la Universidad Anahuac y Doctora en Ciencias, área de conocimiento Bioética por la Facultad de Medicina UNAM. Entre sus libros figuran: *Destino o libertad. Enfoque Bioético sobre la Homosexualidad* (1999); *Bases Bioéticas para la toma de decisiones en clínica, investigación y trasplantes* (2008); *Introducción a la Bioética*, 3ª ed. (2008).

BEGOÑA ROMÁN MAESTRE. Profesora de Filosofía en la Universidad de Barcelona. Presidenta del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña.

JUAN PABLO BECA. Director Centro de Bioética. Director Médico-Cirujano, especialista en Pediatría Universidad de Chile. Especialista en Neonatología. Pediatra staff Clínica Alemana. Presidente Comité de Ética Clínica Alemana. Presidente Comité Ética de la Investigación Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana y Hospital Padre Hurtado. Miembro Comité de Ética Hospital Luis Calvo Mackenna y Facultad de Medicina Universidad de Chile.

EDUARDO RODRÍGUEZ YUNTA. Doctor en Biología Celular y Molecular, Master en Teología, Especialidad Ética. Investigador del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile, Chile.

JORGE ALBERTO ALVAREZ-DÍAZ. Médico, Sexólogo Clínico, Magíster en Bioética, México.

GUSTAVO FIGUEROA. Médico psiquiatra, Profesor Titular del Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.

EMILIO LA ROSA RODRÍGUEZ. Médico. Director del Centro de Investigación y Estudios de la Salud y la Sociedad. Miembro del Comité Internacional de Bioética de la Unesco, Francia.

HANS THOMAS. Director del Lindenthal Institut (Köln, Alemania).

LUIS MIGUEL PASTOR GARCÍA. Catedrático de Biología Celular. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Actual Director del Departamento de Biología Celular e Histología. Editor de la revista *Cuadernos de Bioética*. Vicepresidente de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI). Presidente de la Sociedad Murciana de Bioética (SMB). Miembro del Consejo Asesor de GEA Murcia.



ANÁLISIS BIOÉTICO DEL EMBARAZO EN TESTIGOS DE JEHOVÁ Y EL RECHAZO TRANSFUSIONAL*

MARÍA DE LA LUZ CASAS-MARTÍNEZ

RESUMEN

Hace ya varias décadas que pacientes Testigos de Jehová (TJ) presentan cartas a sus médicos tratantes que los exoneran en caso de su defunción al no aplicar hemoterapia por solicitud expresa de los mismos. Aunque estas cartas tienen diferente aplicación jurídica según cada país y no tienen validez legal en México, el tema de debate de este artículo, no es la objeción de conciencia en adultos competentes, sino específicamente el dilema entre autonomía de la madre para optar por la objeción de conciencia y los derechos del no nato. Sobre el caso de objeción por adultos, existe bibliografía en pro y contra esta postura, pero, un vacío se observa en el caso de embarazo. En el embarazo, los médicos, en el campo médico y ético, nos encontramos ante dos pacientes: madre e hijo y ante ambos, el médico tiene las mismas responsabilidades terapéuticas. ¿Qué alternativas se presentarían si fuera aceptada la negativa transfusional de los TJ y tuviéramos una paciente embarazada con esta necesidad?

Para el análisis de este problema se utilizará el modelo basado en el personalismo ontológico. Jurídica y éticamente la aceptación de la tesis de los TJ adultos se encuadra en el derecho de Objeción de Conciencia, pero: 1) La objeción de conciencia no es un derecho general, sino excepcional, con razón justificada. 2) No debe producir directamente daños a terceros. Es así que, el conflicto de intereses madre/feto en urgencias hemoterapéuticas puede abordarse bajo tres posibilidades: a) Respeto irrestricto a la autonomía materna. Resultado: alta posibilidad de muerte de la madre y el feto. b) No respetar la autonomía de la madre. Resultado: alta probabilidad de vida de madre y feto. c) Respetar la negativa de la madre a ser transfundida y si realizar maniobras de rescate fetal. Resultado: alta posibilidad de muerte materna, relativa posibilidad de vida fetal. Para este análisis partiremos del hecho de que todo médico debe respetar, si la razón y los medios lo permiten el uso de alternativas a la hemoterapia. Como primera intención debe siempre ofrecer un manejo acorde a las creencias de la embarazada, pero sin olvidar su compromiso con la vida del embrión/feto.

Palabras clave: testigos de Jehová, embarazo, autonomía, bioética.

ABSTRACT

In Mexico, Jehovah's witnesses present letters to their doctors that exonerate them in case of a patient's decease if hemotherapy was not applied. Although those letters have no legal validity in Mexico, this topic is a hot spot for debate, especially when dealing with competent adults. Bibliography exists, both pro and against this posture, but, an empty gap is observed in the case of pregnancy. With pregnancy, we doctors, find ourselves, both in the medical and ethical area, upon two patients: mother and son. Doctors have the same therapeutic responsibilities upon them. What alternatives would be presented in our country if the

* *Cuadernos de Bioética*, XXI, 2010/3ª.

Jehovah's Witness's transfusional negative was accepted, and we had a pregnant patient in the need of one? Juridically, the acceptance of adult Jehovah's Witness's thesis is included under the acceptance of moral objection, however: 1) Moral objection is not a general right, but exceptional, with a justified reason. 2) It can not produce any possible harm to third parties. The conflict of interest mother/fetus in hemotherapeutical urgencies can be tackled under three possibilities: a) Total respect to mother's autonomy. Result: high death possibility for both mother and fetus. b) Not to respect mother's autonomy. Result: high life possibilities for mother and fetus. c) Respect mother's negative to be transfused and to operate maneuvers for fetal rescue. Result: high death possibilities for mother and relative life possibilities for fetal life. The physician, when dealing with a pregnant woman, has a responsibility with two patients. As a first intention, the doctor should always offer a proper handle of the case, according to the pregnant patient's beliefs as much as possible, nevertheless he must never forget his compromise to the embryo's/fetus's life.

Key words: jehova's witness, pregnancy, autonomy, bioethics.

1. INTRODUCCIÓN

La moderna relación médico paciente, presente en la corriente liberal occidental, determina que los tratamiento médicos en adultos competentes, sean aceptados mediante consentimiento bajo información previa¹. En algunos países, en el caso de pacientes Testigos de Jehová (TJ) adultos y competentes, existe un consenso ético y legal² para aceptar su determinación a la no transfusión sanguínea por motivos de conciencia, incluyendo los de tipo religioso. En México, Testigos de Jehová presentan cartas a sus médicos tratantes que los exoneran si no aplicaron hemoterapia en caso de defunción del paciente³. Aun-

que estas cartas no tienen validez legal en México⁴, el tema es punto de debate, en especial en el caso de adultos competentes y existe bibliografía y pro y contra a esta postura, pero, un vacío se observa en el caso de embarazo. En el embarazo, los médicos, en el campo médico y ético, nos encontramos ante dos pacientes: madre e hijo y ante ambos, el médico tiene las mismas responsabilidades terapéuticas. ¿Qué alternativas se presentarían si en nuestro país fuera aceptada la negativa transfusional de los TJ y tuviéramos una paciente embarazada con esta necesidad? Si bien algunos países aceptan la negativa transfusional en caso de pacientes adultos competentes, la excepción, aceptada internacionalmente⁵, se realiza ante daños a terceros, esto es, menores de edad o personas con capacidad disminuida

1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Carta de los derechos de los pacientes*, Secretaría de Salud, México, 2000, 5.

2 Watch Tower Society. "Atención médica sin sangre". En: Cuestiones legales. Servicios de información sobre hospitales para testigos de Jehová, *Watchtower Bible and Tract Society*, México, Chile, 2005, 5.

3 *Watch Tower Society*. Op cit., 65.

4 Tena, C., Sánchez, J. "La transfusión sanguínea y los derechos del paciente". *Revista Conamed*, 2, (2005), 20.

5 Armenteros, J. C. "Objeción de conciencia a los tratamientos médicos". *Colex, Madrid*, (1997), 35.



El caso de embarazo, en el cual se trata evidentemente de un menor de edad, no es tratado generalmente en la literatura médica ni jurídica. La bibliografía obstétrica disponible generalmente analiza el caso solamente desde la perspectiva de sobrevida materna, desprotegiendo directamente al embrión en caso de que la madre realice una decisión con consecuencias fatales para ella y el feto^{6,7,8}.

La interdependencia madre/hijo durante el embarazo, representa un problema ético, social, religioso y jurídico de importancia para la bioética.

El dilema no solamente afecta a los directamente interesados, TJ, su familia y grupo, sino al personal de salud tratante, ya que incide directamente en la situación jurídica y moral del médico a cargo. Las decisiones en este campo, desde la perspectiva educativa confrontan la formación ética que sobre el valor de la vida, la obligatoriedad de principio terapéutico, el principio de beneficencia médico/paciente y el respeto a la autonomía de la conciencia que se derivan de esta conducta.

Ante estos casos el médico, se encuentra ante un dilema, por una parte, debe ser respetuoso de la moral del paciente, pero

también de sus obligaciones ante la vida fetal o embrionaria, que estaría en riesgo si acepta la negativa transfusional de la madre.

Como punto discursivo se tomará la argumentación de la filosofía personalista y la evaluación de competencia, bajo el modelo de Beauchamp y Childress⁹.

El análisis en bioética clínica, parte en primer lugar, de los hechos médicos, para abordar seguidamente el dilema moral.

Límites del presente trabajo:

Dada la amplitud del tema no se abordará el caso de negativa transfusional en adultos competentes sin embarazo.

2. ASPECTOS CLÍNICOS

Según la American Pregnancy Association¹⁰, alrededor del 80% de las muertes maternas son resultado de complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Desde la perspectiva médica, en el caso de embarazo y para poder valorar si verdaderamente se requiere de terapia transfusional en una paciente determinada, hay que considerar que en muchos pacientes la oxigenación tisular se mantiene y la anemia es tolerada con valores de hematocrito tan bajos como 18%-25%. El corazón empieza a producir ácido láctico cuando el hematocrito es menor de 15%-20% y la insuficiencia cardíaca se presenta con hematocrito menor de 10%.

6 [Publicación en línea] Comité de ética asistencial. San Sebastian. España. Protocolo de tratamiento en pacientes Testigos de Jehová. [Consultado en diciembre 2009]. http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/protocolotestigosdejehova.pdf

7 Retamales Avelino. "Autonomía del paciente: los testigos de Jehová y la elección de alternativas a la transfusión", *Rev. Chil Obstet Ginecol*, (2006), 71, 4, 280-287.

8 Cfr. Rivera Flores Jaime. *Aspectos médicos, éticos y legales en transfusión sanguínea*. Ed. Manual Moderno. México. 1996.

9 Beauchamp, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University, New York, 2001, 320.

10 [Publicación en línea] American Pregnancy Association. "Pregnancy defuntions". 2004. <http://www.americanpregnancy.org/main/mac.html>[Consulta: 12/05/2008].



En la anemia crónica, el rendimiento cardíaco no cambia, a menos que la Hb sea menor de 7 gr/dl, y los síntomas aparecen cuando la masa de eritrocitos se reduce en 50%. Las pacientes obstétricas toleran mucho mejor la anemia crónica sin efectos adversos significativos maternos ni fetales. Las cifras de hemoglobina no son predictivas de muerte, a menos que sea menor de 3 gr/dl. El umbral óptimo para iniciar la transfusión es variable en cada paciente, ya que depende del índice cardíaco (IC), en el cual deben considerarse las condiciones de la precarga, poscarga y la contractilidad cardíaca, así como de la velocidad de la pérdida. En pacientes en shock hipovolémico severo (pérdida de sangre mayor del 30% de la volemia), con pérdida de sangre mayor de 2 litros en menos de 4 horas, la mortalidad aumenta al 40% cuando los valores de hematocrito no se normalizan en las primeras 24 horas.

En la práctica, la Pvo₂ (presión venosa de oxígeno) es la mejor herramienta para asegurar que haya habido un adecuado transporte de oxígeno y determinar si un paciente anémico requiere transfusión de glóbulos rojos. Su valor normal es alrededor de 40 mmHg y niveles por debajo de 28 mg indican claramente un estado de hipoxia. Existen por tanto, indicaciones médicas precisas para la aplicación de elementos formes de la sangre, conocidas internacionalmente y consideradas acciones terapéuticas reconocidas.

Sobre este último punto, es cierto, que la sangre no es inocua, que como todo tratamiento médico, su aplicación obedece a un cálculo de riesgo/ beneficio para el paciente y que es mucho mejor,

si las circunstancias lo permiten, utilizar alternativas a ella. En este sentido existe concordancia entre TJ y médicos no TJ¹¹ pero, también existen evidencias innegables sobre la necesidad inaplazable e insustituible de la transfusión. Singla¹² en el Hospital Mount Sinai School of Medicine señala en un análisis retrospectivo, realizado durante un período de once años, el resultado obstétrico de esta subpoblación (embarazadas TJ) y lo compara con la población obstétrica general, encontrando una frecuencia de 512 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en comparación con 12 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en la población general, lo que se traduce en un riesgo de muerte 44 veces más debido a hemorragia obstétrica mayor. Es evidente que en casos concretos en donde la utilización de sangre esta indicada, su rechazo aumenta la morbimortalidad de este tipo de pacientes.

El riesgo actual de una transfusión es de 2 a 44 usuarios por millón de unidades¹³, por lo que se puede asegurar que las hemotransfusiones son riesgos calculados.

Brevemente, puede decirse que existen razones médicas que impiden utilizar medidas alternativas únicas en todos los pacientes ya que por ejemplo: el ácido epsilominocaproico está indicado en algunos pacientes con hiperfibrinólisis, condición

- 11 Ridley, D. T. "Colaboración con los testigos de Jehová en cuestiones de tratamiento". *Hospital Law*, (1995), 12, 4.
- 12 Singla, A. Lapinski, R. Erkowit, R. Saphier, C. "Are women who are Jehovah's Witnesses at risk of maternal death?". *Am J. Obstet Gynecol*, 185, (2001), 893-895.
- 13 Goodnough, L. Brecher, M. Kanter, M. AuBuchon, J. "Medical Progress: Transfusion medicine." Part 1. Blood transfusion. *The New England Journal of Medicine*, 340, (1999), 438-447.



especifica no muy común, la desmopresina, tiene afecto adecuado solamente en algunos casos de enfermedad de Von Willebrand o de hipocoagulabilidad por disminución de adhesividad plaquetaria secundaria a uremia. La eritropoyetina puede incrementar la hemoglobina, pero sólo a un ritmo de 2 g/dL/mes, lo que limita su uso en urgencias, la solución de Hartmann (lactato de Ringer) carece de poder oncótico para transportar oxígeno, por lo cual solamente reemplaza volumen, el dextrán, dependiendo de su peso molecular, puede incrementar la insuficiencia renal, el hetaalmidón carece de poder transportador de oxígeno, por comentar algunos excluyentes de uso. En el caso de que exista coagulopatía, el uso de aprotinina o ácido epsilonaminocaproico, con posible administración de desmopresina podría ser utilizado, pero, si existe coagulación intravascular diseminada, la necesidad de reposición plaquetaria, como parte del tratamiento, es imprescindible para romper el círculo vicioso. Lo mismo sucede en *abruptio placentae* y atonía uterina, don de las solas medidas quirúrgicas, si bien están indicadas, no pueden compensar en gran parte de los casos la hipoxia hipovolémica que se presenta. Muchas de estas urgencias son eventos impredecibles y no pueden ser manejados, como sugieren los TJ, como si siempre fuera cirugía electiva o el compromiso hipóxico fuera superable con solamente medidas conservadoras o volémicas. Por otra parte, algunos de los recursos mencionados no están disponibles en todas las unidades médicas, como pasa con el ácido epsilonaminocaproico, hetaalmidón, aprotinina, recaptador de eritrocitos, oxígeno hiperbárico, hipotermia, protoporfirinas,

inmunoglobulinas, o el personal no esta capacitado en su uso.

La interrupción del flujo sanguíneo uterino en cantidad y/o en calidad afecta negativamente al feto desencadenándose sufrimiento fetal agudo (SFA). El estado choque requiere de la reposición de volumen con cristaloides y sangre. El estado del feto es altamente dependiente del mantenimiento del flujo uterino y del transporte de oxígeno materno; el aporte de oxígeno al feto depende del contenido de oxígeno del cordón umbilical el cual se compromete en el estado de choque materno desencadenándose hipoxia fetal y acidosis¹⁴.

3. ARGUMENTOS RELIGIOSOS DE LOS TJ

Los TJ se refieren a 463 citas de la Biblia para negar la transfusión de elementos formes de la sangre, entre ellas:

Levítico 17:10 y Hechos 15:28, 29. El primer pasaje contiene el mandato dado a Noé, antepasado común de toda la humanidad, que la sangre no se debía consumir; siendo a él a quien Dios le señaló que la sangre debía considerarse algo especial. La segunda cita, la cual fue señalada a los israelitas, Dios les advirtió que “cualquier hombre que comiera cualquier clase de sangre, ciertamente fijaría su rostro contra el alma que estaba comiéndola”, proceder que llevaría a que la persona fuera “cortada de entre su pueblo”.

14 Ortega Carnicer, J. “Emergencias Obstétricas Críticas”. En: *Avances en Emergencias y Resucitación III*. Perales y Rodríguez de Viguri, N. Ed. Edika Med Págs. Barcelona, Esp. 1998, 39-52.



Génesis 9:4 “Pero la carne con su vida que es su sangre, no comerás”. “Y cualquiera... que cazare animal o ave que sea de comer, derramará la sangre y la cubrirá con tierra. Levítico 17:13” “Que os abstengáis de lo sacrificado a ídolos, de sangre, de ahogado y de fornicación. Hechos 15:29”.

Aunque parece claro que todas esas citas se refieren a sangre no humana y nada tienen que ver con una transfusión, los TJ consideran esta prohibición orden divina.

En general, los TJ aceptan componentes menores sanguíneos, suero, proteínas del plasma (albúmina, inmunoglobulinas, fibrinógeno), factores de coagulación, células troncotutipotenciales (células madre hematopoyéticas), trasplantes de médula ósea, uso de componentes, interferón, citokinas, sustitutos de sangre, procedimientos como hemodilución, circulación extracorpórea, (bomba cardiopulmonar, hemodiálisis)¹⁵.

Pero mantienen la prohibición sobre elementos formes (eritrocitos, leucocitos, plaquetas), sobre la sangre autóloga almacenada, la donación de sangre, sobre cualquier procedimiento que interrumpa un sistema de circuito¹⁶. Las células madre-hematopoyéticas están prohibidas si se toman del cordón umbilical, pero se

toleran si se toman de la sangre periférica o médula ósea.

La mayoría de los productos aceptados por las TJ embarazadas se limitan a aquellos que pasan a través de la barrera placentaria durante un embarazo, por ello pueden aceptar estos llamados “componentes menores” como asunto de conciencia. Como serían plaquetas, proteínas y otros elementos químicos propios del plasma. El razonamiento se basa en que si Jehová permite que estos productos pasen de la madre al feto, es lógico concluir que Dios no violaría su propia ley. Este argumento suena muy razonable, si no fuera por el hecho de que la ciencia médica ha demostrado que casi todos los componentes sanguíneos pasan a través de la barrera de la placenta, incluyendo cierta cantidad de elementos formes, como los eritrocitos¹⁷.

Desde la perspectiva Bioética, el respeto no solamente se debe a los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia sino que incluyen los valores individuales que impactan en la consideración psicológica de calidad de vida de los pacientes.

El respeto a la autonomía del paciente es uno de los principios fundamentales en los que se basa la ética biomédica. El principio de autonomía tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del paciente, que decide lo que es bueno para él,

15 Malak, J. “Jehova’s Witnesses and medicine: an overview of beliefs and issues in their care”. *Journal of Medical Association of Georgia*, 87, (1998), 322-327.

16 Kerridge, I. Lowe, M. Seldon, M. Enno, A. Deveridge, S. “Clinical and ethical issues in the treatment of a Jehovah’s Witness with acute myeloblastic leukemia”. *Archives of Internal Medicine*, 157, (1998) 1753-1757.

17 Walknowska, J. Conte, F.A. Grumbach, M. “Practical and theoretical implications of fetal/maternal lymphocyte transfer”. *The Lancet* 1, (1969), 119-122. Simpson, J.L. Elias, S. “Isolating Fetal Cells in Maternal Circulation For Prenatal Diagnosis” *Journal of American Medical Association*, 270, (1993), 2357-2361.



aunque ello no sea compartido por el médico¹⁸.

Pero también debe considerarse, que las decisiones autónomas tienen límites, especialmente ante terceros, y este es el caso del embarazo.

4. CONSIDERACIONES SOBRE EL MANEJO FETAL

Bajo el concepto de autonomía materna las necesidades del producto de la concepción se encuentran frecuentemente en desventaja ante las decisiones adultas. Recalcando que, ante una mujer embarazada los médicos tenemos a nuestro cargo ambas vidas y que el hecho del avance de la perinatología obedece a esta premisa, hay que apuntar que ante productos cerca de la viabilidad o francamente viables, médicamente si existen no solamente medidas de protección, sino claramente terapéuticas o conservadores de su vida, el problema en gran parte es la intención y decisión materna sobre la suerte del producto de la concepción. Entre otras medidas tenemos que, en algunos casos es posible considerar la inducción del parto o quizás una cesárea después de valorar la viabilidad fetal^{19,20} puede haber posibilidad de administrar corticoides u otros fármacos tratando de coadyuvar a la ma-

duración pulmonar fetal²¹, así como empleo de medidas diagnósticas de sangre fetal mínimamente invasivas^{22,23}. En otros casos, esto es imposible, simplemente por la urgencia o la edad gestacional del producto. Si bien existen numerosas entidades obstétricas manejables sin transfusión, con medidas hematológicas adecuadas, por ejemplo placenta baja, ello presupone que la paciente hubiera tenido seguimiento prenatal adecuado, lo cual no en todos los casos sucede.

La negativa transfusional materna tiene otra versión. Puede ser que la madre no requiera transfusión, pero si el hijo, por patología propia, como podría ser una incompatibilidad inmuno-hematológica, caso frecuente hacia el factor D (Rh/hr). En este caso, también la madre rechazaría la transfusión, tomando decisiones sobre su tutorado.

El manejo actual del feto a través del cuidado perinatológico permite a través de la cordocentesis²⁴ después de las 20 semanas gestacionales certificar un hematocrito fetal menor de 30%, lo cual es un indicador de transfusión intravascular

18 Ortega Moreno, A. "La autonomía del paciente", *Neurología* (2004), 9 (Supl 4), 30-6.

19 Becker, R. Vonk, y cols. "The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa and delivery: evaluation of 8650 cases". *Ultrasound Obstet Gynecol*, 6, (2001), 496-501.

20 Chaoui, E. Kalache, D. y cols. "Application of three-dimensional power Doppler ultrasound prenatal diagnosis". *Ultrasound Obstet Gynecol*, 1, (2001), 22-29.

21 Caughey, A. Parer, J. "Recommendations for repeat courses of antenatal corticosteroids". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6, (2002), 1229.

22 Mari, G. Deter, R. y cols. "Collaborative Group for Doppler Assessment of the Blood Velocity in anemic fetuses: noninvasive diagnosis by Doppler ultrasonography of fetal anemia due to maternal red-cell alloimmunization". *The New England Journal of Medicine*, 1, (2000), 14.

23 Oepkes, D. "Invasive versus non-invasive testing in red-cell alloimmunized pregnancies". *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 1, (2000), 83-89.

24 Soney, J. Nicolaidis, K. "Cordocentesis en el diagnóstico del bienestar del feto". *Clin. Perinatol*, 4, (1994), 743-763.



directa. El riesgo de muerte fetal debida al procedimiento fue 0,48%^{25,26}, lo cual indica que es un procedimiento seguro para el feto. Así es que la transfusión intrauterina, intraperitoneal o intravascular es un procedimiento adecuado, el problema es la negativa de la paciente a que su hijo sea trasfundido.

Ante esta disyuntiva surge la pregunta: ¿Existe un derecho absoluto de la madre sobre la vida de su hijo?

5. ASPECTOS ÉTICOS

Existen varias aproximaciones para este abordaje.

En el caso de la madre, si se trata de una persona coherente y bien informada, su competencia sería alta. Para el modelo de Beauchamp, merecedora de respeto en su decisión. Diego Gracia lo señalaría como paciente de Categoría 3. Pacientes con elevado nivel de competencia, que poseen:

1. Comprensión reflexiva y crítica de la enfermedad y el tratamiento.
2. Decisión racional basada en consideraciones relevantes que incluyen creencias y valores sistematizados. Estos pacientes pueden:

- a. Consentir en tratamientos ineficaces.
- b. Rechazar tratamientos eficaces.

Pero el embrión se encontraría en el caso de incompetencia, por tanto con necesidad de tutela. La tutela, ética y jurídicamente sustentada siempre será en el mejor beneficio para el tutelado. Toda persona tiene derecho a su bien, y la vida es un bien mínimo en una sociedad democrática. El derecho a la vida, no es deber máximo, de consenso, sino el más mínimo, por lo cual no puede ser negociado, a menos que existiera una razón específica (guerra, pena de muerte, defensa propia), caso que no concuerda con el estado del feto.

Para Gracia²⁷ “los cuatro principios bioéticos, lejos de ser del mismo nivel, se hallan estructurados en dos niveles diferentes que definen dos dimensiones de la vida moral: la privada, compuesta por los principios de autonomía y beneficencia, y la pública, formado por los de no-maleficencia y justicia. En caso de conflicto entre deberes de estos dos niveles, los deberes del nivel público tienen siempre prioridad sobre los del nivel privado”. Por tanto, ante personas incompetentes, se prioriza la obligatoriedad de no maleficencia y justicia. Privar de la vida al feto iría contra estos principios.

Ante la argumentación de que la decisión que puede poner fin a la vida de los TJ es en resguardo de una vida superior (espiritual), hay que analizar que, en el caso de la madre, que acepta la muerte por causa de un bien religioso, tal acto puede deno-

25 Bell, J. Weiner, S. “Has percutaneous umbilical blood improved the outcome of high-risk pregnancies?”. *Clin Perinatol*, 20, (1993), 61-80.

26 Sierra, I. Tavares, F. González, F. Paravisini, I. Mag-nelli, A. De Abreu, L. et al. “Cordocentesis y perfil biofísico en el diagnóstico de bienestar fetal”. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 59, (1999), 229-235. Berrebi, A. Bénichou, A. Sarra-mon, M. Bessiéres, M. Rolland, M. Kobuch, W. et al. “Valeurs biologiques de référence chez foetus humain”. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 21, (1992), 355-359. Ryan, G. Morrow, R. “Transfusión sanguínea en el feto”. *Clin. Perinatol*, 3, (1994) 579-595.

27 Gracia, D. “Cuestión de principios”. En: *Estudios de Bioética*. Feito Grande, Madrid, 1997, 75.



minarse martirio por la fe, y este siempre deberá ser de carácter volitivo, siendo que se trata de una decisión basada en la libertad. La decisión se toma en ponderación de una jerarquía personal de bienes, los cuales se eligen libremente. Toda adhesión a una religión, especialmente en adultos, debe ser libre, es una elección volitiva, la fe no puede ser impuesta. Pueden imponerse sus ritos, pero su ejercicio carecería de valor moral si no están respaldados en una firme convicción libre. Es por esto que, no hay martirio válido si no se realiza en libertad, de lo contrario sería una imposición de terceros. El embrión carece de esta característica. No puede profesar ninguna fe ni convicción religiosa, ni tampoco los padres garantizar que aún educado bajo ritos o normas de creencia, serán compartidas en estado de adulto competente, y menos que serán aceptadas libremente. Los valores personales que muchas veces se fundan en una visión particular del bien, no son exigibles para todos los hombres.

Aunque la madre aduzca que su hijo será formado como TJ, se trata de una presunción, una intención, y no de un hecho. No puede garantizarse que su hijo profese esa fe, ni acepte la muerte en ese caso. Por tanto no puede negarse la vida a un sujeto en estado de incompetencia. Sin vida no hay posibilidad de que ese sujeto aceptara libremente o no las creencias de TJ en un momento futuro, y en el presente sería un acto injusto, al negarle principios mínimos.

Jurídicamente y éticamente, la aceptación de la tesis de los TJ adultos se encuadra en la aceptación del Derecho de Objeción de Conciencia. Se define objeción de

conciencia como el derecho a ser eximido del cumplimiento de un deber legal por motivos de conciencia²⁸.

Sin querer profundizar este concepto en este trabajo, si se debe hacer referencia que tal condición tiene límites²⁹:

1. La objeción de conciencia no es un derecho general, sino excepcional, con razón justificada.
2. No debe producir directamente daños a terceros.
3. Las condiciones que determinan esta excepción vienen dadas por la naturaleza del bien jurídico protegido. Es preciso determinar las consecuencias que el incumplimiento de un deber determinado pueden acarrear y resolver a favor del bien jurídico que goce de la mayor intensidad de protección.

Retomando la jerarquización de principios de la bioética, las decisiones que afecten a terceros, se realizan bajo el principio de justicia y no maleficencia, y se encuentran sobre las preferencias personales de autonomía y beneficencia personal.

Es así que (sin analizar el caso en adultos) estos principios no funcionan en la mujer embarazada si afecta con ello a su hijo.

La filosofía del derecho que respalda las decisiones de conservar los derechos propios de la persona (personalísimos),

28 Sierra, D. M. "La objeción de conciencia de los trabajadores de la salud". *Publicación de la Universidad Panamericana*, Facultad de Derecho (1998), 211.

29 Sierra, D. M., *op cit.* 214.



incluyen el Derecho a la vida. “La tutela jurídica hacia la subsistencia de las personas (conservación de la vida) y de los no nacidos (obtención de la vida)³⁰. Es así que existe la obligatoriedad de asistencia en caso de urgencia y que incluye el no aceptar la negativa del paciente a tratamiento en contra de su vida³¹.

Una segunda visión es representada por el caso *In re Fetus Brown*³²: Esta fue la primera decisión de una corte de apelaciones en Estados Unidos que examinó el rechazo a transfusiones de sangre por parte de una mujer TJ embarazada. La corte dictaminó que “el Estado no podrá anular la decisión competente sobre tratamiento de una mujer embarazada, incluyendo el rechazo a procedimientos médicos invasivos recomendados, con el fin de salvar potencialmente la vida del feto orgánico. Nosotros hallamos que una transfusión de sangre es un procedimiento médico invasivo que interrumpe la integridad física de un adulto competente”.

Con esta sentencia jurisprudencial, la Corte de Illinois afirmó el derecho de la mujer embarazada a rechazar transfusiones de sangre.

Como tercera consideración, desde la perspectiva ética, la opinión paterna debería ser tomada en consideración, especialmente si el padre no es TJ, más jurídicamente solamente la decisión materna ante intervenciones en su cuerpo es la que tiene carga legal. También así lo manifiesta el princi-

pio de autonomía, que hace referencia al adulto directamente involucrado. Queda entonces la pregunta ética sobre el papel del padre en las decisiones de vida de sus hijos, de los cuales él es directamente interesado y participante, aunque excluido por razones legales y de algunas posturas en las corrientes bioéticas.

6. POSIBILIDADES DE ABORDAJE DEL CONFLICTO

El deseo de conciliar intereses, en este caso, autonomía de la madre y beneficencia del producto, lleva a la atención de algunas alternativas:

a) Respeto irrestricto a la autonomía materna. Resultado: alta posibilidad de muerte de la madre y el feto.

Un primer abordaje sugiere que, si se acepta que el feto debe tener la suerte que la madre depara para el, esto es la muerte, se aceptaría, de facto, que la madre tiene plena disposición sobre el hijo, siendo así que se constituiría un derecho de propiedad, que su cuerpo les pertenece y por tanto pueden realizar actos contra terceros, como es el aborto. De facto se reconocería la propiedad de la madre sobre el hijo. Existen múltiples situaciones en que una persona depende de otra, pero esto no le da derecho irrestricto sobre el indefenso. El reconocer que un ser humano depende en vida o muerte según la decisión de otro es un razonamiento que se encuentra en contra de la dignidad de la persona y de la filosofía del Derecho Mexicano, así como de cualquier sistema de derecho que se oponga a la esclavitud. Una segunda reflexión nos indica que en parte los Testigos no están decidiendo la

30 CasaMadrid, O. *La atención médica y el derecho sanitario*, JGH Editores, México, 1999, 40.

31 Secretaria de Salud. “Ley General de Salud Mexicana”. Art. 81 del reglamento de Atención Médica.

32 *In re Fetus Brown* (Illinois Appellate Court, 1997).



suerte de su hijo, sino que se trata de una decisión divina, si el hijo muere o no, el TJ solamente acata los lineamientos de sus creencias. Este supuesto es como se dijo anteriormente, una convicción religiosa sobre la licitud ética del martirio y la posible fe futura del hijo. No hay fundamento para aplicarlo al hijo, que actualmente no profesa esa creencia.

b) No respetar la autonomía de la madre. Resultado: alta probabilidad de vida de madre y feto.

Este tipo de decisión no respeta la autonomía materna, pero, respeta el principio de justicia, no maleficencia y beneficencia del feto y parcialmente (vida física) de la madre. Se apega a la norma de evitar daños a terceros. Para la ética existe también una obligación de defender al indefenso y de darle oportunidad, a través de la vida de realizar sus propias decisiones en el futuro. Bajo las sanciones que la madre afrontará si fue transfundida, se comenta que depende mucho del tipo de comunidad a que pertenezca y si la transfusión fue en contra de su voluntad, solamente no habría sanción de la comunidad, sino que la persona se sentiría ultrajada por ese acto. Esta decisión implica cierta violencia moral contra la madre y existe además la posibilidad de demanda contra el médico por TJ, la cual, por las razones jurídicas mexicanas, no procedería³³, ya que en caso de urgencia, el Código Penal Mexicano en su Art. 312 señala la obligatoriedad de asistencia para conservar la vida o la integridad de la persona.

33 Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), *op cit.* 23.

c) Respetar la negativa de la madre a ser transfundida y si realizar maniobras de rescate fetal. Resultado: alta posibilidad de muerte materna, relativa posibilidad de vida fetal.

Es posible que la madre acepte intervención de rescate en el feto, aunque niegue el tratamiento propio. La viabilidad del producto evidentemente será uno de los factores decisivos en el manejo de esta posibilidad.

C.1) EMBRIÓN O FETO NO VIABLE

Dependiendo de las posibilidades del centro de atención, los fetos menores de 25 semanas no tienen viabilidad ante la inminente muerte de la madre. Si existen posibilidades de alcanzar alguna posibilidad de sobrevivida, éticamente debería hacerse un esfuerzo para esperar las semanas necesarias para inducir un parto o realizar una cesárea. Evidentemente, esto no es posible en situación de urgencia. Por lo que ambos fallecerán.

C.2) FETO CERCANO A LA VIABILIDAD

Si es posible deberá acudir a los medios actuales de la perinatología, como es el uso de cordocentesis con transfusión hematóloga.

Existen casos reportados de soporte cadavérico materno y obtención de producto sano viable³⁴. Quizás se presente

34 Sperling, D. "Maternal brain death". *American Journal of Law and Medicine*, 30 (2004), 453-500. Kantor, J. Hoskins, I. "Rain death in pregnant women". *Journal of Clinical Ethics*, 4, (1993), 308-314. Chervenak, F. McCullough, L. "Clinical management of brain death during pregnancy". *Journal of Clinical Ethics*, 4, (1993), 349-350. Sheikh, A. Cusack, D. "Maternal brain death, pregnancy and the



como hipotético, pero es posible. Si existe consentimiento materno (especialmente escrito) podría intentarse esta maniobra, pues la vida humana, siempre es más valiosa que los recursos invertidos en ella.

C.3) FETO VIABLE

La posibilidad de inducción de parto, cesárea y aún cesárea postmortem, así como la cordocentesis con transfusión homóloga vuelve a ser una maniobra electiva en este caso. Nuevamente se hace evidente la firma de una aceptación para dicho procedimiento por la madre antes de su muerte, puesto que después, y no habiendo manifestado su opción, la decisión sería del padre o familiar cercano, con la complicación subsecuente. Otra alternativa sería acudir a la custodia del menor por parte de la autoridad competente, mediante una orden del ministerio público, en este caso, el nacido, probablemente quede en disposición de adopción, en caso de rechazo paterno. Aunque esta opción es la que más respeta la ética sobre la beneficencia del menor, tiene serios inconvenientes prácticos.

7. CONCLUSIONES

El médico, ante la mujer embarazada se responsabiliza de dos pacientes. Como primera intención debe siempre ofrecer un manejo médico acorde a las creencias

de la embarazada, en todo lo posible, pero sin olvidar su compromiso con la vida del embrión/feto. Es muy conveniente considerar la participación de médicos de los Comités de Enlace de los TJ para valorar alternativas o traslados. La obligación moral del personal de salud es la de agotar todas las alternativas terapéuticas a la transfusión con el fin de respetar la libertad de conciencia del médico y del paciente, así como la libertad de cultos. El caso de urgencia transfusional en TJ presenta múltiples problemas éticos ya que al respetar la autonomía materna puede violarse el derecho a la vida del no nato.

Bajo la visión moderna de la relación médico/paciente, se ha dado a la autonomía del paciente una validez especial, manifestada en el respeto al consentimiento bajo información previa, los testamentos vitales o declaraciones de voluntades anticipadas. Este reconocimiento se otorga a adultos competentes y siempre que no ocasione daños a terceros. El embarazo representa un tema limítrofe de conflicto de intereses, que en la bibliografía médica y ética no han abordado con suficiente profundidad. Ante esta insuficiencia, se insta a la reflexión de todos los involucrados a fin de aportar soluciones viables a este problema.

fetus: the medico-legal implications for Ireland". *Medical Law Review*, 23, (2004) 237-250. McCrummen, S. "Weary father left to count the days: doctors hope technology can sustain fetus". *Washington Post* (2005), 1, 4. Glover, J. "Incubators and organ donors". *Journal of Clinical Ethics*, 4, (1993) 342-347. Wuermeling, H. "Survival of the fetus in maternal brain death". *Zeitschrift Arztiel Fortbildung*, 1, (1993), 845-847.



EL CULTO AL CUERPO: ALGUNAS REFLEXIONES FILOSÓFICAS*

BEGOÑA ROMÁN MAESTRE

RESUMEN

El objetivo de este artículo es explicitar algunos aspectos filosóficos sobre el cuerpo humano y algunas consecuencias éticas que se derivan de su excesiva y exclusiva consideración. Analizaremos qué hay detrás de la expresión “culto al cuerpo”. Seguidamente expondremos como la revolución biotecnológica y los nuevos descubrimientos científicos han cambiado la relación con el cuerpo. Concluiremos con el concepto de integridad: el ser humano es un todo complejo en el que, siendo cada parte imprescindible, es más que la suma de ellas.

Palabras clave. Cuerpo, culto, reduccionismo, materialismo, integridad

ABSTRACT

The aim of this article is to state clearly some philosophical aspects of the human body and some ethical consequences that result from its excessive and exclusive consideration. First of all, we will specify what lies behind the expression “body cult”. Then, we will set out how the biotechnological revolution and new scientific findings have changed this connection generating paradoxical experiences as, in the name of body cult and an excessive care of it, denying it and subjecting it to the condition of simple object manipulated by more or less irrational external pressures or goals. We will finish with the concept of integrity.

Keywords. body, cult, reductionism, materialism, physical wellbeing

I

Entendemos por culto al cuerpo la obsesión por el estado del propio físico que nos conduce a llevar una vida centrada en los ritos para mantener, o conseguir tener, un determinado aspecto, casi siempre joven (menos de la edad que se tiene) y esbelto (delgado). En el culto al cuerpo no se trata de ser joven, al fin y al cabo, es algo que pasa y se pasa, sino de *aparentarlo*, y por eso es necesario afanarse tanto y siempre.

En la defensa del “culto al cuerpo” encontraríamos el hedonismo, puesto que la reivindicación de lo carnal está sujeto a la búsqueda del placer y al alejamiento del dolor y el sufrimiento. Aunque a menudo recordamos nuestra dimensión física, carnal, cuando ésta nos falla. Por eso Epicuro denunciaba que nuestra relación con el cuerpo era demasiado anestésica y no nos deja disfrutar de la ausencia de dolor. Ante esta duda, el dolor nos devuelve a nuestra realidad: somos cuerpo de pies a cabeza. No será aquí, en el *Carpe Diem* de Horacio, donde encontraremos pro-

* *Bioètica & debat*, 2008, 14(52):1-5.

blemático el culto al cuerpo (podríamos decir que en el s. XXI se ha superado el contencioso que el occidente cristiano ha mantenido con el placer); el problema reside en el culto.

El culto al cuerpo es circunstancia y temática de una sociedad tecnológica, occidentalizada y rica. La vida llena, pléutica, lo es físicamente, pero no sólo, el ser humano no es unidimensional, es pluridimensional, complejo, cuerpo animado y mente encarnada. Incluso el amor al cuerpo, es el amor a la persona que lo anima, a la inteligencia que lo hace sentir y moverse.

Cuando sólo nos preocupamos de sobrevivir y, por lo tanto, de dar al cuerpo lo que éste necesita (alimento, vivienda, y cierta seguridad de que mañana lo volverá a tener), la nuestra es una vida bastante cercana a la irracional y animal. Estamos en el mundo gracias al cuerpo, gracias a él nos relacionamos con el exterior y los otros, somos seres relacionales.

Sartre¹ y Merleau-Ponty² han hecho magníficas observaciones sobre el fenómeno de la mirada humana. El mirarnos constituye en sujetos, en seres pensantes (en *Cogito*), porque siempre pensamos sobre algo (intencionalidad de la conciencia). Ahora bien, el ser mirados nos constituye en objeto para otro; y en la mirada entre dos personas no hay sólo dos ojos que se encuentran, en la mirada hay una gran intimidad porque descubrimos al otro que hay aquí, más allá, pero en ellos, de los ojos que me miran.

El sujeto que mira, escapa a la misma mirada, es el sujeto trascendental de Kant, es el sujeto difícil de ser conoci-

do (cuando el conocimiento de uno mismo es la gran tarea que toda la filosofía aconseja y que toda la vida, si seguimos a Sócrates, que valga la pena ser vivida, pide). Es aquél un sujeto presente que se oculta, es un sujeto misterio, un sujeto personal. Este sujeto trascendental pero no es sin carne ni huesos, es carne y huesos, y sangre, y músculo, y corazón. Lo que no puede ser nunca es cuerpo descarnado y desencarnado queriendo liberarse de lo que es ahora, y queriendo impedir lo que será mañana, en tanto que objeto del mundo y sometido a las leyes físicas (nacimiento, crecimiento y muerte). *Nulla etica sine estetica*. Contra el *Cogito ergo sum*, hay que recordar el *Sum ergo cogito*.

Cuando la vida se reduce a contar calorías, o los kilómetros que hemos corrido; cuando toda la energía vital se concentra en la batalla contra la ley de la gravedad universal (por la cual todo cae) y contra el cronos (por el cual todo muere), hemos perdido la única oportunidad sobre la tierra para desarrollarnos saludablemente, siguiendo aquella definición de la OMS, en armonía psíquica, física y social, para devenir lo que somos, siguiendo a Aristóteles y a Nietzsche.

Somos seres en el mundo, gracias al cuerpo podemos sentir y percibir y dar sentido: sin el cuerpo, imposible, sólo con el cuerpo, imposible. Pero nuestra relación con nosotros mismos no es tan carnal: sólo mantenerse en forma, deforma. En el muro de Berlín alguien escribió: "Las almas, como los cuerpos, también se mueren de hambre". La búsqueda de la vida buena, más allá de la supervivencia, es autorrealización.



Por lo tanto, la expresión “culto al cuerpo” es claramente peyorativa, y lo es en dos sentidos: por un lado, por olvidar la complejidad humana que está más allá del reduccionismo materialista por el cual todo es cuerpo y materia; por otro lado, por la hipertrofia que el crecimiento humano padece cuando se dedica “en cuerpo y alma” a cultivar el cuerpo y sólo el cuerpo.

Aquí optamos por el amplio espectro que huye de ambos extremos (seguimos a Aristóteles), el uno por defecto, la desconsideración del cuerpo, el otro por exceso, la idolatración del cuerpo. Para los reduccionismos de uno u otro tipo, entramos en unas pendientes resbaladizas, bastante frecuentadas: o bien toda la dimensión humana acaba siendo explicada en clave materialista, en clave genética, en clave física. O bien nos convierte el cuerpo en un mecanismo, una mera *res extensa*, al servicio del piloto, del navegante que es el verdadero yo. Ahora la verdadera identidad personal es espiritual y le dice al cuerpo no sólo lo que debe hacer, sino sobretodo, cómo debe ser.

II

Como muy bien ha observado Habermas³ la tecnología ha difuminado la frontera entre lo dado (por la “naturaleza” y sus leyes, el azar, o la lotería biológica y cultural), y lo puesto conscientemente por la voluntad humana. El cuerpo, gracias a la cirugía estética, gracias a que, como diría J. Elster, hemos domado la suerte, deja de ser aquello dado, objeto, para convertirse en sujeto de su propia configuración.

El mismo lenguaje nos traiciona cuando nos referimos al propio cuerpo; lo trataremos como un objeto, lo nombramos como una propiedad privada (incluso, a veces, transferible, negociable). Por eso decimos frases como “es *mi* cuerpo y hago con *él* lo que *yo quiero*”. El cuerpo objeto se convierte así en una posesión y, por lo tanto “cosa mía” a disponer e indisponer a voluntad. En alemán hay dos palabras que designan el cuerpo, *Leib* y *Körper*, la diferencia radica en que el primero se refiere a un cuerpo animado, orgánico, un cuerpo sujeto, agente, mientras que *Körper* alude al cuerpo carnal, al cuerpo objeto, paciente.

Podemos hacer dos lecturas sobre la posibilidad de intervenir en el cuerpo no sólo para curar, evitar y prevenir el dolor, sino para mejorarlo. Por un lado, desde una visión positiva de la cirugía estética, es legítima la intervención en el cuerpo para aumentar la autonomía: el cuerpo es el objeto a modelar a partir de nuestra imagen y semejanza. Por otro lado, el desconocimiento de que no somos *Körper*, sino *Leib*, es decir, organismos, y que la intervención en una parte, la física, es interacción con las otras dimensiones de la persona, acaba generando desajustes. Así pasamos de una tiranía natural, a una tiranía “técnica y cultural”: en nombre del cuerpo, martirizamos al cuerpo.

En efecto, cuando el cuerpo objeto monopoliza todas las dimensiones humanas, invadiendo todos los pensamientos; cuando toda la cultura, toda relación social, se centra y reduce al cuerpo y sólo al cuerpo, la liberación de las leyes de la naturaleza se convierte en sumisión a otras leyes más arbitrarias, como ahora, las entradas



continuas al gimnasio, al quirófano. Nos encontramos también con la sumisión a un estándar de belleza muy heterónimo, según cánones muy oscuros y aleatorios. Al final, la relación de uno consigo mismo, con la totalidad compleja que uno es, se convierte en un rechazo a aquello “dado”, obedece a un rechazo, más profundo, obedece a una disconformidad y malestar con uno mismo, parafraseando a Freud, obedece a un malestar en la cultura (ahora del cuerpo), que impide la verdadera armonía saludable.

Cuando tocamos una parte, cuando comenzamos a rechazar una parte de nosotros, la integridad que se empieza a deteriorar no es sólo física, hay mucho más en juego (descubrimos lo que está en juego, cuando está en juego). Jonas tenía razón: ante el desconocimiento de las consecuencias, mejor abstenerse.⁴ Hay un sujeto que escapa a toda mirada y nos acompaña en todas nuestras representaciones, en toda nuestra vida, que también siente y se resiente de todo lo que pasa y le pasa.

¿Qué significa integridad física sino que somos un todo que no se puede dividir por parte de nadie? ¿Atento yo, pero contra mí mismo, contra mi integridad física y moral cuando me someto voluntariamente a ideales del yo (físico) para sentirme mejor psíquicamente, compartimentándome en estancos cerrados? Respetar al cuerpo es prestarle atención (en alemán *Achtung* significa tanto respeto como atención), es mirarlo atentamente.⁵ El respeto a los otros empieza con el de uno mismo. De igual manera que es un deber moral respetar la integridad física de los otros, lo es respetar nuestra propia

integridad. En este sentido, son reprobables éticamente tanto las medidas auto-destructivas, autolesivas, menospreciantes de algunas de nuestras dimensiones, como el rechazo del cuerpo que *soy* en nombre del cuerpo que *quiero tener*.

No queremos decir con esto que toda cirugía estética es censurable; seguramente hay muchas personas que han mejorado su calidad de vida. El problema está cuando la calidad de vida es suplantada por la dignidad de la vida. Aquí reside el verdadero *quid* de la cuestión. La nuestra es una sociedad audiovisual donde la imagen, dicen, vale más que mil palabras. Pero si la imagen vale más que mil palabras, resulta que ésta no deja expresar la verdadera identidad personal, que es cuerpo expresivo, persona que habla, que se defiende argumentativamente, y no persona hierática que ha perdido aquello que se llama (parece que peyorativamente) “líneas de expresión” (¿para sustituirlas por las líneas de inexpressión?). El cuerpo sujeto que identifica, que personaliza, se convierte en mercancía, objeto a ser cambiado, recambiado y recauchutado a imagen y semejanza de alguien demasiado preocupado por el “diseño” (por otro lado, sometido al continuo paso de modas y a la presión de la innovación).

Quisiéramos exponer dos paradojas inherentes al culto al cuerpo. La primera es la extrañeza que la cultura del cuerpo mantiene con el mismo y sus criterios de placer y dolor. De forma que se llega a aceptar el sufrimiento, el dolor, el machacar el cuerpo, para mejorarlo y dejar de sufrir por él. En la era tecnológica en general, y en la de la cirugía estética en particular, nos creamos unas expectativas



sobre el resultado y su duración exageradas; y puede pasar, y pasa, que el resultado genera insatisfacción (sufrimiento) porque no es exactamente lo que esperamos (placer).

Vemos ahora una segunda paradoja. Al tiempo que aumentan las necesidades de respetar la intimidad (con leyes para proteger los datos personales), el cuerpo debe ser mostrado y lucido en público. Hoy, en la cultura del cuerpo, se ha desdibujado el contorno de la intimidad: el cuerpo se enseña mucho y más, se graban las relaciones sexuales (el sexo, parece ser el gran reclamo de Internet), y todo como prueba de liberación de prejuicios.

Vuelven las contradicciones: aquella liberación de lo dado tiraniza el cuerpo, lo somete al mercado de las imágenes, al intercambio y reemplazo de sus partes, reduciendo la relación con nosotros mismos a un tira y afloja entre una parte testaruda, la física, que se empeña en ir a la suya (al final, ella gana) y la otra parte que es voluntad.

Contado y debatido, detrás del amor al cuerpo y a su liberación, detrás de la reivindicación de los sentidos, la sensibilidad y el placer, seguimos en un dualismo platónico (el cuerpo es la tumba del alma), sólo que invertido: ahora, en el culto al cuerpo, el espíritu es la tumba. Pero seguimos, igual, con el maltrato del cuerpo, sometiéndolo a la disciplina, al sacrificio, para mejorar en el futuro un presente que no nos gusta, y en nombre de un yo ideal que nunca soy yo.

No se trata ni de demonizar el cuerpo, ni de renunciar a la fuente de placer y de sentir que es. En la cirugía estética, en la anorexia, en la vigorexia, en estos fenómenos de la sociedad occidental rica y caprichosa, está el peligro de la desmesura, del exceso y del defecto. En el fondo hay una falta de amor a uno mismo y al proyecto personal de aceptar, como nos dijo Aristóteles, lo que potencialmente ya somos. Llegar a ser lo que somos, llegar a desarrollar nuestras potencias, requiere esfuerzos que dependen de nosotros, no del cirujano estético, ni del *personal trainer*, y no podemos delegar ni subcontratar. La identidad personal es este tono complejo de personajes en busca de un autor, a la búsqueda de la armonía psíquica, física, social, espiritual, de la realización de un proyecto autónomo; por eso sí merece la pena esforzarse, en lugar de machacarse en un quirófano dejándose, entre otras cosas y como mínimo, la piel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península; 1975.
2. Sartre J. P. *Las manos sucias*. Madrid: Alianza editorial; 1980.
3. Habermas J. *El futuro de la naturaleza humana*. Barcelona: Paidós; 2003.
4. Jonas H. *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder; 1995.
5. Esquirol J. M. *El respeto o la mirada atenta*. Barcelona: Gedisa; 2006.



CONSULTORES DE ÉTICA CLÍNICA: RAZONES, VENTAJAS LIMITACIONES*

JUAN PABLO BECA

RESUMEN

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

Palabras clave. consultores de ética clínica, comités de ética asistencial

ABSTRACT

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

Keywords. clinical ethics consultants, healthcare ethics committees

La estructura, objetivos y formas de trabajo de los comités de ética asistencial son diversas y no existe claridad en relación al tipo ideal de comité. Incluso la definición de la Unesco es demasiado amplia y admite diversidad de funciones: grupo de personas que aborda sistemáticamente las dimensiones éticas de las ciencias de la salud, las ciencias biomédicas, las políticas de salud y los casos clínicos complejos.¹ Sin embargo hay consenso

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

La consultoría ético-clínica se entiende como un servicio que responde a solicitudes de médicos, de enfermeras y de pacientes o familiares de pacientes. Se solicita consultoría ante casos clínicos en los cuales existen problemas frente a decisiones complejas en las que se comprometen valores que pueden estar en conflicto. Se

* *Bioética & debat*, 2008;14(54):1-5

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

RAZONES PARA IMPLEMENTAR CONSULTORÍAS ÉTICO-CLÍNICAS INDIVIDUALES

Los problemas ético-clínicos son cotidianos y la experiencia muestra que los médicos los resuelven de manera intuitiva, por criterios propios, consultando entre ellos o en visitas clínicas, sin realizar un análisis ético-clínico sistemático. Los casos que se presentan a los comités de ética asistencial son generalmente los más extremos o conflictivos y su número es escaso y variable en el tiempo. Así se ha visto que en EE.UU. el promedio de casos presentados a los comités es de sólo tres al año.² En Chile no se ha cuantificado, pero sabemos que el número de casos que analizan los comités de ética oscila entre tres y veinte casos anuales aproxi-

madamente, variando además en cada comité a lo largo de los años. Hay diversas razones que explican el bajo número de casos que se presentan a los comités: demora entre la solicitud de los clínicos y la posibilidad de reunión del comité, tiempo excesivo que implica preparar el caso y presentarlo al comité, temor de los médicos clínicos que a veces se sienten enjuiciados, desconocimiento de las ventajas de recibir recomendaciones que surgen del análisis ético, y diferentes visiones o experiencias previas de médicos con algún comité. Esto explica que se formulen frecuentes preguntas informales o *consultas de pasillo* a algunos miembros de comités, consultas cuyas respuestas no quedan registradas en las actas o en las historias clínicas.

Como respuesta a esta situación, en muchos centros norteamericanos se han establecido sistemas formales de consultoría ética individual. Su objetivo es identificar y analizar los problemas éticos presentes en casos particulares, facilitar la resolución de conflictos, disminuir la angustia o *estrés moral* de los profesionales o de la familia y educar a través de las recomendaciones que se proponen.³ De esta manera se cumple además con exigencias de agencias acreditadoras de calidad como la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* en EE.UU. las *Normas de Acreditación de Hospitales* en España y otras. Aunque existe consenso sobre la utilidad de los sistemas de consultoría ética, es difícil la realización de estudios científicos objetivos que los evalúen, dada su diversidad y la variabilidad de los temas y de los casos que se abordan. La experiencia ha sido analizada en un estudio cualitativo que demuestra que los internistas e



intensivistas reconocen la necesidad de contar con sistemas de consultoría ética, pero ven que todavía está disponible en pocos lugares.⁴ El mismo estudio revela que existe gran variedad en cuanto a las profesiones de los consultores, y que en general los médicos reconocen como el principal beneficio de la consultoría el hecho de recibir apoyo en sus decisiones. Otra investigación evalúa la consultoría ético-clínica en una unidad de cuidado intensivo demostrando beneficios en disminuir días de ingreso, días en ventilación mecánica, reducción de costes y de tratamientos no deseados por los pacientes.⁵ Este mismo estudio muestra que las consultorías son en general bien recibidas por todas las partes involucradas, aunque esta valoración puede variar según las cualidades personales de cada consultor.

VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LAS CONSULTORÍAS ÉTICO CLÍNICAS INDIVIDUALES

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

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

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



los comités de ética asistencial, realizando menos consultoría de casos, pero más revisiones retrospectivas y propuestas educativas y normativas.

FORMA DE TRABAJO DE LA CONSULTORÍA ÉTICO-CLÍNICA

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

Los consultores individuales, al igual que las consultas realizadas por mini-comités, se realizan mediante el análisis de los hechos clínicos, bioéticos y contextuales del caso, después de lo cual se formulan recomendaciones que se registran en la ficha clínica del enfermo. El método de análisis se basa en elementos de comprensión, discernimiento, deliberación, intuición moral y juicio práctico. (6,7) Según su complejidad la consultoría ético-clínica requiere de un número variable de sesiones y las recomendaciones pueden variar según la evolución de cada caso. Se incorpora de esta manera el factor tiempo que es frecuentemente necesario para la adecuada comprensión de los hechos clínicos, el pronóstico y el impacto de la enfermedad en cada caso particular. La labor y forma concreta de trabajo del consultor lleva inevitablemente a que se involucre personalmente en los casos, especialmente en los más complejos, con ello adquiere mayor experiencia y también el llamado *estrés*

moral del consultor.(8) En la práctica es un método muy dependiente de la capacidad, formación y experiencia del consultor, quien finalmente combina un rol asesor en las decisiones con una función de apoyo directo a profesionales, pacientes y familiares.

Para la mayor eficiencia del sistema de consultoría ético-clínica es importante que se definan y se den a conocer los procedimientos para solicitar consultas ético-clínicas, que se lleve un registro ordenado del trabajo realizado y que se establezca una forma de seguimiento y de evaluación posterior. Las consultas pueden ser solicitadas por médicos, otros profesionales y por pacientes o familiares. Una vez analizado el caso se formulan recomendaciones que se registran en la historia clínica del enfermo y se informan a pacientes y familiares. Los consultores también participan con alguna periodicidad en reuniones y visitas clínicas del servicio al cual asesoran. Finalmente, es fundamental la coordinación y la cuenta que el consultor debe dar periódicamente al Comité de Ética Asistencial, presentando los casos y analizando selectivamente algunos de ellos en el pleno del comité. Así será posible confrontar sus recomendaciones con el análisis multidisciplinario que realiza el comité. La cuenta al comité de ética permite también identificar, a partir de los problemas morales de los casos, aquellos temas que se relacionan con las rutinas o políticas institucionales que pueden requerir modificaciones para prevenir problemas futuros. De esta manera la consultoría ético-clínica da paso a desarrollar más la función educativa y normativa de los comités de ética.



¿QUIÉN PUEDE SER CONSULTOR ÉTICO-CLÍNICO?

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

A MODO DE CONCLUSIÓN

Dada la complejidad de muchas decisiones clínicas, los hospitales necesitan contar con servicios de consultoría ético-clínica. Tanto es así que hoy se considera este tipo de servicios como un derecho de los pacientes y un signo de calidad de las instituciones. La experiencia muestra que

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unesco. *Guía Nº 1, Creación de Comités de Bioética [Internet]*. Paris: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2005 [acceso 19 de agosto de 2008]. Disponible en: [Abril de 2012
19](http://www.bioetica-</div><div data-bbox=)



- debat.org/modules/mydownloads/singlefile.php?cid=4&lid=37.
2. Fox E., Myers S., Pearlman R. A. "Ethics Consultation in United States Hospitals: A National Survey". *Am J Bioeth*, 2007; 7(2):13-25.
 3. Ethics Committees and Ethics Consultation. Washington: University of Washington School of Medicine; 1998 [actualizada el 11 de abril de 2008; acceso 23 de agosto de 2008]. Disponible en: <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/ethics.html#ques6>.
 4. Hurst S. A., Hull S. C., DuVal G., Darnis M. How Physicians Face Ethical Difficulties: A Qualitative Analysis. *J Med Ethics*, 2005; 31(1):7-1.
 5. Schneiderman L. J., Gilmer T, Teetzel H. D. "Impact of Ethics Consultations in the Intensive Care Setting: A Randomized Controlled Trial". *Crit Care Med*, 2000; 28(12):3920-3924.
 6. Dudzinski D. M. "The Practice of a Clinical Ethics Consultant". *Public Aff Q*, 2003; 17(2):121-139.
 7. Agich G. J. "The Question of Method in Ethics Consultation". *Am J Bioeth*, 2001;1(4):31-41.
 8. Ford P. J., Dudzinski D. M. *Complex Ethics Consultations. Cases That Haunt Us*. New York: Cambridge University Press; 2008.
 9. Aulisio M. P., Arnold R. M., Youngner S. J. Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies. *Ann Intern Med*, 2000; 133(1):59-69.



ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN MODELOS ANIMALES DE ENFERMEDADES HUMANAS*

EDUARDO RODRÍGUEZ YUNTA

RESUMEN

El presente artículo reflexiona sobre las implicaciones éticas de usar modelos animales para el desarrollo de la medicina en seres humanos. Entre las posturas extremas de condenar toda investigación con animales considerándola irrelevante y la de exagerar y promocionar el importante papel de la investigación con animales como modelo para enfermedades humanas, se adopta la postura intermedia de considerar el uso de animales en investigación como necesario en el estado actual de la ciencia para ajustarse al imperativo moral de curar y prevenir enfermedades humanas, pero buscando formas de reemplazar y reducir el número de animales y de disminuir su sufrimiento.

Palabras clave: bioética, modelo animal, dolor y sustrato moral en los animales

ABSTRACT

This paper argues about the ethical implications of using animals as models for human medicine development. considering it irrelevant, and that of exaggerating and promoting research with animals as models for human diseases. imperative of curing and preventing human diseases, but methods for replacing and reducing the number of animals as well as diminishing their suffering must be sought.

Key words: bioethics, animal model, pain and moral status in animals

INTRODUCCIÓN

La medicina científica nace con la observación y la experimentación en animales. Desde las experiencias de William Harvey, que comparó el latido cardiaco en distintas especies, los datos obtenidos mediante experimentos en animales han sido tema permanente de interés científico. Los modelos animales de enfermedades humanas han sido utilizados desde hace muchos años en distintas áreas de la investigación, constituyendo uno de los pasos fundamentales en la biomedici-

na. Se requieren tanto para proyectos de investigación como en pruebas diagnósticas y terapéuticas y en los controles de productos farmacológicos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) expresaba en su XI Reunión Interamericana de 1980: “los países que han logrado un gran avance en el control de las enfermedades humanas y animales son aquellos que han establecido entidades que se dedican al mejor desarrollo de la Ciencia de los Animales de Laboratorio”. Este avance, sin embargo, debe ir asociado al cumplimiento de normas éticas. En esa línea, la Ciencia de los Animales de Laboratorio fue creada para ayudar a la

* *Acta Bioethica*, 2007; 13 (1).

comunidad científica a mejorar todos los aspectos concernientes a la experimentación animal.

Los experimentos con animales tienen su fundamento en el hecho de considerar a otras especies animales como modelos en miniatura de los problemas humanos. Se realizan experimentos con animales básicamente en tres campos: la docencia, la industria y la investigación.

En docencia, las prácticas con animales tienen como objetivo aprender ciertos procesos fisiológicos, características anatómicas o adquirir habilidades clínicas y quirúrgicas como forma de entrenamiento.

En la industria, la biotecnología animal ha experimentado un gran desarrollo en las últimas décadas con el uso de tecnologías reproductivas, la creación de organismos genéticamente modificados, la producción masiva de moléculas de interés y la prueba de productos de consumo para probar que no son dañinos.

En investigación, se han desarrollado modelos de animales para evaluar enfermedades genéticas humanas y producir drogas o vacunas, y como fuente donante de células y órganos, así como proteínas sanguíneas o anticuerpos.

En el presente artículo, junto con mostrar algunos apuntes sobre el estado de la ciencia, se presenta una reflexión sobre la controversia ética de la relativa aplicabilidad de los modelos animales para resolver problemas terapéuticos y de diagnóstico de enfermedades humanas, y la imposición del ser humano como especie para tratar a los animales como medios, no como fines.

NECESIDAD DE USAR MODELOS ANIMALES

En gran medida, gracias a la investigación en animales los científicos han descubierto maneras de sanar enfermedades y prolongar la vida humana. Por ejemplo, la creación de vacunas (poliomielitis), el desarrollo de los trasplantes de órganos, las transfusiones de sangre, la diálisis para los pacientes de riñón, técnicas quirúrgicas y de traumatología y el valor terapéutico de las medicinas modernas, que se prueban primero en animales. Esta investigación ha servido también para conocer el funcionamiento de los sistemas orgánicos, debido a que existen semejanzas significativas entre los sistemas fisiológicos de los seres humanos y los de varias especies animales. Mucho de lo que sabemos sobre el sistema inmune se ha obtenido de los estudios con los ratones. La investigación con perros ha proporcionado abundante información sobre el sistema cardiovascular. Nuestras mejores esperanzas para el desarrollo de prevenciones, tratamientos y curas para enfermedades como el Alzheimer, el Sida y el cáncer incluyen también investigación biomédica utilizando animales.

La transferencia de una enfermedad de un animal a otro se tiene como la forma más confiable de demostrar que una enfermedad es causada por un agente infeccioso. Este principio fue demostrado por primera vez en el siglo XIX al inyectar en ratones sangre de vacas infectadas con ántrax. Se demostró que los ratones subsiguientemente desarrollaron la enfermedad(1). Un ejemplo más reciente lo constituyó el aislamiento del virus de la hepatitis C humano usando chimpancés, a los que se les transfirió la enfermedad



por transfusión de sangre. Se logró aislar una proteína viral en la sangre del chimpancé que, reaccionando con anticuerpos de pacientes humanos, sirvió como prueba de diagnóstico(2).

Para los defensores de animales es esencial saber cuál es la necesidad de usar modelos animales cuando existen métodos alternativos, tales como los modelos matemáticos de simulaciones de computación y los cultivos celulares. Sin embargo, estos procedimientos pueden servir para reducir el número de animales en experimentación, pero no pueden predecir con fiabilidad el efecto de un producto químico en los sistemas de órganos combinados del cuerpo con toda la complejidad requerida; se utilizan para examinar y determinar el potencial tóxico de una sustancia en fases iniciales de investigación, reduciendo así el número total de animales requeridos, pero el examen final debe realizarse en un sistema completo y vivo. La más sofisticada tecnología no puede imitar las complicadas interacciones entre células, tejidos y órganos que se dan en humanos y animales. Los científicos deben entender estas interacciones antes de introducir un nuevo tratamiento o sustancia en el organismo humano.

La mayoría de las enfermedades son complejas e involucran interacciones dinámicas entre sistemas moleculares y celulares que influyen el desarrollo del proceso de la enfermedad. Además, los estudios de la patogénesis de las enfermedades en animales son una parte del proceso del conocimiento; generalmente, deben ser complementados con estudios clínicos, epidemiológicos e histológicos en humanos.

Los resultados de la investigación con modelos animales proporcionan infor-

mación necesaria para diseñar pruebas humanas que también deben completarse para la aprobación legal de nuevos dispositivos, fármacos y procedimientos con carácter terapéutico y de diagnóstico. Es necesario conocer cómo un nuevo fármaco o procedimiento afectará a un sistema biológico completo antes de usarlo en humanos. Esto es crítico, tanto por razones científicas como éticas, para no sobrecargar en exceso al ser humano. Un ejemplo es que muchos de los experimentos que se realizan pueden responderse más rápidamente en animales, ya que se usan modelos con un ciclo reproductivo corto.

En efecto, en los códigos de ética para la investigación biomédica los ensayos con animales es una obligación. Según el Código de Nuremberg, cualquier experimento hecho en seres humanos “debe ser diseñado y basado en los resultados de investigación animal”. La Declaración de Helsinki, adoptada en 1964 por la XIII Asamblea Médica Mundial y revisada en cinco ocasiones, cita también que la investigación médica en sujetos humanos “debe estar basada en pruebas de laboratorio adecuadamente realizadas y en experimentación con animales”.

El desarrollo de una nueva medicina es un proceso largo y complejo. Las pruebas en animales son parte de la información disponible antes de determinar la seguridad y eficacia en humanos. Una vez que un fármaco candidato ha sido seleccionado se realizan estudios de toxicidad para completar la fase preclínica del proceso de desarrollo de un nuevo medicamento(3)¹ y para cumplir con los requisitos de las regulacio-

1 La fase preclínica incluye el descubrimiento, caracterización, selección y estudios de toxicidad de



nes que obligan a demostrar que una medicina potencial posee un nivel aceptable de seguridad y eficacia. Asimismo, se evalúa la toxicología reproductiva en animales cuando se tiene la intención de administrarla en mujeres en edad reproductiva. La práctica general en las pruebas de toxicidad es inducir extratoxicidad en el animal, con el fin de asegurar que la carencia de efectos no sea debida a defectos en la metodología. Debido a esta estrategia el daño a los animales es parte integral de la prueba y se considera inevitable. Generalmente, en las pruebas de toxicidad se les practica eutanasia al final del experimento. Son estos aspectos de la investigación con animales los que causan mayor preocupación ética.

También se usan modelos animales para estudios de biodisponibilidad o sobre el grado o frecuencia con que una medicina o fármaco es absorbido o se hace disponible en el tejido u órgano del cuerpo después de ser administrado(4). Los resultados de pruebas en animales se usan en combinación con datos sobre la eficacia de una medicina potencial para decidir si los efectos beneficiosos del tratamiento superan los riesgos de efectos secundarios adversos y para establecer una dosis segura de uso en ensayos clínicos con seres humanos. Pueden indicar también efectos secundarios potenciales que deben monitorearse cuidadosamente.

USO DE TRANSGÉNICOS COMO MODELOS ANIMALES DE ENFERMEDADES HUMANAS

En los últimos años, y debido sobre todo al enorme avance en los conocimientos sobre las bases moleculares de las enfer-

medades, ha surgido la necesidad de disponer de modelos genéticamente definidos, es decir, en los cuales las mutaciones genéticas que predisponen o participan en el desarrollo de la enfermedad puedan ser controladas(5,6). Esta necesidad, unida al gran avance en tecnología para la manipulación genética en mamíferos, ha conducido al desarrollo de modelos animales modificados genéticamente, en su mayoría de origen murino, que recapitulan muchos de los procesos que tienen lugar en la patología de las enfermedades humanas, permitiendo estudiar y reproducir los síntomas en formas controladas como nunca había sido posible antes(7). Ellos proporcionan una visión más adecuada del proceso de la enfermedad y permiten obtener mejores modelos experimentales para desarrollar y ensayar nuevas terapias.

Los modelos animales transgénicos se usan en la investigación de los mecanismos de patogénesis de enfermedades como dispositivos de ensayo de posibles compuestos terapéuticos para su tratamiento y como dispositivos de validación in vivo de tratamientos potenciales. La transferencia de genes recombinantes a estos organismos (transgénesis), dirigidos para que se expresen en ciertos tejidos por medio de promotores específicos, permite generar proteínas recombinantes valiosas para la medicina.

Los organismos transgénicos o genéticamente modificados son aquellos cuyo genoma tiene un gen añadido o alterado en sus células, incluyendo las células germinales. La transferencia de genes se define como la introducción de un fragmento de ADN dentro del genoma huésped con

fármacos candidatos, lo que toma una media de cinco años en realizarse.



el propósito de que el ADN extraño contribuya a la síntesis de la proteína en el organismo huésped. Estos animales se fabrican usando una construcción transgénica con la secuencia del gen que se piensa introducir. Con técnicas de ADN recombinante y de micromanipulación o transfección, se introducen en la célula blanco para que se inserte este nuevo gen al azar en el genoma celular. Técnicas de modificación genética, entre otras, son las siguientes: 1) de ADN recombinante que utilizan sistemas de vectores apropiados; 2) técnicas que suponen la incorporación directa en un organismo de material genético preparado fuera del organismo incluidas la microinyección, la macroinyección y la microencapsulación, y 3) de hibridación o fusión celular, incluyendo la fusión de protoplastos.

Para producir animales transgénicos usando microinyección se utilizan, generalmente, virus que se inyectan en huevos no fertilizados con genes recombinantes, integrándolos aleatoriamente a los cromosomas del huésped en regiones no predecibles. La expresión de los genes transferidos (transgenes) depende de la función de los sitios de integración. Normalmente, la transferencia del genoma lleva consigo construcciones de genes combinadas artificialmente con fragmentos de ADN consistentes en secuencias reguladoras de codificación de proteínas. La microinyección y transferencia nuclear del ADN, aplicadas para producir animales transgénicos, implican la inyección de varios miles de copias del ADN en el pronúcleo de un cigoto; los cigotos son transferidos a hembras receptoras y los animales nacidos son examinados para comprobar si los genes inyectados se han incorporado a la cadena

de ADN. Aunque esta técnica es fiable, es también ineficaz, ya sólo entre el 1 y el 4% de los cigotos microinyectados son transgénicos.

Recientemente, se ha probado en algunos laboratorios un método para transferir genes dirigidos hacia un cierto blanco. Consiste en introducirlos a las células del tronco embrionario y después inyectarlas a un blastocisto para obtener animales quiméricos (en los que sólo algunas células portan el gen transferido). Después se cruzan los animales quiméricos y se obtienen ratones transformados con el gen transferido en todas las células.

La generación de transgénicos posibilita la producción de biofarmacias vivas o la construcción de modelos para enfermedades humanas.

USO DE LOS MODELOS DE RATONES TRANSGÉNICOS

Desde hace veinticinco años se ha logrado obtener los primeros ratones transgénicos mediante transferencia génica por inyección directa de ADN exógeno en un cigoto obtenido por fecundación *in vitro* (8,9). A través de uno de los primeros experimentos se obtuvieron ratones transgénicos gigantes, al inyectar en el pronúcleo de un cigoto el gen de la rata que codifica para la hormona del crecimiento. Incluso se obtuvieron también ratones transgénicos gigantes cuando el transgén introducido era el gen humano que codifica para la hormona de crecimiento (10).

El ratón es el modelo animal más usado en la actualidad para el análisis de enfermedades humanas de origen genético, ya que permite un control adecuado de la



base genética del organismo y de las posibles alteraciones genéticas que acompañan el desarrollo de la enfermedad. Por tanto, la importancia de estos modelos es enorme para el estudio *in vivo* de la función de ciertos genes en el desarrollo de la enfermedad, para la identificación nuevas moléculas diana y para el ensayo preclínico de nuevas terapias dirigidas a estas moléculas. Su estudio es clave para decidir si una determinada estrategia terapéutica es efectiva o supone riesgos secundarios en la salud de los pacientes.

La obtención de modelos genéticamente controlados permite ensayar la efectividad de diseños experimentales específicos contra moléculas dianas en animales vivos, mejorando la efectividad y disminuyendo la toxicidad respecto de las terapias hasta ahora existentes. Asimismo, se puede estudiar la expresión de genes críticos para cambios celulares que ocasionan el desarrollo y progreso de determinadas enfermedades.

Las ventajas del ratón sobre otros animales experimentales incluyen la posibilidad de manipular información genética nueva dentro de la célula y transmitirla a la línea germinal. Por otro lado, el ratón tiene un ciclo reproductivo muy corto con tamaño de camadas grandes; es un animal pequeño, manejable, resistente, bien caracterizado en cuanto a su biología y muy usado en el laboratorio. Es una especie que cuenta con muchas cepas consanguíneas diferentes. Para el ratón existe un número abundante de anticuerpos y sondas de cADN, y se han construido bibliotecas genómicas y de cADN para cada cepa de ratón. Es relativamente barato en comparación con

otros animales experimentales y su mantenimiento, aun en condiciones de alta seguridad, es relativamente sencillo.

El ratón se puede manipular en línea germinal y es posible inactivar genes de modo dirigido para lograr modelos de enfermedades humanas, sobre todo las que afectan al sistema inmune y al desarrollo embrionario, también para el estudio del cáncer y enfermedades tan frecuentes como la diabetes. Actualmente existen unas 1.000 razas de ratones *knock-out* (noqueados). Un ratón *knock-out* es un animal mutante que carece de la expresión específica de un gen, eliminado por mutación dirigida. Se pueden conseguir ratones *knock-out* insertando aleatoriamente un pequeño trozo de ADN en células madre embrionarias. El ADN inactiva la función del gen donde se inserta y, junto con algunas secuencias adyacentes transcribibles del ratón, suministra un sitio-etiqueta único. Luego se recupera esa etiqueta, de modo que se puede averiguar la identidad del gen inactivado. Por otra parte, en la técnica de células madre embrionarias totipotenciales, necesaria para crear ratones *knock-out*, las únicas células disponibles –hasta muy recientemente– han sido las de ratón. Si se sustituye un gen normal por otro alterado, con mutaciones específicas, el ratón resultante recibe el nombre de “*knock-in*”.

La manipulación de células madre embrionarias ha llevado a la generación de modelos de ratón mutantes que se asemejan en mucho a trastornos humanos. Ratones *knock-out* que carecen de proteínas pueden servir como modelos de enfermedades humanas. Uno de los primeros genes blanco para generar un animal *knock-*



out fue el que codifica para el canal del cloro responsable de la fibrosis quística. Estos ratones han sido muy útiles en el estudio de esta enfermedad. Publicaciones recientes indican que los antecedentes genéticos del ratón que lleva el gen mutado influyen en el fenotipo expresado(11).

Los ratones transgénicos sirvieron, en primer lugar, para el estudio de los mecanismos de regulación de la expresión genética. Esto permitió analizar cómo y por qué un gen específico es activado en algunos tejidos y desactivado en otros. Muchos genes homólogos en los mamíferos son activos en uno o varios tejidos del cuerpo y en ciertas etapas del desarrollo.

Otro de los usos de estos ratones son los estudios toxicológicos: los ratones son modificados genéticamente para incrementar su sensibilidad a alguna enfermedad. Se han producido, por ejemplo, ratones propensos a desarrollar tumores, como el transgénico que expresa el oncogen *pim* y los deficientes en *p53*(12). La detección de eventos tóxicos se mejora introduciendo genes que se activan en presencia de un agente tóxico. Por otro lado, en un ratón pueden introducirse genes humanos que codifican para enzimas o receptores, para “humanizar” una línea de células o tejidos y, por lo tanto, aumentar la predicción de los efectos tóxicos en los humanos. Para estudios de mecanismos de acción, se introducen genes para promover manifestaciones de toxicidad, como los ratones transgénicos que desarrollan neoplasia, denominados “oncoratones”, que han llegado a patentarse(13). En ocasiones, la observación de los cambios en el fenotipo, en ratones modificados genéticamente, pue-

de llevar al descubrimiento inesperado de genes o mecanismos responsables de una enfermedad, con manifestaciones similares en el ser humano. Este fue el caso del gen de la queratina, involucrado en una enfermedad de la piel denominada “epidermolisis bulosa simplex”(14).

Han sido además una herramienta importante para estudiar enfermedades inducidas por el medio ambiente, como el desarrollo del cáncer. La mayor parte de las alteraciones producidas por el medio recaen en mutaciones específicas de tejidos y, finalmente, en la aparición de cáncer. Se sabe que determinados factores ambientales, como ciertos agentes químicos, pueden causar cáncer. Sin embargo, por estudios en modelos experimentales así como por análisis de resultados derivados de seres humanos, se observa un fuerte componente genético de la enfermedad. El componente genético involucra algunos genes que influyen en la susceptibilidad y la progresión del tumor. El proceso es complejo, ya que implica a un número grande de eventos y en ellos hay varios genes involucrados. Esto ha impedido que se conozcan en detalle los mecanismos involucrados en la formación de un tumor.

Como una alternativa, la metodología de los animales transgénicos ha ofrecido la posibilidad de alterar la expresión y la regulación de genes específicos contra un fondo genético constante, abriendo la posibilidad de responder a preguntas sobre el cáncer en el ámbito molecular. Se sabe que una simple mutación genética, por sí sola, no es suficiente para provocar el desarrollo de un tumor, y que se requieren eventos secundarios, tales como la activa-



ción o inducción de genes cooperadores, que también juegan un papel esencial en el desarrollo del cáncer. Estas preguntas sólo pueden ser contestadas en el contexto de los animales transgénicos.

Se conocen dos clases de genes que influyen en la formación de un tumor: los supresores de un tumor, que actúan en forma negativa para controlar el crecimiento celular, y los oncogenes, que funcionan promoviendo la división celular. Uno de los genes que mejor ha sido estudiado por técnicas transgénicas es el supresor de tumores de tumores p53, cuyo producto parece estar involucrado en el mantenimiento de la estabilidad genómica. Aparentemente, p53 actúa como un guardián del genoma e impide que las células se dividan hasta que haya sido reparado cualquier daño del DNA que esté presente en el genoma(15). En una gran variedad de cánceres humanos las alteraciones genéticas más comúnmente detectadas son mutaciones que inactivan al gen p53 (80% de todos los tumores). Los ratones que portan un transgen mutante, defectuoso de p53, son mucho más susceptibles a la formación de tumores que los animales normales(16).

Por otro lado, también se han hecho estudios con el uso de ratones portadores de algunos oncogenes con secuencias reguladoras que les permiten expresarse en tejidos específicos. Estos ratones han mostrado ser un modelo valioso para estudiar tanto los aspectos genéticos y epigenéticos del desarrollo de neoplasias como tumores malignos. Se pueden investigar las diferentes fases, desde la transformación hiperproliferativa a la

invasiva y metastático, estudiando mutaciones en genes específicos

Los ratones transgénicos son también útiles como biosensores, tanto para el estudio de compuestos químicos y drogas que tengan potencial promotor de tumores (carcinógenos) como para moléculas supresoras de tumores. Se han generado ratones que carecen de uno o ambos alelos de genes supresores de tumores (para evaluar la función normal de estos genes *in vivo*), altamente susceptibles al desarrollo de tumores. La iniciación del desarrollo de un tumor gonadal en ratones que carecen de las copias del gen alfa-inhibina demuestra que este ensayo también es útil para identificar nuevos genes supresores de tumor(17).

Han probado ser útiles como modelos animales para realizar estudios de prevención de cáncer y terapia en varios estados de progresión de la enfermedad(18,19). Simulan en muchas formas el inicio y progresión del cáncer en los seres humanos, permitiendo que se realicen observaciones sobre los efectos de agentes quimio-preventivos y terapéuticos en varios estados de desarrollo de la enfermedad.

Los ratones transgénicos y knock-outs han servido también para el estudio del sistema inmune y las enfermedades que lo afectan. Entre los resultados obtenidos está el avance en el entendimiento de la tolerancia y la autoinmunidad. Se han desarrollado ratones que sirven como modelo de investigación del lupus eritematoso sistémico y de un gran número de enfermedades autoinmunes: articulaciones periféricas y vertebrales, tracto genital masculino, piel, uñas y corazón. En la ac-



tualidad se están desarrollando modelos transgénicos para estudiar la autoinmunidad inducida por productos químicos y biológicos exógenos. Asimismo, se ha estudiado el efecto que tiene la sobreexpresión o eliminación de los mediadores del sistema inmune, como son las interleucinas y los factores de crecimiento. Esto es particularmente importante para evaluar el efecto que tienen las citocinas en el ser humano y su uso como inmunomoduladores. Los modelos animales proporcionan información sobre la toxicología de estas sustancias, ayudándonos a entender su mecanismo de acción y a regular sus efectos inmunotóxicos. Por otro lado, nos permiten evaluar la diferencia entre la administración exógena de estos inmunomoduladores y su producción endógena en animales transgénicos.

También es posible evaluar las diferencias en el plano molecular entre péptidos y proteínas naturales y los producidos biotecnológicamente. En esta área los ratones transgénicos entregan valiosa información acerca de la toxicología e inmunología de la sustancia en cuestión. Otro aspecto importante dentro de la inmunología es la hipersensibilidad tardía o alergias.

Han sido útiles, además, para entender el funcionamiento del sistema nervioso y sus enfermedades. Un ejemplo lo constituyen las investigaciones sobre el gen PrP, que han delineado el campo de la biología del prión, causante de la enfermedad de las vacas locas: un organismo que carece del gen PrP es resistente a la infección por priones(20). También se ha estudiado el papel del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) en los procesos inflamatorios,

incluyendo aquellos que tienen lugar en el sistema nervioso central y en enfermedades autoinmunes.

Asimismo, se han estudiado varios modelos de ratones diseñados genéticamente como herramienta para comprender la función de algunas enzimas antioxidantes en los mecanismos de defensa celular contra diferentes tipos de daño por agentes oxidantes.

USO DE ANIMALES COMO MODELOS PARA PROBAR VACUNAS

Generalmente, antes de usarse en humanos, una vacuna se administra a animales y se mide su respuesta inmune extrayendo sangre y tejido(21). Por ejemplo, se prueba la potencia de la vacuna contra el tétano en ratones o cobayas administrando primero una dosis que, se cree, proporcionará protección y después se les inyecta una dosis de la toxina del tétano considerada letal o suficiente para producir parálisis. Si la vacuna tiene la potencia requerida, la toxina no causará efectos adversos en los animales(22); si no los protege, éstos sufren dolor y síntomas relacionados con la enfermedad. En el pasado se requerían muchas más pruebas para evaluación de vacunas en animales que las que se hacen hoy día, en las cuales los animales a menudo sufrían síntomas de la enfermedad e incluso la muerte. A menudo, los animales se eutanizan cuando se ve que desarrollan la enfermedad, por lo que son sacrificados en nombre del progreso científico.

CUESTIONES ÉTICAS

Una de las características que diferencian al ser humano de otras especies es



que es un sujeto ético; es decir, está genéticamente capacitado para prever las consecuencias de sus actos, para hacer juicios de valor y distinguir el bien del mal, eligiendo libremente hacer lo uno o lo otro. Entre las preocupaciones éticas que ha desarrollado el ser humano están el amor a la naturaleza, la defensa medioambiental, la preocupación por la biodiversidad y la bioseguridad. La ciencia nos enseña el valor de la preservación de las especies biológicas y de la integridad de los ecosistemas. Por otra parte, desde el punto de vista bioético, los animales no son, por sí mismos, sujetos de derechos ni de responsabilidades, pero las personas sí tenemos responsabilidades hacia ellos: los animales no son sujetos morales pero sí objetos morales.

Sin embargo, desde otra perspectiva, los animales poseen ciertas características que los acercan a ser considerados también como sujetos morales. Existe una línea continua en la adquisición de características que hace difícil una división estricta y exacta. Se aducen los siguientes rasgos con potencial de sustrato moral: son seres sensibles, con capacidades cognitivas, capacidad para mejorar, sociabilidad y posesión de una vida(23). No obstante, filósofos como Malebranche y Descartes establecieron una concepción dualista de la mente y el cuerpo que sólo se aplica a los seres humanos, argumentando que los animales carecen de capacidades cognitivas relevantes.

Aun admitiendo que los animales no tuvieran capacidad moral, tampoco queda justificado el ejercer crueldad sobre ellos. Por carecer de autonomía, los animales no pueden negarse a ser objeto de expe-

rimentos y, por tanto, la responsabilidad de no ocasionar daños innecesarios recae en el ser humano: no se justifica infligir dolor y sufrimiento ilimitado a animales de investigación, tengan más o menos capacidades moralmente relevantes.

Hay posturas contrapuestas. Peter Singer (24) piensa que se debería otorgar a los animales igual consideración que a los seres humanos en cuestiones de sufrimiento. Peter Carruthers(25), en cambio, se manifiesta en contra.

Respecto de la investigación con animales existen varias posiciones, ya sea para justificarlas o para rechazarlas(23, pp. 239-255). Bajo una posición, se la justifica por el beneficio que supone para el ser humano, ya que éste tiene preferencias por razones evolutivas, filosóficas o religiosas. Bajo otro punto de vista se considera que toda investigación con animales supone un dilema moral: mientras el uso de animales es necesario para ajustarse al imperativo de curar y prevenir enfermedades, también implica que a éstos se les trata en formas que son moralmente equivocadas, por lo que buscar formas de reemplazar y reducir el número de animales y disminuir su sufrimiento se constituye en una prioridad(26).

Otro punto de vista es el abolicionista, que considera que cualquier investigación que cause dolor, sufrimiento y angustia es equivocada y no hay justificación moral en realizar investigación dañina sobre animales con capacidades cognitivas si no es para su propio beneficio.

Hay que considerar que la investigación animal ayuda también a otros animales. Por ejemplo, las vacunas para el parvovi-



rus en perros y leucemia felina en gatos fueron posibles gracias a la prueba animal. La investigación con animales también ha proporcionado métodos para rescatar especies en peligro de extinción.

MODELOS ANIMALES Y SUFRIMIENTO

¿En qué medida se justifica el sufrimiento de animales para beneficio del ser humano? Para defender el uso de animales experimentales los científicos se basan en los espléndidos logros de la medicina preventiva, la erradicación de muchas enfermedades infecciosas y el control o disminución de la peligrosidad de otras. Bajo esta premisa, se asume que el valor de la vida de los animales de laboratorio no es absoluto y que es aceptable sacrificarlos por el avance del conocimiento. Existen posturas en contra de todo tipo de experimentación en animales pero no parece lógico que toda la caga de experimentación es sistemas vivos se la lleve el ser humano. Es por evitar daños irreversibles en seres humanos que se experimenta primero en animales.

Un dilema ético lo constituye la propia investigación sobre el dolor, pues requiere conductas “antiéticas” sin las cuales no se avanzaría en su manejo para los seres humanos. No se hubieran logrado avances en el conocimiento de los mecanismos, evaluación, métodos y modalidades del control del dolor, como tampoco en la anatomía, morfología, fisiología, bioquímica de los nociceptores y proyecciones sinápticas, entre otros(27). Este tipo de investigación implica trabajar con animales de experimentación sin analgesia. El dolor, aunque indeseable, representa una estrategia adaptativa que protege de las

agresiones del medio externo; sin la presencia de las respuestas reflejas ante un estímulo doloroso se estaría en desventaja para la supervivencia, por lo que está presente en todo el reino animal.

Debido a que el dolor es un estado de conciencia y, como tal, nunca puede ser observado, se hace difícil definirlo en animales. Una definición general de dolor reza: “Una experiencia sensorial aversiva causada por un daño que provoca una reacción motora y vegetativa para evitarlo”(27).

Aunque no se ha podido esclarecer si la percepción consciente del dolor está presente en otros organismos, en ellos también se manifiestan casi todas las señales externas que ayudan a deducirlo para el ser humano, tales como cambios de conducta, contorsiones, quejas, intentos por evitar la fuente de daño e, incluso, trastornos fisiológicos como elevación inicial de la presión en la sangre, pupilas dilatadas, transpiración, pulso agitado y, si el estímulo continúa, caída de la presión sanguínea (27).

Conforme un organismo es más evolucionado, son más complejos sus mecanismos para salvaguardar la integridad, así como el desarrollo de la experiencia dolorosa y la expresión del comportamiento relacionado con ella, lo que implica necesariamente el desarrollo del sistema nervioso. Todo parece indicar que los vertebrados no divergieron hasta que el Sistema Nervioso Central (SNC) ya se había formado y que en las distintas especies éste responde de manera semejante ante las mismas circunstancias en las que se sentiría dolor. Los impul-



sos que generan el dolor están localizados en el diencefalo, que está muy desarrollado en mamíferos y aves(28). No hay, por tanto, razones científicas para negar que los animales sientan el dolor, aunque es posible que no interpreten la sensación de la misma manera que el ser humano, ya que éste reflexiona y es sujeto de emociones.

Se cuestiona la extrapolación de los datos obtenidos en animales, ya que no reflejan la fisiopatología del dolor de la misma manera(27). En efecto, no es suficiente la validación de la extrapolación de datos a pacientes con dolor, especialmente en síndromes de dolor crónico; se necesitan, igualmente, estudios con seres humanos. El investigador que trabaja con animales debe asegurarse de que sean expuestos sólo a los estímulos o prácticas necesarias para contestar la pregunta de investigación y tomar en cuenta los principios bioéticos estipulados en las diferentes guías del dolor para el empleo de animales en la investigación(27,29,30).

ASPECTOS ÉTICOS DE LA MANIPULACIÓN GENÉTICA

Existe preocupación por las posibles consecuencias de introducir, eliminar o modificar genes para obtener organismos genéticamente modificados. Se argumenta que la modificación genética en animales interfiere en su historia natural y que el ser humano no tiene derecho a tal injerencia. Sin embargo, la mayor parte de los científicos considera que no existe diferencia esencial, en principio, entre las formas tradicionales de selección genética practicada por siglos y las modificaciones genéticas(31); muchas de ellas podrían, teóricamente, haberse

producido por medio del apareamiento selectivo. La única diferencia genética es más rápida y más precisa.

Desde el punto de vista bioético, la situación creada por la obtención de animales transgénicos portadores de genes humanos para la obtención de proteínas terapéuticas humanas no es esencialmente nueva, ya que desde los primeros tiempos de la ingeniería genética molecular se han introducido genes humanos en células bacterianas para obtener proteínas humanas (insulina, hormona de crecimiento, interferón, etc.). Tanto en el caso de las bacterias como en el de los animales transgénicos –que se convierten en factorías naturales (biorreactores) de proteínas humanas–, la valoración ética es positiva, ya que, en general, no se afecta ni la salud ni el bienestar del animal al quedar restringida la expresión del gen humano a un órgano particular, su fisiología y desarrollo no se ven alterados y, por tanto, se evita cualquier daño a éste.

Sin embargo, interferir deliberadamente en el genotipo de los animales produciendo organismos genéticamente modificados puede amplificar las formas en que puede causarse daño. Por ejemplo, la introducción de un gen podría llevar a repercusiones inesperadas e impredecibles para el bienestar de los animales a las que se podría reaccionar tarde: se incrementaría la mortalidad fetal y el desperdicio de animales creados sin posible uso, caso que se da muy a menudo en la experimentación con mutágenos(23, pp. 45-46). Esta posibilidad demanda el requisito ético de diseñar experimentos de modificación genética con la precaución de no causar daños innecesarios.



Aunque, en principio, muchos organismos genéticamente modificados son fenotípicamente normales en apariencia y no experimentan mayores problemas, hay informes de que al menos un 10% experimenta consecuencias dañinas. Un informe sobre ratones genéticamente modificados en laboratorios de Dinamarca encontró que el 21% de las cepas de ratón creadas experimentaban molestias menores, otro 15% molestias mayores y un 30% incremento en la mortalidad y susceptibilidad a enfermedades(32,33).

Algunas veces se crean animales con anomalías severas. Por ejemplo, un ratón en que se silenció un gen receptor del factor de crecimiento nació con defectos en el esqueleto y sordera profunda(34). Generalmente se necesita un gran número de animales para producir una cepa de ratones genéticamente modificada, debido a la baja eficiencia del método; la mayoría de los animales producidos no tiene la modificación genética deseada y a estos, habitualmente, se les practica eutanasia.

EL PROBLEMA ÉTICO DE LA EUTANASIA

Muchos de los animales en estudio deben ser “eutanizados”, con el fin de obtener tejidos para una evaluación patológica y para su uso en pruebas *in vitro*. Los animales utilizados en experimentos de los que no se requieren tejidos para una evaluación patológica podrían tomar parte en experimentos adicionales; sin embargo, excepto en raras circunstancias, las regulaciones no permiten que un animal sea usado en más de un gran procedimiento quirúrgico y en esos casos se recurre a la eutanasia. Aunque se busquen métodos que no causen dolor, participar en experimentos supone para el animal su muerte segura.

PROBLEMA ÉTICO DE LA EXTRAPOLACIÓN DE RESULTADOS

Dentro del cuestionamiento ético a la experimentación con animales está el hecho de que los resultados no se pueden extrapolar del todo a la salud humana y se requiere que, de todos modos, se realice investigación en seres humanos. Un ejemplo de los peligros de extrapolar fue lo que ocurrió con la Talidomida en los años 60 y 70. Esta droga apareció en el mercado al final de los años 50 en Alemania, después de ensayos realizados en miles de animales para comprobar su seguridad. Fue vendida como un sedante para las mujeres embarazadas o lactantes y, a pesar de las pruebas de seguridad, por lo menos 10.000 niños de madres que la consumieron nacieron con deformidades severas. El Cloroquinol fue una droga fabricada en los años 70 y vendida como un remedio seguro para la diarrea. No sólo no funcionó contra la diarrea, como se prometió a los pacientes, sino que, de hecho, acentuó los síntomas. A causa de la dispensa del Cloroquinol al público, 30.000 personas quedaron ciegas y/o parálíticas y miles más murieron.

Muchas enfermedades estudiadas en animales ni siquiera son jamás desarrolladas por ellos, como el Sida, la artritis, la esclerosis múltiple o la arteriosclerosis: son “imitadas” causándoles dolencias semejantes (como espasmos por electroshock para imitar la epilepsia) y obteniendo respuestas distintas a las de los seres humanos. Algunas enfermedades (coronarias, cáncer), resultado de determinados estilos de vida durante décadas, se intentan reproducir en animales en sólo semanas o meses.



El confinamiento en laboratorios distorsiona la respuesta natural de los animales: el estrés sufrido por los animales enjaulados tiene una gran influencia en el surgimiento de enfermedades, favoreciendo el desarrollo de tumores y alterando el ritmo cardíaco y respiratorio. El ejercicio físico que se les permite es mínimo, debido a lo reducido de sus jaulas, lo que puede dificultar la expulsión de sustancias tóxicas y el correcto desarrollo corporal.

Una enorme cantidad de efectos secundarios producidos por medicamentos no son detectados en los animales, por ejemplo el dolor de estómago, malestar general, jaqueca, náusea, visión borrosa, zumbido en los oídos, etc.

No obstante, aunque es imposible extrapolar directamente datos animales a los seres humanos, también existe amplia evidencia de los beneficios que ha traído la experimentación en animales para la biomedicina. El ser humano se halla en continuidad evolutiva con el resto de los organismos. Existen suficientes similitudes de comportamiento, anatómicas, fisiológicas, neurológicas, bioquímicas y farmacológicas como para que los animales sean modelos útiles en el estudio de efectos biológicos del desarrollo de enfermedades, efectos terapéuticos y otras intervenciones. Se ha probado ampliamente que la investigación en animales genéticamente normales y modificados es relevante para el ser humano, en combinación con otros métodos como cultivos celulares y estudios clínicos, de forma que no se puede sostener que toda la experimentación animal es defectuosa.

EVALUACIÓN ÉTICA

Debido a las voces que se han alzado en contra del sufrimiento innecesario de animales en experimentación, se ha llevado a la agenda, en comunidades locales o en el plano internacional, el análisis de los riesgos y ventajas de la investigación científica. Esta actitud es constructiva y contribuye a mejorar el conocimiento de la sociedad sobre las virtudes de la investigación científica y a reducir los riesgos de su aplicación. Con ello se han logrado grandes avances. En el caso de las vivisecciones, la actual legislación en muchos países exige buenos tratos a los animales destinados a la experimentación. Se ha logrado además, reducir las prácticas de vivisección a sólo lo absolutamente necesario, minimizando el sufrimiento de los animales. En EE.UU. la Academia Nacional de Ciencias y los Institutos Nacionales de Salud han emitido normas especiales para la investigación, que imponen a todos los investigadores biomédicos la obligación de demostrar que sus instituciones de trabajo cuentan con las instalaciones adecuadas para el bienestar de los animales. Además, su uso en la investigación está estrictamente controlado y regulado por las leyes federales, incluyendo el Acta del Bienestar de los Animales, que regula la eliminación y reducción del dolor así como otros aspectos del cuidado, tales como hábitáculo, alimentación, ejercicio y bienestar psicológico. Estas normas y prácticas son comunes en el ámbito internacional; sin embargo, la experimentación con animales no está legislada ni regularizada en muchos países de Latinoamérica.



Hay quienes opinan que se está exagerando en las atenciones a animales experimentales y que se desvían recursos muy necesarios para otras finalidades. Sin embargo, este parece ser el mejor camino y se reconoce que, al asegurar su bienestar, se obtienen resultados más fiables y disminuye el número de experimentos que es necesario realizar.

Para garantizar el mejor tratamiento posible cada institución que utiliza animales debería establecer un Comité Institucional para el Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio (CICUAL)(35), que supervise, examine y vigile cada posible experimento. Estos comités deberían incluir a miembros de la comunidad científica, un bioeticista, un miembro lego y un veterinario.

Algunos de los aspectos más importantes para cualquier proyecto que involucre la utilización de modelos animales serían(36):

1. *Instrucción y capacitación del personal profesional y técnico*: el personal debe saber que:
 - a. Los cuidados que rodean al animal influyen en forma directa sobre el resultado de los experimentos.
 - b. El estado de bienestar de los animales está íntimamente ligado a su capacidad de respuesta. De esta última inquietud nació el uso de animales libres de patógenos específicos y de gérmenes como condición para obtener resultados experimentales confiables y reproducibles.
2. En las condiciones de alojamiento son importantes:
 - a. La cantidad de animales por caja. Existe actualmente una tendencia a aumentar el espacio por animal e, inclusive, a estimular actividades por medio de ruedas u otros accesorios.
 - b. Las constantes ambientales controladas. Las temperaturas extremas, la falta de renovación del aire, las altas concentraciones de amoníaco, etc., someten a los animales a sufrimientos innecesarios e invalidan los resultados desde el punto de vista experimental. Ellos tienen necesidades fisiológicas y de comportamiento que deben ser identificadas y proporcionadas para cada especie.
3. *Buenas prácticas de sujeción, inyección, analgesia, anestesia y eutanasia*: el animal de laboratorio es un ser vivo y, por tanto, sensible a cualquier procedimiento capaz de causar dolor en el hombre.

CONCLUSIONES

El cuidado de los animales deberá tener un capítulo importante en la bioética futura. Si bien algunos aspectos de la investigación biomédica están dependiendo menos del animal entero y buena parte del trabajo se hace ahora en preparaciones aisladas, aún es inevitable la etapa de experimentación animal, reducida en sus dimensiones, enriquecida por cuidados especiales, pero necesaria al fin.

De la misma manera, no se puede evitar la prueba final en el propio ser humano, con todas las precauciones y el respeto que nos merecen nuestros semejantes, ya que la investigación clínica en voluntarios informados sigue siendo indispensable antes de poner a disposición de la sociedad cualquiera nueva oferta de progreso en medicina.



En la situación actual, lo más razonable es adoptar la postura intermedia de considerar el uso de animales en investigación como necesario para ajustarse al imperativo moral de curar y prevenir enfermedades humanas, pero buscando formas de reemplazar y reducir su número y disminuir su sufrimiento.

REFERENCIAS

1. Koch R. Biography. [Sitio en Internet] Disponible en <http://nobelprize.org/medicine/laureates/1905/koch-bio.html>. Acceso en mayo de 2006.
2. Alter HJ, Purcell RH, Shih JW, et al. "Detection of antibody to hepatitis C virus in prospectively followed transfusion recipients with acute and chronic non-A, non-B hepatitis". *New England Journal of Medicine*, 1989; 321: 1494-1500.
3. Network Science. "The process of Drug Development, 2004". [Sitio en Internet] Disponible en http://www.netsci.org/scgi-bin/Courseware/projector.pl?Course_num=course1&Filename=top.html. Acceso en mayo de 2006.
4. MacGregor J. T. "The future of regulatory toxicology: impact of the biotechnology revolution". *Toxicology Science*, 2003, 75: 236-248.
5. Clarke A. R. "Manipulating the germline: its impact on the study of carcinogenesis". *Carcinogenesis*, 2000; 21: 435-441.
6. Santos de Dios E. "The use of animal models in cancer research". *Revista Oncología*, 2002; 4: 55-57.
7. Van Dyke T, Jacks T. "Cancer modeling in the modern era: progress and challenges". *Cell*, 2002; 108: 135-144.
8. Gordon J. W., Ruddle F. H. "Integration and stable germ line transmissions of genes injected into mouse pronuclei". *Science*, 1981; 214: 1244-1246.
9. Palmiter R. D., Brimster RL, Hammer R. E., et al. "Dramatic growth of mice that develop from eggs microinjected with metallothionein-growth hormone fusion genes". *Nature*, 1982; 300: 611-615.
10. Palmiter R. D., Norstedt G, Gelinas R. E., et al. "Metallothionein-human GH fusion genes stimulate growth of mice". *Science*, 1983; 222: 809-814.
11. Haston C. K., Corey M, Tsui L. C. "Mapping of genetic factors influencing the weith of cystic fibrosis knockout mice". *Mammalian Genome*, 2002, 13: 614-618.
12. Berns A., Van der Lugt N., Van Lohuizen M., et al. "Mouse model systems to study multistep tumorigenesis. Cold Spring Harbor Symposium Quantitative". *Biology*, 1994; 59: 435-447.
13. Knowles L. P. "Of mice and men: patenting the oncomouse". *Hastings Center Report*, 2003; 33: 6-7.
14. Cao T., Longley M. A., Wang X. J., Roop D. R. "An inducible mouse model for epidermolysis bullosa simplex: implications for gene therapy". *Journal of Cell Biology*, 2004; 152: 651-656.
15. Giono L. E., Manfredi J. J. "The p53 tumor suppressor participates in multiple cell cycle checkpoints". *Journal of Cell Physiology*, 2006; 209: 13-20.
16. Hoogersvorst E. M., Van Steeg H., De Virries A. Nucleotide excision repair – and p. 53-deficient mouse models in cancer research". *Mutation Research*, 2005; 574: 3-21.
17. Burns K. H., Agno J. E., Sicinski P, Matzuk M. M. "Cyclin D2 and p27 are tissue-specific regulators of tumorigenesis in inhibin alpha knockout".



- Molecular Endocrinology*, 2003; 17: 2053-2069.
18. Thyagarajan T., Totey S., Danton M. J., Kulkarni A. B. "Genetically altered mouse models: the good, the bad and the ugly". *Critical Review Oral Biology Medicine*, 2003; 14: 154-174.
 19. Weiss B., Shannon K. "Mouse cancer models as a platform for performing preclinical therapeutic trials". *Current Opinion Genetic Development*, 2003; 13: 84-89.
 20. Bueler H., Aguzzi A., Sailer A., Greiner R. A., et al. "Mice devoid of PrP are resistant to scrapie". *Cell*, 1993; 73: 1339-1347.
 21. Leenaars PPAM, Hendriksen CFM, De Leeuw W. A. "The production of polyclonal antibodies in laboratory animals". *ECVAM Workshop Report*, 1999; 35, *ATLA* 27:79-102.
 22. Weisser K., Hechler U. (1997). *Animal Welfare Aspects in the Quality Control of Immunobiologicals: A critical evaluation of animal tests in pharmacopoeial monographs*. Nottingham: Frame, ECVAM and the Paul Ehrlich Institute.
 23. Nuffield Council on Bioethics. "The Ethics of Research Involving Animals". Latimer Trend & Company Ltd; 2005: 38-52.
 24. Singer P. (1995). *Animal Research II. Philosophical Issues*. New York, NY: Simon and Schuster Macmillan.
 25. Carruthers P., Smith P. K. (1996). *Theories of Mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
 26. Rusell WMS, Burch R. L. *The principles of humane experimental technique*. London: Methuen; 1959.
 27. Short ChE, Van Poznak A. (1992) *Animal Pain*. New York, London, Melbourne, Tokyo: Ed. Churchill Livingstone.
 28. León-Olea M. "Evolución filogenética del dolor". *Elementos*, 1997; 36:9 19-23.
 29. Mukerjee M., Writer S. "Increased concern for animals, among scientists as well as the public, is changing the ways in which animals are used for research and safety testing". *Trends in Animal Research*, 1997, Feb: 70-77.
 30. American Psychological Association. *Guidelines for Ethical Conduct in the Care Use of Animals. Developed by the American Psychological Association Committee on Animal Research and Ethics (CARE)*.
 31. Royal Society (2001). *The use of genetically modified animals*. London: The Royal Society.
 32. BVA/AFWME/RSPCA/UFAW. "Joint Working Group on Refinement. Sixth Report: Refinement and reduction in production of genetically modified mice". *Laboratory Animals*, 2003; 37: 3, Supplement S1-49.
 33. Thon R., Larsen J., Kornerup Hansen A. et al. "Welfare evaluation of genetically modified mice – an inventory study of reports to the Danish Animal Experiments Inspectorate". *Scandinavian Journal Laboratory Animals Science*, 2002; 29.
 34. Colvin J. S. Bhone B. A., "Harding G. W. et al. Skeletal over growth and deafness in mice lacking fibroblast growth factor receptor 3". *Nature Genetics*, 1996;12: 390-397.
 35. CCAC. Canadian Council on Animal Care, 2000. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.cca.ca/> Acceso en abril de 2007.
 36. Goldberg A., Zurlo J., Rudacille D. "The Three Rs and Biomedical Research". *Science*, 1996; 272: 1403.



LA CONTROVERSA SOBRE LA VIVISECCIÓN*

JORGE ALBERTO ÁLVAREZ-DÍAZ

RESUMEN

Este artículo revisa la vivisección en animales no humanos desde el punto de vista bioético. Se inicia con una breve revisión histórica sobre la vivisección animal hasta el recrudecimiento de la polémica sobre ésta en el siglo XX. Reflexiona sobre la ética de la relación entre seres humanos y animales y de la experimentación con animales, y concluye que hoy podría ser justificable una vivisección animal sólo en situaciones verdaderamente excepcionales, de lo contrario no se estaría obrando conforme a la ética.

Palabras clave: experimentación con animales de laboratorio, vivisección, bienestar animal

ABSTRACT

The paper reviews the vivisection in nonhuman animals and whether it is justifiable nowadays from a bioethical point of view. The work departs with a brief historical perspective about the animal vivisection topic until the new outbreak of the controversy in the twentieth century. It reflects on the ethics of the relation between human beings and animals, concluding that nowadays animal vivisection could only be justified in truly exceptional situations; otherwise, It would be contrary to ethics.

Key words: laboratory animal experimentation, vivisection, animal welfare

INTRODUCCIÓN

El término “vivisección” deriva del latín *vivus*, vivo, y *sectio-ōnis*, corte, esto es, la realización de cortes o disecciones en un organismo vivo. Se ha practicado –con defensores y detractores– en distintos períodos de la historia, tanto en animales humanos como no humanos¹. En la Antigüedad se realizaron vivisecciones en condenados a muerte o en presos; hoy está claro que esta práctica no es ética-

mente aceptable. El desarrollo de este trabajo se refiere a la contraversia sobre la vivisección en animales.

El uso de animales con el fin de adquirir conocimientos data de los inicios mismos de la historia. Aristóteles (384-322 a.C.), gran naturalista y filósofo, fue de los primeros en realizar disecciones (no vivisecciones) en animales, mostrando diferencias entre las especies. Otros realizaron vivisecciones posteriormente, pero, al mismo tiempo, aparecieron detractores a dicha práctica. Celso (siglo II d.C.) condenó la vivisección, pero aclaró que no era

* *Acta Bioethica*, 2007; 13 (1).

1 En el resto del texto, al hablar de “animales” se hará referencia exclusivamente a los no humanos.

crueldad infligir sufrimiento a unos pocos cuando el beneficio era para muchos.

En la Edad Media el cristianismo prohibió la vivisección, pero no por esto dejó de realizarse. Leonardo Da Vinci (1452-1519), por ejemplo, hizo contribuciones a la anatomía comparada en perros y gatos, pero, aparentemente, predijo que algún día la experimentación en animales sería juzgada como un crimen(1). Andrés Vesalio (1514-1564) realizó demostraciones públicas de anatomía con vivisecciones en perros y cerdos(2). En aquel tiempo no se conocía la anestesia o analgesia adecuada y se justificó el sufrimiento causado con la necesidad de adquirir conocimientos y con la teoría de que los animales no tenían un alma racional. El cristianismo simplemente no consideraba que tuvieran alma: Tomás de Aquino (siglo XIII) consideró que no había responsabilidad moral para con los animales. René Descartes (1596-1650) aseveró que las respuestas de éstos a estímulos dolorosos no eran más que reflejos, que eran autómatas y que no sentían ni pensaban de una manera racional y consciente. Sin embargo, contrastan algunos otros hechos históricos donde pareciera que, de alguna manera, se aceptaba que los animales eran responsables de sus actos; esto se puede ilustrar con el caso de una vaca condenada a morir en la horca por haber pateado a un hombre(3).

Tal vez uno de los primeros filósofos que señaló que los animales comparten la capacidad de sufrir y la conciencia con los humanos fue Schopenhauer (1788-1860) (4). Jeremy Bentham (1748-1832) también expresó dudas respecto de la opinión de Descartes, señalando: “la pregunta no

es si pueden razonar o hablar, sino si pueden sufrir”(2).

Claude Bernard (1813-1878) publicó en 1865, en medio de la gran influencia de la visión positivista de la ciencia y de los conflictos entre las opiniones filosóficas respecto del sufrimiento de los animales, su “Introducción al estudio de la medicina experimental” donde, al hablar sobre la vivisección, dice lo siguiente: “No se han podido descubrir las leyes de la materia bruta más que penetrando en los cuerpos y en las máquinas inertes; de la misma manera, no se podrán llegar a conocer las leyes y las propiedades de la materia viviente más que dislocando a los organismos para introducirse hasta su medio interior. Es pues absolutamente preciso, después de haber disecado en el cadáver, disecar en el vivo, para poner al descubierto y ver funcionar las partes interiores u ocultas del organismo. A esta especie de operaciones se les da el nombre de vivisecciones y sin este medio de investigación no hay fisiología, ni medicina científica posibles. Para saber como viven el hombre y los animales es indispensable ver morir a un gran número de ellos, porque los mecanismos de la vida no pueden ser revelados y probados sino por el conocimiento de los mecanismos de la muerte”(6). Esto hizo surgir una intensa polémica entre viviseccionistas y antiviviseccionistas. De hecho, la esposa y la hija del propio Bernard fueron fervientes militantes antiviviseccionistas.

En pleno siglo XIX surgió en 1860, en Gran Bretaña, la Real Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales, aprobándose en 1876, por primera vez en el mundo, una Ley de Protección



contra la Crueldad hacia los Animales. En 1882 se fundó en Suecia la Sociedad Nórdica contra Experimentos Dolorosos en Animales. No obstante, los animales siguieron siendo pieza clave en el estudio de varias enfermedades.

Iniciando el siglo XX Pavlov realizó varios experimentos en animales vivos; aunque, según algunos análisis, pudo haber estado adelantado a su tiempo respecto de las condiciones del trato ético con los animales(7). En este mismo siglo recrudesció la polémica sobre la experimentación en animales y nacieron nuevas controversias sobre la vivisección a raíz del surgimiento de la bioética.

ÉTICA DE LA RELACIÓN ENTRE HUMANOS Y ANIMALES

Hasta bien entrado el siglo XX la ética tradicional ha sido antropocéntrica. Por un lado, hay un sentido epistemológico según el cual los humanos no pueden dejar de ser antropocéntricos, porque no pueden conocer a otros seres más que con la perspectiva netamente humana: algo así como unos anteojos epistémicos, ontológicamente irrenunciables. Por otro lado, las propuestas éticas que consideran a los animales no son epistémicas ni menos ontológicas: son éticas y contemplan la ampliación del círculo de seres a quienes se les considera un estatus moral.

Si bien la ética, en cuanto producto del intelecto humano, no puede dejar de ser antropocéntrica, puede en cambio ampliar el círculo de nuestras obligaciones morales hacia otros tipos de seres vivos. No se trata de introducir principios novedosos o extraños a la ética, sino de re-

interpretar los existentes y/o ampliarlos hacia los animales.

Herrera Ibáñez cita tres formas de actitudes éticas hacia los animales: la aristotélica, la kantiana y la utilitarista(8). Para este trabajo se harán algunas observaciones partiendo de la postura kantiana clásica. Según Kant, un agente moral puede responder por sus actos y, guiado por la razón, toma la decisión libre y autónoma de actuar en un sentido o en otro. Un paciente moral es quien, siendo también libre, racional y autónomo, puede reclamar que otros cumplan su deber moral de respetarlo. Kant lo aclara en el famoso imperativo categórico, en su formulación práctica: “obra de tal modo que te relaciones con la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca sólo como un medio”(9). El principio es claramente antropocéntrico, así como su noción de agente y paciente moral; sin embargo, no está exento de otras consideraciones.

Para Gracia Guillén, por ejemplo, es posible ampliar el imperativo categórico si se reinterpreta. Los animales constituyen un fin en su conjunto (a diferencia de los humanos, quienes lo serían considerados individualmente) y no solamente un medio, como tradicionalmente se les ha visto y se les ha tratado.

Tom Regan, deontólogo defensor de los derechos de los animales, afirma que los agentes morales son sujetos activos, artífices de la normativa ética y, como tales, tienen que responder por sus actos. Los pacientes morales, en cambio, son sujetos hacia los cuales se debe tener consi-



deración moral, aunque ellos no tengan obligaciones morales para con los sujetos o no puedan reclamar respeto. En este grupo caben también ciertos grupos humanos, como los niños muy pequeños y los adultos con daño severo de sus funciones cognitivas (esquizofrenia, demencias, estado vegetativo permanente, entre otros). No obstante, no siempre queda tan claro que los animales pertenecan a este grupo de los pacientes morales.

Hoy el consenso es que los animales son pacientes morales, es decir, tienen un estatus que debe de ser considerado en las acciones que tomen los agentes morales, es decir, los humanos(10).

ÉTICA Y EXPERIMENTACIÓN CON ANIMALES

Es una utopía insistir en cualquiera de los cursos extremos de la acción ética respecto de la experimentación con animales: aprobarla sin restricciones o negarla por completo. Desde la ética clásica aristotélica se enseña que la virtud no se encuentra en un extremo; antes bien, hay que buscarla en un punto intermedio. Los extremos respecto de la investigación con animales corresponderían seguramente a opciones viciosas y, por ello, sería imprudente recomendarlas. Como ha comentado Gilmore, el debate está cargado emocionalmente entre los que privilegian el avance del conocimiento médico y quienes apelan al respeto por la vida; en medio están quienes formulan (o al menos, deberían formular) guías éticas(11).

En 1954 la Universities Federation for Animal Welfare (UFAW) cambió su di-

rección de la crianza de animales de laboratorio hacia el tema controvertido de la experimentación animal. Designó a William M. S. Russell (zoólogo y psicólogo) y a Rex L. Burch (microbiólogo) para iniciar el estudio sistemático de técnicas experimentales desde una perspectiva ética. En 1959 ellos publicaron *The Principles of Humane Experimental Techniques*, de donde se extrae el ahora conocido “principio de las tres R”: refinar, reducir y reemplazar. Adelantado para su tiempo, este texto es ahora ampliamente conocido y utilizado, y ningún científico responsable o publicación seria puede tratar el tema sin tenerlo como referencia(12).

Los métodos de refinamiento son los que alivian o minimizan el dolor, sufrimiento y estrés de los animales, de manera que se eleva su bienestar sin comprometer el resultado del experimento. Esto también conduce a investigaciones más seguras, ya que el dolor y el estrés generan cambios biológicos en el animal que pueden distorsionar el resultado. Incluye mejorar las condiciones de vida de los animales y su dieta, utilizar adecuadamente analgesia y anestesia, reducir el número de inyecciones y el volumen administrado, utilizar agujas del menor tamaño y calibre posible, pensar cuidadosamente en los parámetros a medir en el experimento, seleccionar los métodos menos invasivos y la especie adecuada, y utilizar el procedimiento eutanásico más humanizado y piadoso posible en caso de requerirlo.

Los métodos de reducción aspiran a conseguir niveles comparables de información con el uso de un menor número de animales, o a obtener más datos con el



mismo número. La bioestadística aplicada convenientemente es muy valiosa para conseguir estos propósitos; hoy se puede afirmar que un mal diseño no lleva a un trabajo ético. Otra forma de reducción es la global, es decir, ¿cuánto se puede reducir la utilización de animales experimentales empleados en un laboratorio, región, país o en el mundo entero? En docencia, por ejemplo, cada vez se contempla más la aplicación de programas de simulación y la utilización de videos educativos, sobre todo cuando el educando no necesita imperiosamente adquirir habilidades en el manejo de animales experimentales.

Los métodos de reemplazo permiten obtener resultados científicos sustituyendo a los vertebrados –comúnmente utilizados– por otros animales inferiores o sin la utilización de animales. En la actualidad no ha sido posible prescindir absolutamente de los animales de experimentación, pese a que existen muchos métodos físicoquímicos, modelos matemáticos y computacionales (interrelación cuantitativa estructura-actividad, diseño de fármacos con ayuda computacional, modelos matemáticos ejemplo), uso de animales inferiores, uso de vertebrados en estadios tempranos del desarrollo, cultivo de tejidos y metodologías *ex vivo* (o *in vitro*), estudios en seres humanos (cuando en ocasiones son los únicos que es posible utilizar como sujetos de investigación), utilización y extrapolación de la información existente, entre otros. Las ventajas de estas metodologías alternativas son de naturaleza científicas y hasta económica, además, de los evidentes beneficios humanitarios y éticos. Sin embargo, la existencia de algunas desventajas es lo que sigue poniendo un límite a su uso.

Para tópicos especiales en relación con la ética de la investigación utilizando animales se puede consultar el reporte que preparó recientemente *The Nuffield Council on Bioethics* (13).

EL MÉTODO SINCRÉTICO

Gracia Guillén plantea en el sistema de referencia moral una premisa ontológica (el hombre es persona y, en cuanto tal, tiene dignidad y no precio) y otra moral (en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto). El esbozo moral (deontológico) lo sitúa desde el principialismo de Beauchamp y Childress, con un primer nivel (ética de mínimos) que involucra los principios de no *maleficencia* y *justicia*, y un segundo nivel (ética de máximos) que incluye los de *beneficencia* y *autonomía*.

La experiencia moral (teleológica) la enmarca previendo consecuencias objetivas o del *nivel 1* y consecuencias subjetivas o del *nivel 2*. La verificación moral (justificación) consiste en contrastar la decisión con el sistema de referencia moral utilizado (contrastar el caso con la “regla” del esbozo moral) y comprobar si es posible justificar una “excepción” a la regla para el caso concreto analizado. Finalmente, tomar una decisión y someterla a varias pruebas, como el tiempo (si posteriormente se hubiera tomado la misma decisión), el marco jurídico local (si la decisión se encuentra dentro del marco legal del lugar donde se está trabajando) y la publicidad (si hubiera posibilidad de publicar la decisión tomada)(14,15).

Si bien esta construcción está centrada en el agente moral, se puede aplicar al tra-



to con pacientes morales, como los animales. Por ejemplo, es posible extender el modelo pensando que la actividad de investigación tenga una estructura con un primer nivel en donde se parta de la *no maleficencia*, es decir, del “primero no dañar”(16). De esta forma, se puede incluir desde el primer nivel de una ética de mínimos para con los animales la consideración del principio de las tres R. El siguiente principio, *la justicia*, no podría aplicarse por igual si se habla de “animales”, ya que habría que tener varias consideraciones de tipo gradualista respecto de su lugar en la escala evolutiva. Si se les considera a todos iguales se reducen las posibilidades de justificar la investigación en varias especies donde estaría plenamente validada con las consideraciones previas.

El siguiente nivel, la ética de máximos, incluye en humanos la *autonomía* y, a partir de ella, se determina lo que es bueno para cada quien. Toda vez que los animales no cuentan con autonomía tiene que haber agentes morales que determinen lo que para ellos sea bueno, en la medida de lo posible. La ética de máximos, en tanto no exigible, sólo es sugerida.

Gracia ha sido un gran promotor y defensor de los comités de ética (asistenciales y de investigación) para promover la excelencia. Esta es una vía para conseguir la aplicación de la *beneficiencia* con los animales, toda vez que carecen de *autonomía*: la creación de comités de ética que promuevan la excelencia en la investigación con esta clase de sujetos. El primer comité de ética de investigación animal fue creado en Suecia, en 1979, seguido por Estados Unidos, en 1984.

Francia cuenta con regulaciones hasta de experimentación animal en el espacio. Sin embargo, en América Latina no fue sino hasta la década de los 90 cuando se crearon este tipo de comités(17).

CONCLUSIÓN

¿Es éticamente aceptable realizar vivisección en animales? Considerando el modelo de la deliberación moral propuesto por Gracia Guillén, hay que analizar primero las opiniones de los implicados, identificar el problema ético, establecer los cursos de acción probables para tal problema, ponderar sus pros y los contras y, de esta manera, elegir el mejor o, al menos, el menos lesivo para todas las partes. Todo ello tomando en cuenta el marco de la jerarquización de los principios en una ética de mínimos y otra de máximos.

Ante la posibilidad de realizar una vivisección en animales, hay que considerar opiniones de todos los implicados en el problema: investigadores, cuidadores de especies de laboratorio, bioeticistas, etólogos y psicólogos animales, biólogos, médicos veterinarios, entre otros. Sólo así se puede comprender la multidimensionalidad de este problema. Por otra parte, los animales son pacientes morales, es decir, tienen estatus moral: deben ser considerados, desde la perspectiva de la bioética, en la toma de decisiones por parte del agente moral.

Al analizar éticamente la vivisección animal, deberían enfrentarse al menos estas interrogantes: ¿cuáles son los argumentos que defienden la postura de realizar una vivisección animal? ¿Cuáles los beneficios potenciales y reales del hecho de realizarla? ¿Quién y cómo la realizaría? El hecho



de viviseccionar, ¿fue revisado cuidadosamente por un Comité de Cuidado Animal? ¿Se está aplicando el principio de las tres R? ¿Se están empleando los mejores métodos de refinamientos para con los animales? ¿Existe un diseño adecuado desde el punto de vista de la bioestadística y de la metodología de la investigación científica? ¿Existe alguna forma de reemplazar la vivisección (en el caso de la docencia, con videos como ejemplo; en el caso de la investigación, con otro tipo de diseño que involucre otra especie)? ¿Se están respetando los documentos que muestran consensos y recomendaciones respecto del trato ético con los animales (Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Uso de Animales en la Investigación Biomédica, adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial celebrada en Hong Kong, en 1989, la Guía del Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas para la Investigación Biomédica que Involucre Animales(18), las Guías para el Cuidado y Uso de los Animales de Laboratorio de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América(19), etc.)?

Como ha quedado asentado por Ushma Savla, “los científicos informados y bien entrenados tienen el privilegio, pero no el derecho automático, de utilizar animales como sujetos de investigación. No debe abusarse de este privilegio”(20).

REFERENCIAS

1. Dolan K. *Ethics, animals and science*. London: Blackwell Science Ltd.; 1999.
2. Anaya Velázquez F, Garay Sevilla M. E. “Investigación en animales de laboratorio.” En: Hernández Arriaga J. L. *Ética en la investigación biomédica*. México, DF: Manual Moderno; 1999: 81-96.
3. Sechzer J. A. (ed.) (1983). *The ethical dilemma of some classical animal experiments. The role of animals in biomedical research*. New York: Annals Academic Sciences.
4. Schunemann de Aluja A. (2002). “Consideraciones éticas en la experimentación científicas con animales y Norma Oficial Mexicana NOM062-ZOO-1999: especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de los animales de laboratorio”. En: Velasco Suárez M., Cano Valle F., Torres Mejía J. (eds.), *Memoria del V Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética*. México, DF: Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética: 207-218.
5. Pratt D. *Alternatives to pain in experiments on animals*. New York: Argus Archives; 1980.
6. Bernard C. *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla; 1987.
7. Kopaladze RA. Ivan P. “Pavlov’s view on vivisection”. *Integr Physiol Behav Sci*, 2000; 35(4): 266-271.
8. Herrera Ibáñez A. “Tres actitudes éticas hacia los animales”. En: Cano Valle F., Torres Mejía J. (eds.) (2002). *Memoria del VI Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética*. México, DF: Comisión Nacional de Bioética, 197-203.
9. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa-Calpe; 1995: 104.
10. Álvarez Díaz J. A. (2006). “El estatus moral de los animales como proble-



- ma bioético". En: Álvarez Díaz J. A., Campbell Manjarrez U. (Comps.), *La bioética en la frontera*. Ciudad Juárez: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 70-84.
11. Gilmore A. "The use of animals in research". *Can Med Assoc J*, 1985; 132(5):564-8, 570-1.
 12. Álvarez Díaz J. A., Cardozo C. "Ética de la investigación biomédica que usa y cuida animales experimentales". En: Lolas F, Quezada A., Rodríguez E. (eds.) (2006). *Investigación en salud. Dimensión ética*. Santiago de Chile: CIEB, Universidad de Chile, 239-248.
 13. The Nuffield Council on Bioethics. "The ethics of research involving animals". London: 2005. [Sitio en internet] Disponible en http://nuffieldbioethics.org/go/ourwork/animalresearch/publication_178.html. Último acceso en marzo de 2007.
 14. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
 15. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema; 1993.
 16. Nelson R. J., Madrell T. D. "Enrichment and nonhuman primates: first, do no harm". *ILAR J*, 2005; 46(2): 171-177.
 17. Brandao Schnaider T, de Souza C. "Aspectos éticos da experimentação animal". *Rev Bras Anesthesiol*, 2003; 53(2): 278-285.
 18. Council for the International Organization of Medical Sciences (CIOMS). "Biomedical research involving animals". International Guiding Principles. Geneva: CIOMS, 1993.
 19. National Institutes of Health. "Guide for the care and use of laboratory animals". Maryland: Division of research resources; 1994.
 20. Savla U. "Responsible conduct in animal research". *J Clin Invest* 2003; 112(10): 1456.



LA ÉTICA MÉDICA A COMIENZOS DEL SIGLO XX: “LA MONTAÑA MÁGICA” DE THOMAS MANN*

GUSTAVO FIGUEROA

RESUMEN

La bioética ha transformado la ética médica de manera profunda, apelando a otros principios y prácticas. El presente trabajo intenta comprender la ética médica occidental tradicional recurriendo a su descripción en la narrativa artística, porque esta describe con especial calidad y rigor el modo como se la entendía y ejercía antes del giro bioético. Se escogió la obra de Thomas Mann “La montaña mágica” porque, además de su valor intrínseco, su punto de vista esclarece otros fundamentos morales que pueden haberse mal entendido, descalificado o perdido en los últimos años. Así la ética del bien predominaba sobre la ética del deber, la vida buena sobre la obligatoriedad, la estima de sí por encima del respeto del otro, los máximos alcanzables por encima de los mínimos exigibles.

Las ácidas críticas expresadas por el narrador omnisciente insinúan que esta manera de entender el comportamiento moral en medicina necesitaba complementarse con otras visiones éticas.

Palabras clave: bioética, obra de arte, bien, deber, cuidado

ABSTRACT

Bioethics has deeply transformed medical ethics, appealing to other principles and practices. The present work tries to understand traditional western medical ethics by recurring to its description in artistic narrative, because this describes with special quality and rigor the way it was understood and practiced before the bioethics turn. The work of Thomas Mann “The magic mountain” was chosen because, besides its intrinsic value, its point of view clears other moral foundations which could have been mal interpreted, disqualified or lost in the last years. Thus, the ethics of goodness predominated over the ethics of duty, the good life over obligation, self esteem over respect for the other, maximum achieved over minimum required.

The acid critiques expressed by the omniscient narrator insinuate that this way of understanding moral behavior in medicine needs to complement other ethical views.

Key words: bioethics, art work, goodness, duty, care

* *Acta Bioethica*, 2011; 17 (2): 205-214.

La ética médica, resultado de una tradición ininterrumpida que se remonta a la Grecia clásica, posterior al giro provocado por el nacimiento de la bioética ha sido mal interpretada en algunos postulados fundamentales y desconocida en el alcance de ciertas prácticas originales. De manera inadvertida, la bioética ha reflexionado y entendido la historia de la ética en medicina a partir del presente, de modo que conceptos actuales han servido para comprender situaciones radicalmente distintas; por ejemplo, aplicando la noción de “beneficencia”, o su discutible traducción de “paternalismo”, se ha creído caracterizar épocas o actuaciones profesionales pretéritas sin ahondar suficientemente en las experiencias originarias(1,2). Lo mismo ocurrió con la conocida frase de Toulmin de que “la medicina (bioética) ha salvado a la ética”, la que condujo, sin pretenderlo, a no reparar en importantes logros o a suponerse un anquilosamiento de los modos de conducirse de los médicos y personal de salud desde los tiempos de la Edad Media y el Renacimiento(3,4).

Por otra parte, surge la pregunta inversa, esto es, si la bioética olvidó o dejó en segundo plano conquistas que, siendo decisivas, no parecen importantes hoy porque surgen de premisas distintas. La amistad del médico, por tomar una expresión de Aristóteles, puede que haya sido descuidada porque no coincide con los postulados modernos de una práctica centrada en la dimensión técnica, logros medibles y criterios objetivos; peor aún, casi ni se la menciona como digna de ser investigada o problematizada(5-11).

El arte es una forma privilegiada de abrir y esclarecer la realidad de un modo ab-

solutamente original y tan diferente al científico que, más que opuesto, se puede postular que complementario para “saber arreglárselas con la existencia”. Y esto es especialmente valedero en el campo de la medicina y su vertiente moral, donde la creación y obra artísticas han jugado un papel tan fundamental porque son una modalidad de *tékne*, formas peculiares de producir(12-18). Por algo Heidegger advirtió de manera expresa que el que “se pueda investigar al ser humano (...) desde la perspectiva de las ciencias naturales no prueba en modo alguno que en eso «orgánico», en el cuerpo científicamente explicado, resida la esencia del hombre”, aun “podría ser que la naturaleza ocultase su esencia en la cara que presenta al dominio técnico (científico)”(19).

En 1924 apareció la monumental obra de Thomas Mann “La montaña mágica”(20). Más allá de sus méritos indudables, que hicieron merecedor a su autor del Premio Nobel de Literatura, la novela nos narra la historia del joven Hans Castorp y sus siete años pasados en el Sanatorium Berghof de Davos-Dorf —“la montaña mágica”— a causa de una tuberculosis pulmonar. Indudablemente que, como producto artístico original, la profundidad y alcances de su contenido no se pueden reducir a unos pocos temas que se dejen resumir en un par de líneas. Pero Ricouer tiene razón cuando asevera que se trata de una *Bildungsroman*, novela educativa o de aprendizaje espiritual, que sigue la tradición romántica alemana desde Goethe y su famoso *Wilhelm Meisters Lehrjahre*(21). Pero va más allá, porque la búsqueda interior del héroe se lleva a cabo al hilo de una triple fábula o eje: del tiempo —su supresión, descomposición o



destemporalización—, derrumbe irremisible de la sofisticada cultura occidental europea, premonitoria de la Gran Guerra y la experiencia íntima de la enfermedad mortal(22,23). Esta última es la que nos interesa en estos momentos, porque nos proporciona un acceso privilegiado al mundo de la medicina de comienzos del siglo XX, medicina científica de la más alta calidad porque provenía del mundo alemán.

El narrador, puesto en primer plano con ostentación, insistencia y obstinación, nos enfatiza en su *Vorsatz*, prólogo, que su historia “proviene antes de cierto cambio y de cierto límite que han trastornado profundamente la Vida y la Conciencia (...) El carácter antiguo de una historia, ¿no es tanto más profundo, más completo y más legendario, cuando se desarrolla en un pasado cercano al presente?”. Así, si su perspectiva no es la de hoy, empero nos atañe por su proximidad, y si su intención no es la anécdota sino ahondar en los enigmas del ser humano, de ahí surgen los objetivos de nuestro trabajo. Por una parte, estudiar la ética médica tal como se llevaba a cabo y conducía a comienzos del siglo XX y, por otra, sacar algunas consecuencias que puedan ayudar a poner en perspectiva nuestra bioética presente, cuando ya lleva más de un cuarto de siglo de existencia.

Sin embargo, debemos ser cautos, como nos lo recuerda constante e irónicamente este narrador omnipresente que nos va instruyendo y orientando durante todo el relato. Se trata de una ficción y no de la realidad, de narración y no demostración, del enfermar como condición-límite y no de la enfermedad como cuadro nosológico-

co, de la medicina en cuanto componente del existir humano y no de la medicina como práctica profesional. Además, no hay enseñanza posible sobre cómo proceder ética ni deontológicamente porque el autor —no el narrador— aborda conflictos humanos insolubles o que son intratables por el saber teórico; solo la función narrativa los puede abrir y aclarar de manera apropiada o, con expresión de Ricoeur, por la razón narrativa y no la razón teórica(24).

TRASFONDO PERSONAL

Aunque no se trata de profundizar ni en Thomas Mann ni en su biografía, de todos modos resulta conveniente recordar que su novela se gestó a raíz de la estadía de seis meses de su esposa Kathia en el Waldsanatorium de Davos-Dorf por una afección tuberculosa. Entre el 15 de mayo y junio de 1912 el escritor la visitó por tres semanas y, aunque a él también se le prescribió una cura formal por una inflamación pulmonar, a diferencia de Hans Castorp no aceptó y retornó a su hogar en Alemania. Diariamente intercambiaron impresiones marido y mujer sobre el Dr. Friedrich Jessen y su miríada de huéspedes de todas las nacionalidades y condiciones espirituales, tal como lo hicieron Hans y su primo Joachim Ziemßen a su llegada. Las innumerables cartas que se escribieron a continuación, aunque perdidas definitivamente, le permitieron obtener una visión, de primera fuente y desde el interior, de la vida en un Sanatorium destinado a una burguesía acomodada.

En el verano de 1913 comenzó su escritura, muy poco tiempo después de terminar



su extraordinario cuento largo de muerte, belleza, arte y descomposición “La muerte en Venecia”(25). De ahí que proyectara “la contrapartida humorística”, una nouvelle «mezcla de muerte y diversión», sarcástica y grotesca, un Satyrspiel. “La fascinación por la muerte, el triunfo del embriagador desorden sobre una vida dedicada al orden más excelso, descrito en ‘La muerte en Venecia’, debía plasmarse en clave humorística”, dijo, y agregó “lo que ha aprendido a entender (Hans Castorp) es que toda salud superior tiene que pasar por la profunda experiencia de la enfermedad y la muerte (...). Hacia la vida, le dice en una ocasión Hans Castorp a Madame Chauchat, hacia la vida hay dos caminos: uno es el habitual, directo y formal. El otro es malo, lleva sobre la muerte, y ese es el camino genial. Esa concepción de la enfermedad y la muerte como un paso necesario hacia el saber, la salud y la vida, convierte ‘La montaña mágica’ en una novela de iniciación...”(26).

Queda claro que toda la trama nace de su imaginación y poder creativo y supera con mucho sus experiencias reales. Acaso debido en parte a aflicciones personales, intereses literarios —como la redacción de “Las memorias del estafador Felix Krull”— y la Gran Guerra, la fue postergando, madurando y con ello cambiando de perspectiva, énfasis y alcances. Lo proyectado fue ampliamente rebasado por el producto final y, aunque no es este el momento de una interpretación de sus motivaciones inconscientes, quizás le sirvió de terapia para curarse espiritualmente de sus ambigüedades, perplejidades y desazones, que fue lo que no pudo conseguir su inolvidable Hans Castorp(27-29).

EL PACTO DE CONFIANZA

La ética médica tiene una orientación tanto práctica como a la investigación, pero la meta exclusiva del Sanatorium Berghof es el cuidado y la curación, aunque proclama con insistencia sustentarse y aplicar la ciencia médica más estricta. Su dimensión ética es práctica, puesto que actúa, modifica e intenta transformar activamente la vida de sus enfermos.

Su base radica en un pacto de cuidados basado en la confianza. Esta confianza no busca promoverse activamente en las primeras entrevistas, sino descansa en el prestigio social de la medicina y del establecimiento; está más allá de toda duda porque su fundamento es cultural e histórico. Ahora bien, hay una disimetría inicial profunda que crea una distancia debido a que es el médico el único que sabe, sabe hacer y prescribe. El paciente intenta nivelarse relatando sus sufrimientos y apela al médico sin llegar, casi nunca, a demandar o incluso exigir de manera franca su diagnóstico, pronóstico ni su curación; a lo más, él expresa una promesa de seguir y mantener el tratamiento indicado.

A su vez el médico —el consejero aulico doctor Behrens—, tibia e inconstantemente, procura acercarse e igualar las condiciones entre ambos integrantes de la diáda, por medio de compartir ciertos hallazgos médicos y terapéuticos o preocuparse tangencialmente por las penurias individuales. Contrariamente y con absoluta firmeza, se compromete a tratar con todo su arte, asistir sin flaquear y acompañar al paciente durante todo su curso, aun hasta su muerte. Existe pues la promesa del enfermo y el compromiso del médico que culmina en una alianza



contra el invasor común que es la enfermedad.

Este pacto es notoriamente frágil y se trastoca con facilidad en desconfianza o sospecha. El paciente exige demasiado, no solo la recuperación sino la mejoría y aun la felicidad, por no hablar de la ilusión de la inmortalidad; además, teme el poder omnipotente del médico, su fuerza moral para convencer persistir en el tratamiento e, incluso, de sus propósitos de lucrar con su persona. Por su parte, el médico recela de la capacidad de autoengaño de los enfermos, de la debilidad espiritual de ellos, de la intrusión de terceros (familiares), otros facultativos no especialistas, medicinas alternativas y de las fuerzas económicas externas interesadas en destruir o poner en riesgo los esfuerzos curativos, porque no hay una relación unidireccional entre médico y administración de salud, el médico es, en suma, solo un empleado.

LA PRUDENCIA

El primer nivel —el más importante— del juicio médico es el prudencial. La *phrónesis* griega, inherente a la medicina, significaba que la dimensión práctica se jugaba en situaciones singulares e irrepetibles, por cuanto el paciente es individual tanto como el médico y, en este sentido, era propia de los atributos de la *tékhnē*, que trata con lo particular, y no era *epistēmē*, ciencia que se ocupaba de lo universal. Es esta prudencia o sabiduría práctica —no teórica— la que sigue estrictamente el actuar médico en Berghof y que se sustenta en atributos intuitivos aplicados por el profesional, y este conocimiento proviene en parte de lo aprendido en sus estudios universitarios, pero mayoritariamente del

ejercicio sostenido y reanudado diariamente junto al lecho del paciente. Lo que sucede es que la meta de esta medicina práctica está focalizada en el sufrimiento decididamente somático, aunque lo psíquico también juega un papel pero bastante menor, y toda otra consideración es secundaria o se sustenta en ella.

Ahora bien, que la prudencia guíe el pacto de confianza no significa descansar en una beneficencia de buena voluntad o caridad. Posee reglas producto del mismo ejercicio, practicadas durante años, y que son preceptos y no normas, como sucede en el nivel deontológico. Estos preceptos se pueden resumir en el reconocimiento del carácter único e insustituible de cada enfermo y el respeto debido a su persona. Aunque es innegable que el médico considera al paciente dependiente y subordinado en cuanto a su situación de enfermo (y en ocasiones ramplón en sus atributos personales y morales), también es innegable que reconoce la dignidad que posee siempre y en toda ocasión por estar atacado por un mal, dignidad que es más primordial en las situaciones extremas de empeoramiento y agonía. A esta dignidad se la puede llamar éticamente “estima de sí”: el doctor Behrens se la reconoce especial y señaladamente a Hans Castorp, Madame Chauchat, Joachim Ziemßen, Mynheer Peeperkorn, por nombrar los personajes más destacados.

EL CONTRATO MÉDICO

Acabamos de ver el nivel prudencial del juicio médico en el Berghof, ahora hay que ascender al nivel deontológico. El pacto de confianza o confianza recíproca y la promesa de mantener ese pacto se elevan de rango desde lo interpersonal



al convenio, desde las relaciones interindividuales a las relaciones contractuales. Esto significa que la clínica en “la montaña mágica” no solo se rige por lo particular de cada caso sino también universaliza lo que conocimos más arriba como preceptos. Frente a las virtudes o excelencias de la práctica diaria de la prudencia, que se materializan en los preceptos, están los deberes que siguen normas y que se expresan en máximas de acción.

Resulta difícil precisar la norma históricamente establecida del secreto médico, de la prohibición de romperlo o trasgredirlo, porque en el nivel prudencial tampoco se priorizaba con especial énfasis la dimensión de la confidencialidad. Con frecuencia, no solo los pacientes intercambian intimidades sobre sus padecimientos y pronósticos sino el equipo médico del doctor Behrens y su asistente Krokovski se expresa con bastante indiscreción en sus conversaciones. Lo mismo vale para la máxima de la verdad compartida entre enfermo y doctor. Nunca el paciente está seguro de que se le informe de manera auténtica y veraz sobre su condición y el médico no se siente obligado a hacerlo de rutina o en todo su alcance o gravedad. No hay por tanto una vinculación íntima entre ambas normas, secreto profesional y deber a la verdad, porque las dos máximas de acción rigen de manera tácita, sin mayor cuidado y rigor por los integrantes del contrato. ¿Posibilidad de informarse, sugerir o rechazar terapias alternativas? El doctor Krokovski no solo da conferencias sobre “disección psíquica” (Seelenzergliederung), sino trata a alguno de sus oyentes por este medio, especie de psicoanálisis silvestre que no es considerado una terapia auténtica, sino un coadyuvan-

te experimental sin mayores pretensiones y, por tanto, como no forma parte del tratamiento propiamente tal, es tolerado por todos sin mayores preguntas. Otro asunto es el neumotórax practicado por medio de una inyección de nitrógeno como medida desesperada de ayuda, que es aplicado en ausencia de una explicación detallada ni tras haber discutido la técnica de manera proporcional a su potencial peligro; sin embargo, nadie cuestiona su utilidad ni tampoco la honestidad del médico al proponerlo; incluso se llega a hacer bromas del procedimiento al denominar “sociedad de los medio pulmones” (Verein Halbe Lunge) a aquellos enfermos que lo portan y exhiben dramáticamente en los pasillos del sanatorio.

¿Qué pasa con la máxima que rige para arbitrar y superar los conflictos? No existe, porque se tiende a ignorarlos, minimizarlos o simplemente soslayarlos. La partida de Joachim Ziemßen de Berghof se produce porque este se enfrenta con determinación al doctor Behrens y le comunica su decisión que ya había sido planteada repetidamente con anterioridad, aunque de manera tímida. Behrens acepta e insiste, tras preguntarle si lo hace “¿A su riesgo y peligro?”, en que “efectivamente es un asunto de usted y no mío. Se marcha bajo su propia responsabilidad. Cada uno con lo suyo. Usted viaja sin garantía, yo no respondo de nada (...) Es muy posible que le convenga y que se las arregle usted bien”. Esto es, no hay una norma informalmente establecida que obliga a tratarse aunque no se quiera —no hay un furor sanandi oculo—, pero queda claro que tampoco existen procedimientos explícitos, formales o informales, para dirimir las discrepancias, aprietos y dificultades.



Con esto queda en evidencia que hay una diferencia entre deber de cuidado, que el médico suscribe más allá de toda circunstancia, y deber de curación o resultados, un ardor por alcanzar la salud a toda costa por parte del paciente y, con ello, una amenaza latente sobre el facultativo cuando no la consigue; este deber de curación no solo no es forzoso sino ni siquiera se lo alude al comenzar la cura en el sanatorio.

¿Hay un precepto que fuerce a tomar en cuenta la salud pública? No se puede responder porque se trata de una clínica privada, pero queda la sospecha que no se la considera, ya que el doctor Behrens no sopesa la posibilidad de que Joachim se convierta en potencial peligro para la comunidad al momento de su alta disciplinaria. Además, el asunto de los costes es mencionado, pero como complicación que incumbe exclusivamente a los interesados y no a la sociedad; la sofisticación de los tratamientos y su carga monetaria queda circunscrita al individuo, como se ejemplifica en Lodovico Settembrini, quien se ve forzado a dejar el Berghof por serle imposible seguir sufragándolo.

LA TOMA DE DECISIONES

En su “pequeña ética”, Ricoeur habló que la ética consiste en un deseo de vivir bien, con y para los otros, en instituciones justas(30). Como la ética médica se inscribe en esta ética general del vivir bien y vivir juntos, lo que la especifica y le da su sello único es que su motivación es el sufrimiento, el sufrimiento a partir de la enfermedad que es propia de la condición humana y que en ocasiones la ataca. En el nivel prudencial, el deseo de vivir bien es

el deseo de salud; en el nivel deontológico del con y para los otros, es el contrato de cuidado fundado en la confianza e intimidad técnica, y en el nivel de las instituciones, la profesión médica. Lo dicho hasta aquí se cumple en cada uno de los niveles, lo que traduce la eticidad inherente a la medicina practicada en el Berghof.

¿Qué sucede en la toma de decisiones? La situación original es la incertidumbre que es esencial al enfermar, incertidumbre tanto del médico como del enfermo. El paciente maneja su incerteza entregando su confianza casi total en el médico bajo la promesa de ser fiel a las indicaciones, aunque siempre amenazado por los peligros de la mentira piadosa, del engaño de aminorarse la gravedad de su condición, de que su propio bien no coincide con lo que el facultativo entiende por bien —Ziemßen viró de la entrega esperanzada a la infelicidad insostenible, porque el doctor Behrens no estuvo de acuerdo con su concepción de vida buena que lo impulsó a abandonar el recinto; lo contrario sucedió a Caspar, de modo que lo condujo a permanecer siete años.

La incertidumbre exige la elevación al plano de la toma de decisiones que, como hemos visto, atañe poco al paciente, salvo en mantener su promesa de continuar con rigor y fidelidad el tratamiento prescrito. No existe intercambio de argumentos ni contra argumentos, ni resolución de diferencias, ocasionalmente quejas aisladas sobre tópicos particulares (como fecha de alta). El facultativo lleva a cabo todo el proceso en su intimidad, procede del plano general al plano específico, de la regla general del saber científico y el sa-



ber-hacer profesional a la decisión tomada en situación única, esto es, a escoger finalmente basándose en sus propios preceptos que aplica diariamente producto de su experiencia clínica. Antes que una argumentación lógica, inductiva, se trata de interpretaciones creativas, originales y únicas. La culminación de esta reflexión es la prescripción del médico, lo que le faculta para pasar al otro nivel, el nivel de aplicación, que, más aún que el anterior, incumbe solo al médico.

Por decirlo así, el acto médico tiene una finalidad corta muy clara, resolver un sufrimiento, pero una finalidad a largo plazo más difusa o menos posible de alcanzar en la realidad, la restitución a la vida civil en condiciones de llevar una existencia buena, útil, independiente, capaz. Lo que resulta evidente es que nunca se define a la medicina, al menos explícitamente, como una empresa de cuidados de las enfermedades, en tanto atañen a los vínculos que tienen sus miembros con la sociedad como conjunto; de hecho, se sabe casi nada del destino ulterior de los pacientes después de abandonar el recinto; las excepciones la constituyen los casos que pretenden regresar por recaídas o agravamientos finales, quienes proceden a ponerse en contacto directo con su médico por medio de misivas.

NIVELES BIOLÓGICO, SOCIAL Y EXISTENCIAL

La vida humana no tiene solo un sentido biológico, sino igualmente social y existencial(31-33). De los dos primeros se ocupa la ética médica, en cambio el tercero va surgiendo a medida que los pacientes van viviendo “las aventuras

de la carne y el espíritu” dentro del sanatorio, en intercambio íntimo con los otros enfermos y sus mentores, mucho más que con los doctores y el ambiente protegido de las enfermeras y personal de salud.

La enfermedad biológicamente considerada tiene un sentido éticamente negativo, es un déficit, carencia, insuficiencia, irregularidad, desviación, que obliga al individuo a desplegarse en un medio reducido cualitativamente diferente al anterior. El valor vital se encuentra menoscabado porque se evalúa entre el sujeto y su capacidad para resolver sus tareas y exigencias biológicas. Es el médico el que ayuda a enfrentar esta capacidad limitada para operar con las amenazas, peligros y disfunciones: es el poder del doctor asistiendo a la impotencia orgánica del enfermo. De ahí la presunción que en ocasiones exhibe el doctor Behrens por este sentimiento de poder del hombre sano y que administra conocimientos frente al paciente que es impotente o está incapacitado, el valor engañoso del que se siente físicamente garantizado frente al valor de inseguridad personal que experimenta el devastado por el mal. Se contraponen la insolencia del sano al avergonzado, despreciado y desairado del enfermo.

La enfermedad como una anormalidad biológica de ejercicio se distingue de una anormalidad social de uso, la norma interior del ser vivo frente a la norma exterior de lo social, las causas de los procesos orgánicos del sentido de los motivos interpersonales. En otros términos, el vivir en un medio reducido conduce y culmina en una incapacidad o merma para cumplir



con los criterios usuales de vivir juntos con otros. Con ello hace su aparición la enfermedad como estigma social y la medicina responde con la exclusión(34). Pero en el Berghof la exclusión adquiere una connotación especial y distintiva: la reclusión. El sanatorio esconde, emboza y oculta a sus discapacitados e introduce una suerte de vidrio opaco ante la amenaza que ellos representan en cuanto recuerdan la fragilidad, la precariedad y la mortalidad. Al estructurarse como una institución médica total, según la expresión de Goffman, éticamente da origen a una mortificación del yo (degradación, humillación, profanación, mutilación), acudiendo a una serie de procedimientos: despersonalización, echando mano a nombrarlos según el grado de su compromiso pulmonar; desidentificación, por medio de actividades aparentemente culturales o lúdicas pero sin ninguna trascendencia para su futuro en la vida exterior; desautonomización, a través de la vigilancia constante aunque disimulada de los actos; destemporalización, mediante una rutina diaria artificial invariable; desexualización, al recurrir a la inhibición de cualquiera muestra de expresión amorosa(35).

Pero la enfermedad tuberculosa no es solo una desestructuración del organismo que ha perdido sus leyes de funcionamiento fisiológico, ni una anormalidad de uso de las normas sociales que rigen el vivir en compañía de los otros, sino una forma diferente de estructuración, una nueva y especial manera de ser-en-el-mundo con sus valores distintivos y propios. Frente al valor vital del organismo, en oposición a las virtudes de la solicitud y procurar por el otro, está la excelencia de la autorrealización personal(36).

Los planos éticos involucrados en el sanatorio Berghof son definidos, aunque en algunos aspectos de modo poco preciso. Médicamente está el déficit de la estima de sí en el nivel biológico, el déficit del respeto de sí en el nivel social. Pero los facultativos no consideran el nivel existencial donde aquí el déficit se llama “déficit del coraje de ser”. La tuberculosis se expresa en una modificación del Selbstgefühl, sentimiento de identidad de sí-mismo o personal, que se lleva a cabo en un proyecto existencial. Es este Selbstgefühl el que se derrumba en la enfermedad, pero este proyecto no se estanca o detiene, se lanza hacia delante aunque de otra forma, porque la enfermedad tiene un valor positivo y no solo negativo, es posibilidad de realización por sobre posibilidad de desestructuración, es un ideal de perfección junto a un estrechamiento de posibilidades. Las enseñanzas de Settembrini, Naphta y Peeperkorn van señalando y entregando lo que los médicos no saben o desconocen, una estima que es doble: una estima de sustitución y una estima de suplemento, que permiten nuevas y diferentes maneras de estar, abrir y esclarecer el mundo(37-39). Gracias a ello, la vida de Hans Castorp se eleva de “un hijo mimado por la vida”, de un “joli bourgeois à la petite tache humide”, en un sujeto en que el espíritu vence y sobrevive a la carne —aunque al final, cuando estalle la Gran Guerra y su “fiesta de la muerte”, contrariamente y de manera ominosa, “lo que te ha permitido vencer con el espíritu no podrás sobrevivir con la carne”(20).

FRAGILIDAD DE LA ÉTICA MÉDICA

1. La ética médica ejercida en “La montaña mágica” muestra los conflictos,



incertidumbres y paradojas que la acosan en la práctica clínica e impiden dar normas estandarizadas, prescripciones unívocas y principios universales de comportamiento, y así la hace particularmente frágil: a) el enfermo no es una cosa y, sin embargo, su cuerpo es parte de la naturaleza física; b) el paciente no es una mercancía ni la medicina un comercio, pero la medicina tiene un precio y es costosa; c) el sufrimiento es privado, pero la salud es pública; d) la enfermedad es una desestructuración, pero el enfermo es un proyecto de vida de autorrealización(31).

2. La moral médica es supuesta, admitida y acatada por todos los participantes del acto terapéutico: enfermo, médico, familia, sociedad en su conjunto. Antes que cuestionarla o polemizar sobre ella, se la practica de forma silenciosa. Parafraseando lo que Aristóteles dijo de la justicia: no importa tanto saber lo que es la ética médica sino actuar éticamente. La tradición médica occidental y el prestigio cultural de la profesión son determinantes para esta postura. Que en ocasiones se la ironice, descalifique o desacredite de manera pasajera o ácida, y respecto de puntos particulares, significa que posee fuerza, presencia y vigencia.
3. La ética de la virtud y de la virtuosidad unida al juicio prudente predominan sobre las normas y máximas de acción, sean el secreto médico, la verdad compartida entre médico y paciente, y el asentimiento a los procedimientos terapéuticos. Por así decirlo, el “médico perfecto” es más valorado que el acatamiento por parte del equipo médico

a las reglas establecidas de manera obligatoria, aunque el *teleios iatrós* no constituye una ideología que se proclama apasionadamente, sino solo un ideal al que se aspira juiciosamente.

4. La ética médica se ocupa esencialmente de los planos biológico y social, y, por ello, le importa la estima de sí y el respeto de sí del paciente, aunque con matices. Porque finalmente es el organismo la meta de su accionar, el sufrimiento físico antes que el sufrimiento espiritual, la desorganización somática antes que el desequilibrio emocional. Quizás ese sea el motivo por el que se valore más a la ética del no abandono que a la ética del acompañamiento o cuidado, porque le importe especialmente que el paciente sienta que siempre y en toda ocasión se estará con él antes que detenerse a consolarlo en los instantes de desamparo psicológico, esto es, la confianza antes que la solicitud, procura o cuidado-del-otro (variedad específica de *Fürsorge*, en terminología de Heidegger)(40).
5. La relación terapéutica es determinante, pero en un sentido técnico antes que personal, es una camaradería itinerante (*Weggenossenschaft* de von Weizsäcker)(41) que tiene una finalidad bien precisa: aunarse en derrotar al enemigo común que es la enfermedad y no en entablar una relación íntima, porque a esta no se la concibe como causante de su génesis, presentación, curso ni curación. Siguiendo a Aristóteles, la relación médica es una versión de la amistad, pero no amistad por utilidad, ni amistad por placer, sino amistad por reciprocidad, por ser quien se es, como individuo úni-



- co, aunque sin ponerse como meta la intimidad ni menos la relación amorosa, al ser los participantes de sexo opuesto(5,8,42-44).
6. Las críticas a esta ética médica vienen del narrador y no de los participantes del encuentro terapéutico, ni menos de los representantes de las leyes o de la sociedad. La preferencia por una ética de la vida buena por sobre la de los deberes, por el bien por encima de lo obligatorio, por la estima de sí antes que por el respeto de sí, por los máximos morales a que tiene que aspirar el sujeto como persona con preponderancia a los mínimos morales que necesita alcanzar cualquier individuo al interior de la sociedad, trae problemas y graves. Estos dilemas necesitarán ser enfrentados por otro tipo de ética en otro momento histórico. Llevada a un plano social, es lo que advierte y pronostica este narrador al finalizar su obra, aunque se puede inferir que la ética médica, al igual que la sociedad entera, también puede deslizarse a una lucha de muerte y exterminio entre principios opuestos: "de esta fiesta de la muerte, de esta mala fiebre que incendia en torno tuyo (Hans Castorp) el cielo de esta noche lluviosa, ¿se elevará el amor algún día?".
 3. Toulmin S. "How medicine saved the life of ethics". *Perspect Biolog Med* (Chicago), 1982; 25: 736-750.
 4. Rothman D. J. (1991) *Strangers at the bedside: A history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York: Basic Books.
 5. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1985.
 6. Ricoeur P. "Les trois niveaux du jugement médical". *Esprit*, 1996; 12: 21-33.
 7. Laín Entralgo P. "La curación por la palabra en la antigüedad clásica". Madrid: *Revista de Occidente*, 1958.
 8. Laín Entralgo P. (1983). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. 2ª. Edición. Madrid: Alianza.
 9. Cassell E. J., Siegler M. (editors) (1979). *Changing values in medicine*. New York: University Publications of America.
 10. Drane J. F. (1988). *Becoming a good doctor: the place of virtue and character in medical ethics*. Kansas: Sheed and Ward.
 11. Fraisse J-C. Philia (1984). *La notion d'amitié dans la philosophie antique*. Paris: Vrin.
 12. Heidegger M. "Der Ursprung des Kunstwerkes". En: Heidegger M. *Gesamtausgabe*, 5. Frankfurt: Klostermann; 1984: 7-68.
 13. Figueroa G. "Lo ominoso revisitado. Freud y "La vuelta de tuerca" de Henry James". *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 2000; 38: 237-254.
 14. Figueroa G. "El trastorno mental de Hamlet: Un diálogo con H Tellenbach". *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 2000; 38: 72-83.

REFERENCIAS

1. Pellegrino E. D. (1988), Thomasma D. C. *For the patient's good: The restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press.
2. Pellegrino E. D. "The metamorphosis of medical ethics". A 30-year retrospective. *JAMA*, 1993; 269: 1158-1162.



15. Tellenbach H. (1983). *Schwermut, Wahn, und Fallsucht in der abendländischen Dichtung*. Hürtgen-wald: Guido Pressler.
16. Figueroa G. "Triunfo, culpa y muerte reconsiderados: la interpretación de un sueño en "Fresas salvajes" de Ingmar Bergman". *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 2002; 40: 210-237.
17. Figueroa G. "Virginia Woolf: enfermedad mental y creatividad artística". *Rev Méd Chile*, 2005; 133: 1381-1388.
18. Heidegger M. (1976) *Brief über den "Humanismus"*. Gesamtausgabe 9. Frank-furt: Klostermann, 313-364.
19. Heidegger M. (1994) *Zollikoner Seminare. Protokolle-Zwiesgespräche-Briefe*. 2. Auflage Frankfurt: Klostermann.
20. Mann T. (1945). *Der Zauberberg*. Frankfurt: Fischer.
21. Goethe JWv. Wilhelm Meisters Lehrjahre. Sämtliche Werke IV. Stuttgart: Cota, 1940.
22. Ricoeur P. (1984). Temps et récit II. *La configuration dans le récit de fiction*. Paris: Seuil.
23. Thieberger R. (1962). *Der Begriff der Zeit bei Thomas Mann, von Zauberberg zum Joseph*. Baden-Baden: Verlag für Kunst und Wissenschaft.
24. Ricoeur P. (1984). *Temps et récit I. L'histoire et de récit*. Paris: Seuil.
25. Mann T. *Der Tod in Venedig*. 22. Aufl. Frankfurt: Fischer; 1998.
26. Mann T. "Einführung in den Zauberberg. Für Studenten der Universität Princeton. Als Vorwort". En: Mann T. *Der Zauberberg*. Frankfurt: Fischer; 1945: 7-20.
27. Mann T. *Bekenntnisse des Hochstaplers Felix Krull*. Frankfurt: Fischer, 1954.
28. Figueroa G. "Enfermedad creativa". *Anuario Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso*, 1993; 2: 135-144.
29. Anzieu D. "Les cinq phases du travail créateur". En: Anzieu D. *Le corps de l'oeuvre. Essais psychanalytiques sur le travail créateur*. Paris: Gallimard; 1981: 91-211.
30. Ricoeur P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: du Seuil.
31. Ricoeur P. "Le juste 2. Études, lectures et exercices de étique appliqué". Paris: *Esprit*, 2001.
32. Sartre J-P. (1943). *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard.
33. Zubiri X. (2006). *Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica*. Madrid: Alianza.
34. Foucault M. *Le pouvoir psychiatrique*. Cours au Collège de France 1973-1974. Paris: Seuil/Gallimard, 2003.
35. Goffman E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday & Company.
36. Figueroa G. "Responsabilidad profesional: máximos, mínimos, excelencia y veracidad". *Rev Méd Chile*, 2006; 134: 233-239.
37. Ricoeur P. (2004). *Parcours de la reconnaissance. Trois études*. Paris: Éditions Tock.
38. Figueroa G. "Los fundamentos del análisis existencial". *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 1995; 33: 21-29.
39. Figueroa G. "Problemas de la psicoterapia existencial". *Rev Psiquiatría Clínica*, 1991; 28: 45-59.
40. Heidegger M. (1963). *Sein und Zeit*. 10. Aufl. Tübingen: Niemeyer.



41. Weizsäcker W. V. (1987). *Der Arzt und der Kranke. Stücke einer medizinischen Anthropologie*. Gesammelte Schriften. Band 5. Frankfurt: Suhrkamp.
42. Laín Entralgo P. (1985). *Sobre la amistad*. Madrid: Espasa-Calpe.
43. Laín Entralgo P. “Amor al hombre y amor al arte en la medicina hipocrática”. En: Laín Entralgo P. *Ciencia, técnica y medicina*. Madrid: Alianza; 1986: 218-227.
44. Binswanger L. (1962). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. 5. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

LOS CONFLICTOS DE INTERESES*

EMILIO LA ROSA RODRÍGUEZ

RESUMEN

El artículo revisa el concepto de conflicto de intereses con la industria y el modo como este conflicto afecta el trabajo de los profesionales de la salud. Se examinan los conflictos de intereses de carácter colectivo, los conflictos en la investigación, en las publicaciones, en la redacción de guías de buenas prácticas médicas y, de modo cada vez más evidente, en las relaciones de las asociaciones de pacientes con la industria.

Palabras clave: conflicto de intereses, ética, industria farmacéutica, médico, paciente

ABSTRACT

This article reviews the concept of conflicts of interest with industry and the way these conflicts affect health care professionals work. Conflicts of interest of collective type in research, publications, writing good medical practice *guidelines* and with an increasing evidence, the relations of patients associations with industry are examined.

Key words: conflicts of interest, ethics, pharmaceuticals industry, physician, patient

INTRODUCCIÓN¹

El conflicto de intereses(1) se define como un conjunto de condiciones y circunstancias que pueden influenciar indebidamente el juicio profesional en relación con el interés primario (bienestar y tratamiento del paciente, validez de la investigación) por un interés secundario (provecho económico, afán de notoriedad, prestigio, reconocimiento y promoción profesional). El conflicto

de intereses se refiere sobre todo a una “situación” y no necesariamente a un “comportamiento”. Por esta razón, difiere esencialmente de la “falta científica” (plagio, invención o distorsión de resultados, publicaciones redundantes, entre otras), la cual afecta la seriedad y calidad científica.

El principal interés de un profesional de la salud es actuar por el bien de las personas y la comunidad a la que sirve. El interés secundario frecuentemente no tiene ninguna relación con la misión fundamental del profesional. Este es generalmente el producto de un enfrentamiento entre diversas presiones, ya que dicho profesional puede estar confrontado a un conflicto de intereses de naturaleza política, académica, religiosa o

* *Acta Bioethica*, 2011; 17 (1): 47-54.

1 El libro “La fabricación de nuevas patologías: de la salud a la enfermedad”, de Emilio La Rosa, edición Fondo de Cultura Económica, analiza la problemática de los conflictos de intereses en medicina y otros temas, como la creación corporativa de nuevas afecciones, el nivel de riesgo en salud y la democracia sanitaria, los aspectos éticos de los medicamentos y la publicidad farmacéutica.

personal. Sin embargo, muy a menudo el interés secundario es de naturaleza financiera.

Existe, pues, conflicto de intereses cuando una persona tiene la obligación moral de actuar en nombre de otros y esta acción se ve comprometida por los estrechos vínculos que tiene con un tercero.

En los países donde no existen reglamentos sobre el tema, los conflictos de intereses en materia biomédica pueden adoptar diversas formas(2): regalos directos e indirectos, patrocinio de actividades culturales y científicas, formación continuada (seminarios, mesas redondas, conferencias) financiada por la industria farmacéutica, posesión de acciones o títulos financieros, investigación financiada por la industria farmacéutica, financiamiento de cátedras académicas o de asociaciones de profesionales, actividades de consultor, o redacción por parte de terceros de artículos “científicos”.

La costumbre de los regalos no sólo está muy extendida en muchos países, sino que también es considerada como “normal”, debido a que se encuentra muy anclada en la vida profesional, no permitiendo ningún tipo de cuestionamiento. Así pues, un porcentaje significativo de médicos que reciben regalos de las empresas farmacéuticas niega su influencia, a pesar de las evidencias que demuestran lo contrario(3).

Las cenas y los viajes para asistir a conferencias, congresos, simposios y coloquios son prácticas comunes en muchos países. Sin embargo, se sabe que dichas prácticas influyen y aumentan la prescripción de medicamentos pertenecientes al laborato-

rio que financia esas actividades(4). Este tipo de práctica también es considerada como normal, al punto que la mayoría de médicos desean y esperan que las empresas farmacéuticas patrocinen sus reuniones de formación permanente(4).

De la misma manera, muchas sociedades médicocientíficas dependen, para la publicación de sus revistas y suplementos, del patrocinio y de la ayuda financiera de la industria(2). Esta ayuda se da generalmente a través de la publicidad farmacéutica que dichas revistas insertan en sus páginas(5). Tal como precisa L. Bero, se ha demostrado que los suplementos de las revistas patrocinados por la industria farmacéutica tienen tendencia a hacer más promoción a sus patrocinadores comparados con otros suplementos que no se benefician de este tipo de ayuda(6).

Dar o recibir regalos tiene un significado preciso y un carácter muy importante en muchas culturas, incluso un regalo insignificante exige lealtad y amistad(7,8). Ciertos estudios sobre la toma de decisiones muestran que el interés personal afecta el proceso de reflexión. Cuando los investigadores solicitan a las personas que expliquen la falta de objetividad, éstas afirman que ninguna recompensa los hará perder su objetividad. Por el contrario, sus adversarios serían mucho más influenciados. En realidad, da la impresión que las personas encuestadas han subestimado considerablemente su pérdida de objetividad.

Dichos trabajos muestran también que esos mecanismos son inconscientes e indirectos. El interés personal modifica la forma en que los individuos buscan y analizan la información(9), y los médicos e



investigadores no son inmunes a este tipo de reacción. Así, por ejemplo, los internos y residentes de un hospital que participaron en eventos científicos organizados o patrocinados por un laboratorio farmacéutico tuvieron una mayor predisposición para prescribir medicamentos comercializados por el patrocinador, comparados con aquellos que no asistieron a dichos eventos. Un estudio muestra que de los 20 médicos que asistieron a seminarios organizados por dos empresas farmacéuticas, 19 afirmaron antes de los seminarios que esas actividades no modificarían sus métodos de trabajo. Sin embargo, se constató que, después de los seminarios, dichos médicos prescribían con mayor frecuencia los medicamentos fabricados por esas empresas.

Los investigadores concluyen que cualquier medida para controlar la influencia de las compañías farmacéuticas (limitar los regalos, sensibilizar a los médicos u obligarlos a declarar cualquier regalo recibido) está condenada al fracaso, porque se basa en un modelo falso del comportamiento humano. Su conclusión es simple: hay que prohibir todo tipo de regalos que la industria farmacéutica ofrece a los médicos(9). En algunos países estos regalos son considerados como casos de corrupción(10).

Un documento de la OMS(11) subraya que: “Las empresas se enfrentan a una enorme presión para ganar y retener una parte del mercado”, creando un conflicto de intereses inmanente entre los fines comerciales legítimos de esas empresas y las necesidades médicas, económicas y sociales de los proveedores de salud y del público”.

El concepto de conflicto de intereses no es sinónimo de juicio sobre la honestidad de

la persona, sino que expresa más bien una injerencia latente. Por cierto, a menudo es difícil o imposible detectar una influencia nefasta(3). La magnitud actual de las interacciones entre el médico y la industria farmacéutica afectan la prescripción y el comportamiento profesional(12); esta situación debe ser tratada con seriedad por los gobiernos, los profesionales y las sociedades científicas.

LOS CONFLICTOS DE INTERESES DE CARÁCTER COLECTIVO

El conflicto de intereses también puede ser colectivo cuando el profesional de la salud –a título individual– no tiene ningún vínculo con una empresa, sino que es miembro de una asociación que participa en un evento patrocinado por la industria farmacéutica o recibe donaciones de dicha industria. Este tipo de relación mueve a veces mucho dinero.

Durante el período 2001-2003, la American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatría) vendió a los Laboratorios Abbott Ross®, 600.000 ejemplares de la “Guía de la lactancia materna para las madres jóvenes”, por un monto que no fue revelado. Este laboratorio se encargó de distribuirlos –con su nombre y logotipo–, por intermedio de los médicos y las enfermeras, a las madres con bebés. La compañía Nestlé ha financiado el envío del “Manual de Nutrición” (*Pediatric Nutrition Handbook*) a los miembros de la Academia Americana de Pediatría, lo que representa más de 60.000 personas.

Estos dos ejemplos ilustran la estrategia de asociación con las sociedades científicas reconocidas y respetadas, lo que permite a la industria farmacéutica mejo-



rar su imagen. Además, un análisis de 37 artículos publicados en revistas médicas importantes revela que la tercera parte de los autores principales estaban en una situación de conflicto de interés financiero, ya sea por las patentes, las acciones o porque eran miembros (remunerados) del consejo de administración.

LOS CONFLICTOS DE INTERESES Y LA INVESTIGACIÓN

En Estados Unidos de América, se estima que alrededor del 60% del financiamiento de la investigación y desarrollo biomédico proviene de fondos privados, y dos tercios de las universidades poseen capitales relacionados con patrocinadores externos(13). Esta situación es preocupante porque es cada vez más difícil encontrar investigadores o médicos confirmados sin ninguna relación financiera con la industria farmacéutica(12).

Una encuesta reciente subraya que el conflicto de intereses es “dominante y problemático” en la investigación biomédica, ya que una cuarta parte de investigadores universitarios reciben fondos de la industria y una tercera tiene vínculos financieros con los patrocinadores(14).

Se ha hecho hincapié en que la investigación patrocinada por la industria tiende a presentar resultados que le son favorables, en comparación con los resultados presentados por organismos financieramente independientes de la industria. Esta “polarización sistemática” de los resultados no significa que la investigación patrocinada sea de mala calidad, sino que las cuestiones científicas analizadas reflejan más bien los intereses del patrocinador.

A. Relman(15), ex redactor del *New England of Medicine*, declaró que “La profesión médica está comprada por la industria farmacéutica, no sólo en lo que respecta a la práctica médica, sino también a la enseñanza y la investigación”. Y añade que: “Los centros universitarios de este país (Estados Unidos de América) se permiten ser agentes pagados por la industria farmacéutica. Creo que es vergonzoso”.

Las soluciones no son tan simples, porque algunas personas piensan que la asociación industria-universidad es fundamental para los avances de la medicina(16).

T. Bodenheimer(17) denunció la creciente influencia de la industria farmacéutica sobre los ensayos clínicos. Esta industria censura, embellece y modifica los resultados de los estudios pagados a investigadores independientes. Así, por ejemplo, los resultados considerados como negativos para sus intereses fueron censurados o manipulados y la publicación retrasada y revisada, debido a que esos resultados ponían de manifiesto ciertos efectos secundarios de un medicamento. Al final, el investigador publicó un artículo en el que se refería vagamente a esos efectos nefastos. En otro caso, los resultados sugerían la falta de eficacia de la molécula y el artículo no se publicó.

El control que la industria farmacéutica ejerce sobre los datos y los resultados de los ensayos clínicos sugiere una falta de imparcialidad y permite a las empresas modificarlos de acuerdo con sus intereses(2).

Los conflictos de interés y las publicaciones Un gran número de revistas cien-



tíficas de prestigio internacional se ha enfrentado a problemas de conflictos de intereses relacionados con la publicación de artículos, cuyos autores o el mismo estudio tienen una relación financiera con la industria farmacéutica. Para hacer frente a estas dificultades muchas revistas biomédicas han decidido, de manera gradual, solicitar a los autores que declaren sus conflictos de intereses reales o potenciales. El Council of Science Editors, que reúne a numerosos jefes de redacción de revistas biomédicas, ha alentado oficialmente esa práctica y actualiza periódicamente sus reflexiones sobre el tema(18).

Se estima que el 50% de las revistas médicas con alto factor de impacto poseen sus propias normas sobre la declaración de conflictos de intereses(16). Algunas tienen normas muy rigurosas y exigen a los autores que declaren toda actividad remunerada en una sociedad privada (que tenga o no alguna relación con el artículo que desea publicar); otras exigen también que se declare la relación financiera que pueda existir entre la esposa o el esposo del autor(a) y la sociedad privada(19). Sin embargo, aún queda mucho trabajo por hacer con el fin de incitar a los autores a realizar esas declaraciones.

H. Stelfox(20) estudió 70 publicaciones sobre los bloqueadores de los canales de calcio. Estos artículos fueron clasificadas en tres grupos según la actitud de los autores: crítica, favorable y neutral en relación con un medicamento determinado. El primer grupo de autores criticó al medicamento, el grupo neutral no se pronunció ni a favor ni en contra y el grupo favorable elogió al medicamento. Luego, se les preguntó si habían recibido dona-

ciones de la industria farmacéutica y se analizó la correlación entre ambas variables. Los autores que tenían una relación financiera con uno de los fabricantes de los medicamentos estudiados pertenecían en un 96% al grupo favorable, en un 60% al grupo neutro y en un 37% al grupo de autores críticos. Algunos de los autores de este último grupo estaban asociados con los fabricantes del fármaco competidor. Esta situación plantea ciertos problemas éticos referentes, por una parte, a la influencia y presencia de la industria farmacéutica en la producción, publicación y comunicación de la información relativa a la eficacia y a los efectos adversos de los medicamentos, y, por otra, a la parcialidad de los investigadores.

LOS CONFLICTOS DE INTERÉS Y LA REDACCIÓN DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS MÉDICAS

El progreso de la medicina, la proliferación de la información, así como la exigencia de una práctica médica basada en evidencias científicamente probadas, han dado lugar a la aparición de referencias o guías de buenas prácticas médicas (*guidelines*), generalmente redactadas por grupos de expertos. Sin embargo, estas herramientas –útiles para la práctica médica– no están liberadas de influencias contrarias a sus objetivos.

Un estudio(21) sobre los posibles conflictos de interés entre los autores de *guidelines* y la industria farmacéutica pone de manifiesto que las relaciones entre ambos no son muy claras, sobre todo si se trata de guías destinadas a influir en las decisiones diagnósticas y terapéuticas de los médicos. La encuesta fue realiza-



da en una muestra de 192 profesores de medicina europeos y norteamericanos que participaron en la redacción de 44 guías sobre enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial y el asma. Entre los 100 profesores de medicina que respondieron a la encuesta, 87% tenían una relación financiera con la industria farmacéutica, 38% eran asalariados o consultores de una empresa farmacéutica, 58% habían recibido apoyo financiero para llevar a cabo sus investigaciones y 59% tenían relaciones con los fabricantes de medicamentos mencionados en la guía redactada por estos autores. Además, 55% de los encuestados indicaron que no existían procedimientos formales para declarar este conflicto de intereses en la época en que redactaron esas *guidelines*. Hubo solamente dos casos de declaración de conflicto de intereses. Sólo el 7% de los autores consideran que la relación industria-médico podría tener alguna influencia en la redacción de dichas guías y el 19% cree que dicha influencia existe cuando esta relación es entre la industria y un colega.

Es evidente que los conflictos de intereses deben ser indicados en las *guidelines* y, también, en todas las publicaciones científicas. Sin embargo, aún no está claro cómo determinar el grado de relación entre el médico y la industria farmacéutica. ¿Cuál es el umbral a partir del cual el médico y el investigador no están ya sometidos a las influencias de la industria?

LOS CONFLICTOS DE INTERESES Y LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES

La industria farmacéutica se interesa cada vez más en las asociaciones de en-

fermos como un relevo de comunicación y dentro de sus estrategias comerciales, promoviendo incluso la creación de algunas de ellas. Por ejemplo, la National Alliance for the mentally ill (Alianza Nacional para los enfermos mentales), organismo relacionado con los laboratorios Lilly en Estados Unidos de América y la asociación Action for access (Acción para el acceso), creada por Biogen en Inglaterra(22).

En el plano internacional, la industria farmacéutica apoya a una serie de asociaciones o federaciones, como la International Alliance of Patient's Organisation (Alianza Internacional de la Organización de Pacientes, IAPO), o el European Patient Forum (Foro Europeo de Pacientes)(23), que tiene un trabajo activo en el nivel de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Un informe del Boston Consulting Group(2) considera que “las empresas tienen el poder de aumentar la demanda acompañando de forma continuada y bien dirigida cada decisión del consumidor”. Este enfoque ya ha sido puesto en práctica en materia de publicidad de medicamentos y en los sitios web sobre la salud y la enfermedad financiados por la industria farmacéutica.

Las páginas web de algunas asociaciones de enfermos son financiadas directa o indirectamente las empresas farmacéuticas. Además, para alimentar dichas páginas, estas empresas proporcionan la información necesaria sobre la enfermedad y los tratamientos.

Las donaciones y la información que la industria farmacéutica proporciona actúan como catalizadores para que las asocia-



ciones se conviertan en aliados y abogados frente a los gobiernos y a los mismos pacientes.

En la práctica, estas asociaciones demuestran ser muy útiles a las empresas farmacéuticas cuando se trata de la autorizar la comercialización de un fármaco, de fijar su precio y, sobre todo, cuando la autoridad pública se muestra reacia ya sea a los precios muy elevados de los nuevos medicamentos o para fijar el porcentaje de reembolso de un medicamento por la seguridad social(23,24).

J. Marshall(25) revela que aproximadamente 20% del financiamiento de siete asociaciones de pacientes de Estados Unidos de América proviene de donaciones de compañías farmacéuticas. De las siete asociaciones, cuatro han participado en actividades relacionadas con la “mongering disease”: mecanismos para ampliar inútilmente las definiciones de las afecciones con el objetivo de tener más pacientes y aumentar de esta forma el mercado del medicamento.

En 2005, el 77% del presupuesto de la asociación Depression and Bipolar Support Alliance fue proporcionado por 15 donantes, de los cuales 12 eran empresas farmacéuticas. La mayor parte del presupuesto de la asociación Colorectal Cancer Coalition proviene también de dicho sector. Otras asociaciones han recibido donaciones de empresas farmacéuticas cuyo medicamento está relacionado con el objetivo de la asociación. Así, por ejemplo, la Restless Legs Syndrome Foundation (RLS) ha recibido más de US \$450.000 (32% de su presupuesto de 2005) del laboratorio Glaxo-SmithKline (GSK), que comercializa Adartrel (ropinirol), y 178.000

dólares de los laboratorios Boehringer Ingelheim, que comercializa Sifrol (pramipexol). Estos dos fármacos son prescritos para combatir las formas severas del síndrome de las piernas inquietas idiopático (SPI).

La Comisión de Transparencia de la Alta Autoridad en Salud de Francia (Haute Autorité en Santé, HAS) considera que el servicio médico proporcionado por el medicamento Sifrol es importante solamente en las formas muy severas del síndrome de piernas inquietas idiopático. En todas las otras formas, la comisión considera que el servicio médico proporcionado por el Sifrol es insuficiente.

Cabe señalar que el laboratorio Pfizer, uno de los principales donantes de la fundación RSL durante 2003 y 2004, cesó sus donaciones en 2005, después de abandonar el desarrollo de un fármaco prescrito para este síndrome (SPI).

D. Ball(26), luego de analizar 69 sitios web de asociaciones nacionales e internacionales que se ocupan de diez enfermedades diferentes, demuestra que las fuentes de financiamiento de una tercera parte de estas organizaciones no son transparentes: 46% de estas asociaciones no publicaron su informe anual en su página web, sólo 10,1% presentó una información sobre las donaciones y ninguna comunicó claramente el porcentaje de donaciones que proviene de la industria farmacéutica.

Por otra parte, un tercio de estos sitios web publica en sus páginas uno o varios logos de ciertas empresas farmacéuticas y propone un enlace con las páginas web de dichas empresas. Además, el 10% de



sitios web tenían una página de presentación de esas sociedades y algunos sitios mencionan detalles de los fármacos. Ball remarca que estos sitios web no proporcionan información suficiente para evaluar si existe un conflicto de intereses con las empresas farmacéuticas y hace un llamado a las asociaciones de pacientes para que adopten un código de ética que permita normar sus relaciones con el sector farmacéutico. Esta es la única condición para seguir siendo independientes y capaces de representar verdaderamente los intereses de los pacientes. De lo contrario, si el código de ética no se concretiza, sería necesario que los gobiernos regulen este tipo de relación.

REFERENCIAS

1. Thompson D. F. "Understanding financial conflicts of interest". *N Engl J Med*, 1993; 329: 573-576.
2. Moynihan R. "Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies". *BMJ*, 2003; 326: 1189-1196.
3. Wazana A. "Physicians and the pharmaceutical industry, is a gift ever just a gift?". *JAMA*, 2000; 283: 373-380.
4. Lexchin J. "Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say?". *CMAJ*, 1993; 149: 1401-1407.
5. Smith R. "Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows". *BMJ*, 2003; 326: 1202-1205.
6. Bero L., Galbraith A. "Rennie D. The publication of sponsored symposiums in medical journals". *N Engl J Med*, 1992; 327: 1135-1140.
7. Krimsky S. "Small gifts, conflicts of interest, and the zero-tolerance threshold in medicine". *The American Journal of Bioethics*, 2003; 3(3): 50-52.
8. Katz D., Merz J., Caplan A. "All gifts large and small: Toward an understanding of pharmaceutical industry gift-giving". *The American Journal of Bioethics*, 2003; (3)3: 39-46.
9. Dana J., Lowenstein G. "A Social Science Perspective on Gifts to Physicians from Industry". *JAMA*, 2003; 290: 252-255.
10. Turone F. "Italian police investigate GSK Italy for bribery". *BMJ*, 2003; 326: 413.
11. WHO. "Clinical pharmacological evaluation in drug control. Copenhagen", WHO; 1993 (EUR/ICP/DSE 173).
12. Bekelman J., Li Y., Gross C., Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research. *JAMA*, 2003; 289: 454-465.
13. Angell M. "Is academic medicine for sale?". *N Engl J Med*, 2000; 324: 1516-1518.
14. Lexchin J., Bero L. A., "Djulgovic B, Clark O, Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review". *BMJ*, 2003; 326: 1167-1170.
15. Relman A., Angell M. "America's other drug problem". *New Republic*, 2002, December 16: 27.
16. McCrary S. V., Anderson C. B., Jakovljevic J. "A national survey of policies on disclosure of conflicts of interest in biomedical research". *N Engl J Med*, 2000; 343: 1621-1626.
17. Bodenheimer Th. "Uneasy Alliance-Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry". *N Engl J Med*, 2000; 342(20): 1539-1544.



18. Council of Sciences Editors. Disponible en <http://www.councilscienceeditors.org>. Consultado el 9 de julio de 2007.
19. American Thoracic Society. Disponible en <http://www.thoracic.org/> Consultado el 9 de julio de 2007.
20. Stelfox H. "Conflict of Interest in the Debate over Calcium-Channel Antagonists". *N Engl J Med*, 1998; 338: 2.
21. Choudhry N. K., Stelfox H. T., Detsky A. S. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA*, 2002; 287: 612-617.
22. Herxheimer A. "Relationships between the pharmaceutical industry and patient's organisations". *BMJ*, 2003; 326: 1208-1210.
23. Prescrire Rédaction. "Firmes et associations de patients: des liaisons dangereuses". *Rev Prescrire*, 2005; 258: 133-134.
24. Buckley J. Pharmaceutical marketing. Time for change. *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*. Disponible en http://ejbo.jyu.fi/pdf/ejbo_vol9_no2_pages_4-11.pdf Consultado el 27 de agosto de 2007.
25. Marshall J, Aldhous P. "Patient groups special: swallowing the best advice?" *New Scientist*, 2006. Disponible en <http://www.newscientist.com/channel/health/mg19225755.100-patient-groups-special-swallowing-the-best-advice.html> Consultado el 27 de agosto de 2007.
26. Ball D. E., Tisocki K., Herxheimer A. "Advertising and disclosure of funding on patient organisation websites: a cross-sectional survey". *BMC Public Health*, 2006; 6: 201.



MUERTE A PETICIÓN: ¿CARIDAD O CRIMEN? REFLEXIONES SOBRE LA FILOSOFÍA DE ANSELM WINFRIED MÜLLER*

HANS THOMAS

TRADUCCIÓN DEL ALEMÁN: JOSÉ MARÍA BARRIO MAESTRE
Y RICARDO BARRIO MORENO

RESUMEN

En el presente artículo se trabaja la perspectiva filosófica de Anselm Winfred Müller con relación al tema de la muerte a petición. Para tal fin, se explican algunas de las principales teorías filosóficas que trabajan los problemas éticos en torno al espinoso tema del principio y fin de la vida humana y, en este caso especial, aquellos argumentos que buscan justificar una postura específica frente a la afirmación según la cual toda vida es sagrada. Al finalizar, Müller justificará su postura según la cual el valor incondicional de la vida humana no es argumentable, ya que tal valor incondicional constituye, por el contrario, el fundamento de toda valoración ética y la medida de su rectitud.

Palabras claves: Valor incondicional de la vida, sacralidad de la vida, muerte a petición, eutanasia, suicidio.

El paciente Schmitz morirá si no se le trasplanta un corazón nuevo, lo mismo que el paciente Meyer, que necesita un nuevo pulmón para sobrevivir. Sin embargo, los trasplantes necesarios todavía no están al alcance, a no ser que se mate al Sr. Müller, una persona sana. En todo caso, se salvarían dos vidas. Dos vidas contra una: un cálculo claro al servicio de la vida. John Harris, que ha introducido el caso en la discusión filosófica¹, arguye que, al fin y al cabo, al Sr. Müller simplemente no se le puede

ir a buscar por la calle, y que la elección de la víctima exigiría, desde luego, un procedimiento imparcial y equitativo. Lo que Harris propone ha entrado en la discusión especializada bajo el nombre de “lotería de la supervivencia”. Sin duda alguna –opina– merecería todo nuestro respeto la moral de la sociedad que así se comportara.

La lotería de la supervivencia de John Harris se cuenta entre los frutos más recientes de la bioética utilitarista. La gente que solamente cuenta con su sentido común tendría por absurda esta idea. Y ello

* Tomado de la revista *Urbe et ius*, revista de opinión jurídica, Año II, *Newsletter* N° 17, invierno MMVI. Título original: “Euthanasie. Wohltat oder Untat? Anmerkungen zur Philosophie von Anselm Winfried Müller”, en *Die Neue Ordnung*, Vol. 53, Nr. 5, Oktober 1999, pp. 363-374.

1 John Harris: “The Survival Lottery”, en *Philosophy*, 50 (1975); publicado también en Peter Singer: *Applied Ethics*, New York, 1986, pp. 87-98.

lo puede comprobar el lector preguntando en su entorno. Sin embargo, en los círculos especializados de la bioética, como poco el asunto resulta discutible. De otra manera no se comprende que el cálculo de John Harris sobre la vida y los valores vitales sea tan fervorosamente atendido por la literatura especializada. En todo caso, ya nos hemos acostumbrado desde hace tiempo a cálculos de este tipo, como ocurre con los arreglos legales acerca de la protección o supresión de la vida de los no nacidos. John Harris únicamente se aferra a ese principio y lo desarrolla.

Otro ejemplo: la “muerte a petición”. El sano juicio también aquí se resiste, por principio, a la mera insinuación de matar a alguien sólo porque el interesado lo pida. Pero, ¿acaso no es un individuo “autónomo” y con libre voluntad quien en último término sabe mejor que nadie lo que es bueno para él? Y ¿qué derecho tengo yo a impedir lo que sea bueno según su criterio?

Planteada así la cuestión, de un modo tan abstracto e intelectual como ambiguo, el sentido común se encuentra de pronto falto de argumentos. Objetará en seguida que no se puede matar a una persona inocente porque la vida humana es sagrada. –Mas ¿cómo sagrada?, le responderán: ¿Puede explicar esto?

John Harris –y con él muchos otros como Peter Singer, Georg Meggle y Norbert Hoerster, que son los más conocidos en nuestro entorno– afirman que la vida humana no es en modo alguno sagrada, y piensan que ellos sí pueden fundamentar lo que dicen. La tesis de la sacralidad o de la indisponibilidad fundamental de la

vida humana –afirman– constituye únicamente un prejuicio carente de sentido crítico. La pretensión de salvaguardar la vida humana presupone que ésta posee facultades que justifican tal pretensión. En relación a qué facultades sean las que justifiquen dicha pretensión todavía se discute. Carecen, por ejemplo, de la condición necesaria para exigir algo similar al derecho a la vida quienes no disponen todavía de la autoconciencia, o los que han dejado de disponer de ella, o bien quienes carecen de la conciencia temporal, de modo que les falta interés por seguir viviendo, o quienes ya no pueden continuar teniéndola por esa razón, o incluso quienes la han perdido definitivamente. Puede ser que, a pesar de ello, todavía no se les pueda eliminar si, por ejemplo, matarles pudiera chocar con los intereses de las personas que aprecian al afectado o sencillamente si esto va en contra del interés público. Así, la posibilidad de que llegue a permitirse la eliminación de los recién nacidos, que no disponen de las mencionadas condiciones para titular el derecho a la propia vida, podría conducir a una situación de considerable inseguridad social. Tales juegos filosóficos de pacotilla terminan por “ilustrarnos” que matar no es, por principio, éticamente rechazable, especialmente al comienzo y al final de la vida, esto es, cuando se trata de no nacidos, pero también de recién nacidos y de dementes, personas en coma irreversible, enfermos terminales o que sufren mucho, tanto más si son ellos mismos quienes lo piden.

Entre los profesores que aducen semejantes argumentos, un grupo no fue invitado a un simposio filosófico-científico sobre Ética aplicada organizado por



la Sociedad austríaca Ludwig Wittgenstein en 1998. Ello ocasionó una protesta pública por parte de la Asociación de Filosofía Analítica (GAP). En abril de 1998, seis profesores alemanes, en nombre de dicha Asociación, se dirigieron al presidente de la citada Sociedad austríaca en carta abierta, oponiéndose a cualquier restricción de la libertad científica, y rechazando tal “exclusión sistemática de todo un grupo de científicos”, a la vez que le imputaban “un acto de sumisión a los enemigos de la libertad científica”.

A ello respondió el presidente de la Sociedad Wittgenstein, el 13 de mayo de 1998, que no tenía dichos argumentos como dignos de consideración. Con la protesta por el “acto de sumisión ante lo enemigos de la libertad científica” parece que la GAP sólo pretendía intimidar a la Sociedad Wittgenstein por el escándalo que protagonizaron las diferentes escenificaciones de Peter Singer en varias ocasiones, así como con motivo de las acciones de protesta de las asociaciones de inválidos (cuyo derecho de protesta, entonces, tampoco debiera rechazarse sin examen previo).

Los argumentos en la disputa entre ambas sociedades filosóficas no han sido dados a conocer; al menos no se vislumbran claramente en la correspondencia mantenida entre ellas. No obstante, el filósofo de Treveris Anselm Winfried Müller presenta en un libro suyo una adecuada argumentación que apoya a la Sociedad Wittgenstein, apelando a la responsabilidad que debe mantenerse frente a la cultura filosófica a cuya luz posiblemente se pone de manifiesto in-

cluso de forma ingenua la protesta de la GAP. Este libro apareció poco antes de comenzar la citada discusión bajo el título *Muerte a petición: ¿Obra de caridad o crimen?*². Ahí Müller repasa y argumenta con todo detalle las cuestiones que hoy se debaten en el campo de la Ética aplicada en torno al comienzo y el final de la vida humana. Ya en la introducción se plantea el problema de si debe discutirse desde el punto de vista ético-filosófico algo tan evidente como la prohibición incondicional de dar muerte a alguien, así como si no sería mejor y más responsable –incluso respecto a la cultura filosófica– considerar esa acción como algo tabú. ¿Acaso no es una parte evidente y sobreentendida de la cultura la prohibición fundamental de matar, algo que ni precisa ni soporta discusión? Müller se remite al significado de lo que es evidente por sí mismo en toda discusión que, como tal, sólo encuentra su marco preciso cuando puede recurrir a esos principios que, por evidentes, resultan indiscutibles. “Quien, en el transcurso del debate, pone en cuestión el rechazo absoluto al ‘permiso de matar’, está sacando del suelo las raíces de nuestra orientación moral, para verificar que están sanas” (p. 13).

El planteamiento de Müller sitúa la discusión entre las dos sociedades filosóficas en su auténtica dimensión, y de ahí que los miembros de la GAP que protestaban hayan de preguntarse si con su acrítica alabanza a la libertad científica acaso no están haciendo el papel de ingenuos jardineros. Romper el tabú –la postura de la GAP– o no romperlo –po-

2 Verlag Kohlhammer, Stuttgart, 1997.



sición de la Sociedad Wittgenstein—constituye en sí mismo una cuestión verdaderamente ética. Y discutir una evidencia como la prohibición categórica de matar a los inocentes exige como poco tomar seriamente en consideración la postura contraria, e interesarse por sus reales o supuestos fundamentos. Es decir, habría que calibrar la posibilidad de que, llegado el caso, se admita dar muerte a no nacidos, a ya nacidos, dementes, comatosos y terminales... Con la obligada consecuencia de tener que acostumbrarnos en el futuro a considerar las cosas de este modo.

Sin duda la ruptura del tabú se consumó ya hace tiempo. Las discusiones académicas siguen su curso, ya se trate de la investigación con embriones, del aborto, de la eutanasia temprana, de la muerte a petición, o incluso de la eutanasia involuntaria e inconsciente. No sólo se discute en la torre de marfil de la pura especulación sino que, poco a poco y tema por tema, las comisiones de ética aspiran a ser los órganos de decisión y control, tanto de los proyectos de investigación biomédica como de las actividades clínicas.

Sin embargo, con la ruptura consumada del tabú se produce una nueva situación. Según Müller, cabe incorporarse a la discusión y no permitir que los demás puedan hacerse con ella. De ahí que no se limite a la defensa de dicho tabú; le habrían bastado veinte páginas para ello, pero él escribe un libro de doscientas. A la vista de tal abundancia de detalles, a veces se puede perder el hilo conductor que, sin embargo, permanece inalterado en apoyo de ese tabú: el valor incondicional de la vida humana. Anselm Winfried

Müller aborda la cuestión de por qué el individuo mencionado al principio, hombre prudente y bienpensante para quien —apoyado en su sentido común— dar muerte a un inocente siempre es rechazable, se encuentra no obstante en apuros para fundamentar argumentalmente por qué la vida humana es “sagrada” y, por tanto, resulta indisponible. Mas este aprieto retórico que el citado individuo bienpensante vive como una debilidad, la argumentación de Müller lo convierte en una auténtica fuerza contra la relativización de la prohibición de matar, ya que el interés por una justificación —prosigue Müller— no constituye más que una artimaña intelectual que atrae a nuestro hombre a una trampa. La “sacralidad” o, más concretamente, el valor incondicional de la vida humana no es argumentable, ya que tal valor incondicional constituye, por el contrario, el fundamento de toda valoración ética y la medida de su rectitud. Quien niegue esa indisponibilidad, lo que hace es no aceptar precisamente el criterio ético. Quien la niega tampoco puede fundamentar que la vida humana tenga sólo un valor condicional y relativo, que permita dado el caso matar a alguien.

¿Cómo se nos muestra el valor de la vida?, se pregunta Müller. La respuesta se la proporcionan los ingleses Mary Geach y Luke Gormally, con una metáfora: igual que el significado de una expresión no puede probarse ni demostrarse, sino que únicamente se nos muestra en cómo se aplica, del mismo modo el valor de la vida humana se nos muestra a través de la manera en que se la trata y cuida. En este tema, la actitud de cada cual es anterior al discurso ético, y no constituye por tanto



su objeto. De lo contrario, tal discurso sería imposible, como una conversación con expresiones cuyo significado no fuera conocido. De ahí se sigue que los discursos que carecen de tales normas o principios previos no sean realmente discursos. Es natural que, así las cosas, también pueda generarse discusión –estos ejemplos los pone Müller– sobre si realmente debe objetarse algo a la práctica del sexo con niños, o si la prohibición general de la tortura es verdaderamente razonable y necesaria, o si no debiera permitirse la esclavitud en determinadas circunstancias (como cuando alguien se vende a sí mismo para liquidar deudas o para librarse de otra situación embarazosa, y lo hace apelando a su derecho a la libre autodeterminación).

Los derechos humanos han sido «declarados», es decir, fijados como principios, porque no se pueden deducir racionalmente, a no ser recurriendo a la religión. Se formularon con base en la experiencia histórica resultante de sus respectivas violaciones. Hoy Peter Singer y Norbert Hoerster escriben libros enteros en los que presumen ficticio un derecho incondicional a la vida humana. Pero estos libros tampoco fundamentan la teoría de que no existe tal derecho incondicional, sino que revelan su afirmación más bien como si se tratara de un artículo de fe. (Que Dios haya creado el mundo es un artículo de fe, como lo es igualmente que el hombre se haya creado a sí mismo, pero eso pertenece a otro credo). De acuerdo con ello, estos autores intentan formular en sus libros, al modo de los tratados teológicos, la plausibilidad del valor relativo de la vida y de una reinterpretación de la entera realidad a esa luz. Lo bueno de sus

libros, sin embargo, es que, por un lado, desenmascaran de forma muy precisa las frecuentes incongruencias éticas de muchos que hablan del derecho incondicional a la vida, pero no se lo toman en serio, traicionando sus propios principios y, de otra parte, que siguen pensando, de forma previsora y consecuente donde aquéllos acaban porque se asustarían si sacaran las consecuencias lógicas de sus propios postulados. En realidad, si a alguien le está permitido matar antes del nacimiento, ¿por qué no después del mismo?

Lo que se ve en una discusión sobre Ética aplicada entre filósofos que estiman incondicional el valor de la vida humana y otros que, como Peter Singer, piensan que el valor de la vida humana y el de la de cualquier otro animal no se diferencian sustancialmente, es una lucha entre creencias dispares, y ello con la variante de que la actual presión sociopolítica dominante, que empuja a la obtención de consenso, tiende a compromisos arriesgados entre algo así como artículos de fe mutuamente excluyentes que invitan una vez más al general escepticismo. La consiguiente pérdida de referencia moral y de normativa orientadora supone que el relativismo ético –democráticamente desnivelado– constituye un pluralismo de representaciones axiológicas.

Peter Singer es buen amigo de los animales. La defensa de los animales tiene un gran impacto en su visión del mundo y del hombre, llevándole su preocupación por aquéllos a denunciar la pretensión de una categoría especial para el hombre como un tipo particular de egoísmo que él denomina «especieísmo». Con este egoísmo, el hombre discrimina a los ani-



males de la misma forma en que lo hacen los racistas respecto a los individuos de otra raza. Así, la vida de un chimpancé adulto y sano tiene, según él, más valor que la de un niño recién nacido, la de algunos enfermos mentales o en coma irreversible, porque en todo caso mostraría más autoconciencia. Dicho más claramente: así se liquidan todos los derechos humanos.

Tan lejos no llega Norbert Hoerster, pero también él relativiza el derecho del hombre a la vida. Ese derecho –afirma– se basa en el interés por sobrevivir del individuo concreto. Tal interés está ausente, ya en el caso de quien ha manifestado expresamente su deseo de morir, ya en el individuo carente de una conciencia de su propio futuro, como ocurre en el caso de comatosos, dementes, no nacidos e incluso recién nacidos. De ahí que les falte también el interés en seguir viviendo. Mas como no es fácil determinar con precisión el momento en que se despierta la expectativa de futuro y, en consecuencia, el interés por sobrevivir, por razones prácticas recomienda Hoerster que se excluya a los recién nacidos del derecho a autorizar su muerte. En general debe admitirse con criterio restrictivo.

En lo que respecta al valor de la vida, Anselm Winfried Müller señala que Hoerster nos remite a otro tipo de valoración completamente distinto. Müller deja a Hoerster que se explye acerca de una valoración tan subjetiva como relativa: El valor que una determinada vida humana posee, considerado de modo realista, no es más que el conjunto de valoraciones o de estimaciones que van asociadas al transcurso de ella. En este sentido puede

distinguirse entre el valor extrínseco de una vida (valoraciones asumidas desde el punto de vista de otro o de la misma sociedad), y su valor propio (valoraciones asumidas según el propio criterio de su portador) (p. 76)³.

Ahora bien, en todo caso la vida del hombre no es cualquier cualidad, no es una propiedad de un «portador», pues constituye el modo de existencia del individuo, sin el cual éste no se da. No existe equivalente alguno. Esto impulsó a Kant a hablar de la dignidad: “Lo que tiene un precio también puede encontrar en su lugar algo distinto que pueda considerarse como equivalente; por el contrario, lo que se alza por encima de cualquier precio, eso posee dignidad” (p. 78)⁴. Precio o equivalente, según Müller, no tiene que ser entendido en un sentido de valor de cambio, es decir, como algo reemplazable; puede considerarse igualmente de manera funcional, en el sentido de valor de uso. Müller aclara que, según ese criterio, hoy la vida “se da contemplada como vehículo de las propias vivencias”: “Si esas vivencias son deseadas –o consiguen contrapesar las insatisfacciones con las satisfacciones, entonces el vehículo será provechoso: la vida merece vivirse. Por el contrario, si las vivencias insatisfactorias predominan, entonces no merece vivirse. Matar resultará, así, prescindiendo de consecuencias indirectas, algo malo sólo en cuanto se le hurte a la víctima un futuro globalmente satisfactorio” (p. 79).

3 Norbert Hoerster. *Neugeborene und das Recht auf Leben*, Frankfurt/M., 1995, p. 117.

4 *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, hrsg. von W. Weischedel, Bd. 6, Darmstadt 1981, p. 68.



Contra las valoraciones de la vida que distinguen entre la que merece y la que no merece vivirse, Müller aduce dos sólidos argumentos: primero, que las valoraciones de ese tipo suelen ocuparse exclusivamente de casos excepcionales en los cuales alguien desea la muerte en función de su extremo sufrimiento. En efecto, para querer vivir normalmente no se precisa ni de una valoración ni de recurrir a una perspectiva sobre las buenas experiencias que prevalezca en su conjunto por encima de las incertidumbres vitales que aparecen en el horizonte. Querer vivir constituye un hecho primario de nuestra vida.

Por otro lado, en el primer caso parece que el deseo de morir manifestado por un paciente con graves sufrimientos es decisivo para la valoración de su vida como “no merecedora de vivirse”. Sin embargo, su “decisión propia” sólo aparentemente posee una trascendencia relativa. Aquel deseo realmente sólo juega el papel de justificar la estimación negativa –“carencia de valor”–, ya que tal juicio presupone que otros puedan coincidir con ese deseo. Si el médico que debe auxiliar el deseo de morir no puede hacerlo suyo, entonces no le incumbirá la muerte a petición del paciente, como tampoco a un mendigo sano que se promete mejores ingresos en el futuro le amputará una pierna sana por ese simple deseo. Resulta, pues, decisivo el juicio de aquel que debería de ayudar a morir a un paciente. Su juicio, sin embargo, no tiene que presuponer necesariamente el deseo de morir por parte del paciente. Cuanto más se acostumbre a esta práctica, con más probabilidad ejercitará el médico su parecer aún en el caso de que aquel deseo ni siquiera haya sido expresado y, precisamente según la

siguiente pauta: si ese enfermo pudiera expresarse ahora libre y correctamente, entonces querría morir. Es decir, que un hombre sano –el médico– se arroga un juicio sobre el valor o disvalor de la vida de otra persona.

Este desarrollo de la cuestión es inevitable. A un médico que haya matado a un paciente puede parecerle que ha hecho algo bueno en ciertas circunstancias determinadas. Después sólo tiene dos posibilidades: o revisar su opinión y arrepentirse de haber actuado de ese modo, o seguir practicando la eutanasia en casos semejantes teniéndola, como en el primer caso, como buena, ya sea por auténtica convicción, ya como autojustificación. Esto se convertirá en norma. Si el médico se propone no practicar nunca la eutanasia contra la voluntad o sin la autorización del paciente, no se negará en todo caso porque su opinión de que en una determinada situación la eutanasia sería, en principio, lo acertado y bueno todavía depende de si el paciente lo desea⁵. Por tanto, el respeto a la voluntad de éste resulta ser una consideración secundaria y complementaria.

A partir del momento en que en Holanda comenzó a tolerarse la muerte por demanda, la cifra de casos de eutanasia no voluntaria ha aumentado considerablemente. Según un informe encargado por el Ministerio de Justicia holandés, en 1995 hubo cerca de 3600 casos de eutanasia (de los cuales sólo 1466 habían sido

5 Gonzalo Herranz documenta el carácter inevitable de esta consecuencia con una anécdota tomada del *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, citada en Hans Thomas (Hrsg.): *Menschlichkeit der Medizin*, Lindenthal-Institut Köln, 1993, p. 252.



notificados). En 900 casos no se había requerido la conformidad de los afectados⁶.

Respecto de la muerte a petición, tema nuclear del libro de Anselm Winfried Müller, se articulan una serie de cuestiones particulares que él examina con detenimiento. La respuesta dependerá de la orientación filosófica, es decir, de la definición de lo que realmente constituye a la persona o, por ejemplo, si el interlocutor suscribe una ética deontológica (ética de deberes y prohibiciones, como la de los Diez Mandamientos o la de los derechos humanos), o bien una ética utilitarista (en la que no interesa primariamente lo que está permitido hacer sino si es deseable o no lo que en concreto ocurre de modo impersonal). Müller señala dos puntos de disputa que son dignos de atención: en primer lugar, la diferencia entre matar y dejar morir; en segundo lugar, la relación entre la aceptación de la muerte por demanda y la valoración jurídico-moral del suicidio.

1. Acción y omisión. Si alguien fallece o yo le mato, lo que en ambos casos sucede es que la muerte acontece. ¿Hay alguna diferencia entre matar a alguien y dejarle morir aun pudiendo evitarlo? Si yo mato a alguien, es que quiero que muera. Si le dejo morir, también puede ocurrir que yo quiera que muera, pero igualmente puede suceder que yo sea demasiado perezoso o negligente, o cobarde para hacer algo que le impida morir. A su vez, puede que yo no vea sentido alguno en hacer algo para mantenerle con vida, teniendo en cuenta que eso ni va a curarle ni mejorará su si-

tuación. El 15 de julio de 1998 el Tribunal Superior de Frankfurt estimó lícito retirar la alimentación artificial por sonda intestinal implantada mediante una operación a una paciente de 85 años en coma irreversible, afectada de infarto cerebral severo, si se hubieran dado claros indicios de un presunto consentimiento de la paciente. Por tal motivo estalló una fuerte discusión en la selva periodística alemana. Algunos presentían la primera aprobación judicial de un caso de eutanasia o, al menos, un paso en esa dirección. La sospecha parecía comprensible y, como consecuencia, cierta hipersensibilidad se traducía en condenas precipitadas. Se mostraba que no pocas personas que consideraban la mencionada sentencia como una derrota en la defensa de la vida, a la vez se unen a la acusación contra el “encarnizamiento terapéutico”, que en las unidades de cuidados intensivos impide la muerte natural de los pacientes, acusación que, si fuera justa, más bien legitima la citada resolución judicial.

Complejo tema. Sin poder entrar a analizar de manera definitiva un juicio concreto como el anterior, el libro de Müller, que había aparecido un año antes, se hace eco de la cuestión fundamental de si, y en qué circunstancias, puede permitirse la omisión o suspensión de un tratamiento tendente a la prolongación de la vida, con una serenidad saludable. En oposición a la equiparación utilitarista, propone separar claramente la acción de la omisión, y distinguir de manera diáfana entre matar y dejar morir. Naturalmente, la omisión de prestación de auxilio con consecuencia de muerte puede ser a veces tan grave como una muerte por homicidio. Incluso podría constituir la manera en

6 Katholische Nachrichten Agentur: *KNA*, 21230 Ausland, 28. XI. 1996.



que se consuma la intención de matar. Tenemos el caso clásico del recién nacido con una minusvalía a quien se niega la alimentación normal. De todas formas, con la nítida diferencia entre hacer y omitir queda patente en primer término mi responsabilidad inmediata por lo que hago. A su vez, de ahí se colige que matar es siempre rechazable por principio, y esto no seguirá siendo tan claro si finalmente no se da diferencia moral alguna entre matar y dejar morir, de suerte que los criterios adecuados en cada caso resultan reblandecidos respecto a si se puede permitir la omisión de medidas destinadas a prolongar la vida, y cuándo se pueden omitir. Hay que agradecer especialmente a Müller, en relación con su planteamiento teórico respecto de la acción humana, la referida distinción entre matar y dejar morir, y el listado de las “seis asimetrías” entre la acción y la omisión que justifican su diferenciación desde el punto de vista ético en estos casos: conciencia asimétrica, concreción de las alternativas asimétricas, asimetría del deber de no matar y de salvar, cercanía o distancia asimétrica, asimetría de nuestra vivencia respecto del proceder injusto y la omisión de una acción buena y, finalmente, asimetría en relación con la promoción de un fin (pp. 99-102).

2. *Del derecho al suicidio a la muerte por petición.* A diferencia de muchos ensayos sobre la eutanasia, el libro de Anselm Winfried Müller hace hincapié en la estrecha relación entre la valoración jurídico-moral del suicidio y la de la muerte a petición.

La legislación alemana “desaprueba” el suicidio. Por así decir, lo considera con-

trario a la moral, aunque quede sin consecuencias legales. Establecer una sanación o condena para el suicidio carece de sentido porque la persona a la que se quisiera sancionar ya no existe. Incluso una cláusula similar a “la tentativa de suicidio punible” tampoco tiene sentido si su consecuencia no constituye materia sancionable. Por lo demás, quien ha intentado en vano quitarse la vida ya tiene bastante condena. Ahora bien, a la sistemática jurídica no le falta cierta lógica si no condena el auxilio a una acción no sancionable, por lo cual el auxilio al suicidio no es punible.

Muchos autores, sin embargo, ya no están de acuerdo con la “desaprobación” jurídico-moral del suicidio, ya que despedirse voluntariamente de la vida lo consideran una consecuencia legítima del derecho a la libre autodeterminación. Así, curiosamente, el tolerado auxilio al suicidio se convierte en un extraño “altruismo”: un servicio a favor de la autonomía de quien quiera matarse. Es cierto que habrá que estar vigilantes con toda clase de reflexiones en cada caso concreto de manifestarse un deseo de suicidio: si se trata de un deseo repentino, como consecuencia de un cortocircuito mental, o un signo de que se ha enfermado psíquicamente, o un acceso de notoriedad teatral, o simplemente un disimulado deseo de afecto, amor, entrega o comprensión. No obstante, sólo se trata de dudas que deben probarse y eliminarse con objeto de establecer la legitimidad de su consumación descubriendo la “autenticidad” del deseo. Así, es evidente que la distinción moral entre el auxilio al suicidio (legalmente permitido) y la muerte a petición (penalmente perseguible de oficio), puede ir desapareciendo desde el punto de vista de unos límites cada vez más vapo-



sos. De este modo, los doctores Hacketal en Alemania y Kevorkian en USA (este último popularmente conocido con el nombre de *Dr. Muerte*) se han preocupado, con el eficaz apoyo de algunos medios de comunicación y una casuística bien escenificada, de diluir las respectivas fronteras, poniendo de relieve con bastante éxito el desamparo de la justicia.

En este tema la estrategia se orientaba y se sigue orientando regularmente desde dos posturas: el destino individual, presentado a ser posible en forma eficazmente compasiva, y la demanda, expuesta ya como legítima, de dejar esta vida; ambas acaban en una diferencia ficticia y absurda: me estará permitido depositar e incluso colocar en la lengua una pastilla de Zyankalit, de modo que el paciente sólo tenga que cogerla o tragarla, pero no puedo inyectar directamente la sustancia letal activa. En todo caso, cabría la solución del ordenador del Dr. Kevorkian: el paciente sólo tiene que apretar la tecla para poner en marcha el mecanismo de la inyección letal. Es difícil imaginar que la prohibición de la muerte a petición, penalmente sancionable, pueda mantenerse si, por el contrario, el auxilio al suicidio no acaba de ser calificado como perseguible por la vía penal.

Está suficientemente comprobado que los porcentajes de suicidio son sensiblemente más bajos entre los cristianos practicantes en relación con el promedio general de la población⁷. Sin embargo, esto no es un punto de partida en las reflexiones filosóficas de Anselm Winfried Müller. Desde luego que los pensadores cristianos siem-

pre rechazaron el suicidio, pero otras escuelas filosóficas, tanto de la Antigüedad como de la época moderna, lo permitieron, e incluso lo ensalzaron: así Plinio el Viejo, Séneca, Epícteto y principalmente los estoicos como Pomponazzi, D. Hume, E. Hemingway, etc., en nuestros días. Por otra parte, la “desaprobación” legal del suicidio en nuestro ordenamiento jurídico no sólo tiene raíces cristianas. La idea de la “sacralidad”, es decir, de la indisponibilidad de la vida humana se retrotrae a la Antigüedad clásica. Platón –y, por consiguiente, Sócrates– ve en la muerte una liberación, pero rechaza el suicidio. El moderno derecho humano a la vida, recatemente considerado, se establece como derecho fundamental a no ser eliminado. Hasta la fecha se esgrimía, junto a la indisponibilidad de la vida, como principio básico, la idea de que sobre mi vida tampoco yo puedo disponer arbitrariamente, convicción que como hemos visto, se ha ido evaporando en nuestra cultura.

Aquí tropieza Anselm Winfried Müller con una cita de Ludwig Wittgenstein en uno de sus Diarios: “Si se permite el suicidio, todo está permitido”. Este comentario lo interpreta Müller a la luz de Kant: “Darse muerte es ir contra el deber más elevado hacia sí mismo, pues así se suprime la condición para el cumplimiento de cualquier otro deber. Esto traspasa cualquier frontera del libre albedrío, ya que el uso de la voluntad libre sólo es posible cuando el sujeto existe (...) Quien consigue llegar tan lejos y supera cualquier límite de modo que se convierte en dueño de su propia vida, se apodera también del dominio de la vida de cualquier otro, tiene abiertas las puertas a todos los vicios, ya que antes de que se le pidan cuentas estará

7 Vid. como ejemplo Anton Ziegenaus: “Selbstmord: Fakten und Hintergründe”, en *Forum Katholische Theologie*, 1995, pp. 81-89.



dispuesto a quitarse de este mundo”⁸. Müller entiende, desde el punto de vista ético, que la licencia moral para quitarse la vida igualmente permite suprimir cualquier responsabilidad moral. Con la legitimación del suicidio, cualquier exigencia moral pierde su carácter incondicionado e independiente de mi consentimiento. Entonces no habrá ninguna moral, ya que la condición esencial de la moral estriba precisamente en su validez independiente de mí.

La desaparición de la moral a través de la suspensión de su validez general constituye precisamente el signo de aquel «pluralismo de las representaciones axiológicas» que domina nuestros debates académicos y prácticos sobre Ética aplicada. Verdaderamente habría que agradecer a la asociación austríaca Ludwig Wittgenstein que, por fidelidad al filósofo que da nombre a esa entidad, haya puesto una barrera a la anulación de la moral en nombre del entusiasmo ingenuo y acrítico por una supuesta libertad científica.

Por otra parte, según los resultados de una encuesta del Instituto de Demoscopia Allensbach, ya en 1987 en Alemania sólo el 13% de los encuestados pensaban que debía condenarse al médico que suministre un medicamento letal a su paciente. El 70% estaba en contra de la condena. Según Müller, el elevado número de términos y tópicos suavizantes juega un papel de máxima importancia en la creciente aceptación de la “muerte piadosa”. Tal aceptación se extiende gracias a expresiones como “ayudar a morir” y “eutanasia” (...) “en interés de los pacientes”; desde la “autodeterminación» y el “derecho a la propia muerte”

hasta la más agresiva locución: “para no forzarle a seguir viviendo”. Los nazis heredaron parecidas fórmulas de una semántica disfrazada del siglo XIX (“muerte por compasión”, “muerte por gracia”). Ha sido llamativo, y continúa siéndolo, el paralelismo entre formas verbales como “humanidad” y “humanitarismo” y aquellas otras que prometen un beneficio a la comunidad hablando de “librar a la sociedad de los graves casos de asistencia sanitaria” (p. 23). En favor de sus negocios, estos entusiastas profesionales de la muerte suelen presentarse en forma de “asociación para una muerte digna”. El 24 de abril de 1991, la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor del Parlamento Europeo adoptó una propuesta de resolución de la señora van Hemeldonck, que logró imponerse mediante una fórmula verdaderamente artística. En aquella propuesta de resolución para “el acompañamiento a la muerte de los pacientes terminales» se decía: “Lo que caracteriza a la vida humana es la dignidad. Si después de una larga enfermedad contra la que ha luchado valerosamente, un hombre pide al médico que acabe con su existencia, ya que para él ha perdido toda dignidad, y si el médico según su leal saber y entender se decide a ello, es decir, a ayudarlo y aliviar sus últimos momentos haciéndole posible el descanso, de un modo pacífico y para siempre, en este caso esa ayuda médica y humanitaria (que algunos denominan eutanasia) significa respeto y consideración por la vida” (p. 20).

El movimiento “Hospiz”⁹ mantiene una concepción distinta en relación al respeto por la vida. De esa concepción se despren-

8 *Vorlesung über Ethik*, Hrsg. von Gerd Gerhard, Frankfurt/M., 1990, p. 161.

9 El movimiento y la Fundación Hospiz promueven y mantienen casas y servicios ambulantes de me-



de la exigencia de convertir la medicina paliativa en un campo científico especializado de igual categoría que otros, en lugar de solventar los casos graves por medio de la eutanasia. Por su lado, John Keown, Director del Centre for Health Care Law de la Universidad de Leicester, informa sobre un médico holandés, defensor de la eutanasia en casos de sufrimientos insoportables (no de dolores insoportables). El citado médico afirma que él sólo mata a sus amigos. Keown le pregunta: ¿Negaría Ud la eutanasia a alguien que la desea porque entiende que para sus allegados resulta fastidioso esperar la herencia de su patrimonio, y dice que sufre insoportablemente por ello? Respuesta: “Pienso que, al fin y al cabo, yo no se la negaría, pues tal influencia –hay hijos que desean ya el dinero– es una forma del poder del pasado (...) que sencillamente nosotros no podemos soslayar”¹⁰.

La cuestión de cuáles son los motivos que llevan a la opinión pública a aceptar la eutanasia, el libro de Müller la concreta en tres principales, a saber, compasión, decisión autónoma y evitación de la carga para terceros. Müller pone de relieve el hecho de que se ha impuesto ya como algo normal la muerte antes del nacimiento precisamente con la misma mezcla de motivos. La única diferencia es que en el debate sobre el aborto, por “decisión autónoma” no se entiende la de quien va a ser eliminado, sino únicamente la de la mujer. Además, tuvo su papel especial el “argumento” de que en materia de aborto los hombres querían decidir sobre

asuntos de mujeres. Esto suscita la cuestión análoga –añade inteligentemente Müller– de si también sobre la legalidad de transacciones financieras dudosas sólo los líderes de la economía pueden emitir un fallo competente (p. 33).

Por lo que se refiere al debate sobre la eutanasia –resume Müller– en la opinión pública alemana se ha consumado la ruptura del tabú, precisamente a consecuencia de la ruptura del tabú en la praxis de aborto, comenzando por libros tan divulgados como “Morir con dignidad humana”, de Walter Jens y Hans Küng¹¹, así como a través de revistas públicas y de talks shows (p. 15).

Compasión, decisión autónoma, desviación de la carga de terceros: una mezcla de motivos reales que se expone públicamente en una atmósfera de “hipocresía colectiva y mendacidad”. Uno de los capítulos del libro de Müller se titula: “No ver, no oír, no hablar». En la época de las discusiones sobre el aborto se impidió por la fuerza que en la Universidad de Colonia se proyectara una película que mostraba lo que sucede en un aborto. Las imágenes del desarrollo embrionario humano fueron denunciadas como terror psicológico. Ahora resultan molestas a la conciencia de los sanos las imágenes que muestran que los discapacitados pueden ser felices, como recuerda Müller citando la carta de un lector sensiblero del periódico inglés *The Guardian*. Dicho lector, Polly Toynbee, considera “antisocial el hecho de que periódicos o televisiones muestren en sus imágenes niños con invalidez por talidomiol que ríen” (p. 38).

dicina paliativa y de acompañamiento personal a pacientes terminales hasta su muerte natural.

10 Cita tomada de una conferencia de Luke Gormally, en Hans Thomas (Hrsg.): *Menschlichkeit der Medizin*, o.c., pp. 246 y ss. München, 1995.

11 München, 1995.



CLONACIÓN EXPERIMENTAL: ENCRUCIJADA ÉTICA*

LUIS M. PASTOR GARCÍA

RESUMEN

El presente artículo reflexiona sobre las posibles razones que hacen de la clonación experimental una práctica que goce de mayor aceptación en la actualidad que la clonación para la creación de seres humanos adultos. Para tal fin, el autor plantea su argumentación analizando dos tipos de factores: por un lado, factores de tipo bioético y, por otro, factores biomédicos desglosados en tres grandes subfactores como son las técnicas de reproducción asistida, la micromanipulación embrionaria y la medicina regenerativa.

Palabras Clave: Clonación experimental, técnicas de reproducción asistida, fecundación “*in vitro*”, micromanipulación embrionaria, medicina regenerativa.

Esta posible aplicación de la clonación está suscitando un amplio debate social, siendo significativo que si bien ha existido y existe una fuerte repugnancia y rechazo social a la clonación como medio de obtener seres humanos adultos, para esta modalidad las voces que apoyan su licitud son numerosas. ¿Cómo ha llegado a plantearse en nuestra sociedad el apoyo a este tipo de clonación? En mi opinión existen dos tipos de factores que confluyen en la aceptación de la misma. Por un lado, se encuentran los de tipo bioético y, por otro, los biomédicos. Los primeros —que no desarrollaremos en profundidad— están en relación con la incapacidad que tiene parte de la reflexión bioética actual de mantener principios estables en la ma-

teria que estamos tratando. Esta incapacidad deriva de planteamientos bioéticos que atienden en la resolución de los dilemas éticos a sólo la intencionalidad subjetiva de las personas implicadas en ellos o a la libertad entendida como libre arbitrio sin referencia a bienes éticos externos a ella misma. Ambas posturas llevan implícitamente el rechazo a admitir un mínimo esencial de acciones intrínsecamente ilícitas o injustas con el ser humano. Esto supone al mismo tiempo una actitud de sumisión frente a los avances de la ciencia y un miedo, diríamos “escénico”, por parte de estas bioéticas a oponerse a la actividad científica para no ser tachadas de conservadoras, fundamentalistas o simplemente opuestas al progreso y bienestar social. Junto a esto, y en conexión con esta actitud, está la tendencia por parte de estos posicionamientos bioéticos

* *Cuadernos de Bioética*, n. 47-48-49, enero-diciembre de 2002.

a crear nuevas realidades mediante cambios semánticos con la ficticia ilusión de diluir los conflictos éticos en ese nuevo mundo creado. La consecuencia de ello es que progresivamente el núcleo de intangibilidad ética es menor.

Los segundos –que analizaremos con más detalle– pueden ser desglosados, en mi opinión, en tres grandes subfactores que influyen de una manera interdependiente en consolidar la aceptación por parte de un sector de nuestra sociedad de la clonación experimental o de investigación.

a) Las técnicas de reproducción asistida (TRA), en especial la fecundación “in vitro” (FIV) y su evolución durante estos últimos cinco años; b) La micromanipulación embrionaria en el ámbito de la veterinaria que conduce a la puesta en funcionamiento de la clonación mediante la transferencia de núcleos, y c) El surgimiento de la denominada medicina regenerativa.

a) Durante estos años hemos presenciado con claridad como el denominado por algunos encarnizamiento procreativo está desarrollándose progresivamente, alcanzando objetivos que en un principio no parecían encontrarse en el origen de estas técnicas. Ahora bien, estos efectos no son extraños a la FIV. Esta es una técnica y como tal participa de la lógica impresa en todo quehacer tecnológico. Éste presenta un dinamismo intrínseco regido por criterios de eficacia e eficiencia que impulsan a mejorar tanto el modo como el producto de la acción técnica. Atendiendo a estos criterios, la evolución de la FIV ha seguido unos caminos que han supuesto no sólo la transformación del mismo proceso biológico de la concepción, que ha pasado de la reproducción por unión gamética

a la tecnofecundación o al aumento del control de calidad del propio producto embrionario obtenido con el paso de la selección fenotípica a la genética, sino también por la misma transformación del fin de la acción pretendidamente médica, en cuanto que el embrión como objeto de reproducción ha devenido objeto de experimentación especialmente ligado a la mejora y perfeccionamiento de las mismas técnicas de FIV. Estos cambios en el ámbito práctico suponen en el teórico una modificación de los principios por los que se regía en su inicio la FIV. Así, si la FIV era una tecnología para crear vida y, por consiguiente, era contrario a ella crear embriones humanos que no fueran para uso reproductivo, se ha pasado a considerar la FIV como una práctica que manufactura la vida y donde el “hechos para la vida” se relativiza, en cuanto que la supervivencia de los embriones se ve supeditada por su viabilidad, las características genéticas o simplemente por su utilidad para la investigación en el desarrollo de la propia FIV. Llegados a este punto, no es difícil considerar que los paradigmas teóricos de la actual FIV estén en disposición de contestar afirmativamente al siguiente interrogante: ¿por qué no “hechos” para consumir según unas características genéticas concretas?

b) Pero esto solo no es suficiente. Hay que fijarse también en que, paralelamente al desarrollo de la FIV en humanos, y contrariamente a lo que sucedió en los primeros pasos de esta técnica, en que los avances se dieron en el ámbito de la medicina, éstos se han producido durante los últimos años de una forma acelerada en el ámbito de la veterinaria, especialmente en lo relacionado con la micromanipula-



ción de los embriones. El interés por conseguir mejorar el producto animal, uno de los motores de la producción ganadera, ha llevado a perfeccionar y desarrollar diversas técnicas con los embriones, que permiten incrementar no sólo la producción en cuanto a su número, sino también aumentar la posibilidad de obtener mayor cantidad de animales con una especial finalidad, sea para el consumo, sea para su uso como fuentes de fármacos o simplemente como animales de compañía o de especial valor biológico. Así, la micromanipulación embrionaria, con sus técnicas de formación de quimeras y transgénicos o de gemelación y de transferencia nuclear para constituir clones, se ha utilizado y sigue empleándose cada vez más en el sector de la producción animal. Podemos decir, atendiendo a lo indicado en el apartado anterior, que lo que las TRA realizan actualmente en humanos, junto con lo que les esta vedado por razones éticas o legales, se ha puesto a punto y esta siendo ya realizado en el mundo animal. No es que esto último sea censurable, pero la posibilidad para las TRA humanas de asumir los logros de la veterinaria es una fuerte tentación teniendo en cuenta el plano inclinado al que éstas se hallan abocadas por su propio dinamismo interno. En síntesis, las TRA pueden darse de mano con las posibilidades que le brinda la micromanipulación embrionaria actual.

c) Ahora sólo falta un tercer elemento, en mi opinión, para tener el cuadro completo, y éste es la emergencia de una rama terapéutica y con buenas perspectivas como es la medicina regenerativa. Esta nueva área se sitúa no sólo como una alternativa en ocasiones a los trasplantes, sino también como un recambio tisular que augura una

nueva estrategia para alargar y aumentar la calidad de vida. Se trata de reconstruir o reemplazar dentro de los órganos sus tejidos nobles consiguiendo recuperar o aumentar la funcionalidad de los mismos. Como es evidente, el potencial beneficio terapéutico y económico que se encierra en esta novedosa disciplina es enorme. El elemento central de esta terapia son las denominadas células madre o tronco. Estas son células proliferantes con un determinado grado de indiferenciación y con capacidad de diferenciarse en determinados tipos de tejidos. Capacidad natural que, con la ayuda del cultivo "in vitro" o la presencia de un determinado ambiente tisular, puede dirigirse a la formación de distintos tejidos. Hay dos tipos de células madre: unas, localizadas en los embriones en fase de blastocisto, en la denominada masa celular interna de los mismos, que presentan una potencialidad teórica de diversificación tisular (pluripotencia) muy grande, pues a partir de ellas se constituyen las tres hojas embrionarias, y de estas, todos los tejidos corporales. Otras se sitúan en diversos órganos del cuerpo adulto y tienen por función mantener la población celular de los mismos o regenerar la pérdida celular en ellos después de que estos hayan sido lesionados. En este segundo caso, la pluripotencia teóricamente es más limitada, pues debe circunscribirse a los tejidos que se derivan de ellas o a otros muy próximos embriológicamente a las mismas. Las experiencias en estos últimos años con ambos tipos de células se ha producido de forma paralela, alcanzando, en el segundo caso, un desarrollo tal que permite ya algunas aplicaciones clínicas experimentales y mostrando una capacidad de diversificación tisular mayor de la esperada teóricamente para estas



células¹. Esta línea terapéutica no conlleva rechazo en el receptor, en cuanto que las células trasplantadas son propias y no presenta difíciles o controvertidos conflictos éticos, existiendo un amplio consenso para seguir investigando en ellas y en su utilización con fines curativos. Por el contrario, el uso de células madre de origen embrionario se encuentra en una fase experimental más rudimentaria, conlleva fuertes dilemas éticos, pero sigue siendo en el plano teórico una alternativa muy atractiva, pues sería fácil obtener células muy inmaduras con una amplia y posible diversificación en diferentes tejidos. Pero el aislamiento de estas células para su posible uso en terapias tisulares tiene un escollo importante, ya que, en principio, podrían ser rechazadas por el receptor, al no ser extraídas del propio paciente. Este hecho es fundamental, pues justifica, según los partidarios del uso de estas células, el recurso a la clonación. A través de ella, se obtendría un embrión clonado del paciente, el cual se disgregaría y se obtendrían de él las células tronco, que después, sin peligro de rechazo, serían utilizadas para trasplantarlas con finalidad terapéutica. Esta clonación sería denominada terapéutica y tendría una calificación ética aceptable, frente a la clonación que persigue obtener el nacimiento de un hombre

adulto, la cual se denominaría clonación reproductiva.

A la vista de estos tres factores es posible contemplar una triple sinergia que puede producirse entre ellos para justificar el uso y destrucción de embriones humanos. Por un lado, el desarrollo de la FIV, que no sólo aporta la tecnología de cultivo de los embriones humanos o la puesta a punto de la obtención de células madre embrionarias a través del uso de embriones sobrantes o criopreservados, sino que también supone un precedente en la instrumentalización del embrión en función de fines ajenos a él mismo. Por otro, la micromanipulación embrionaria, que con sus avances aporta la técnica de la transferencia nuclear para la obtención de los embriones clonados, y por último, la medicina regenerativa que introduce un factor económico y de justificación ética —según los partidarios de las células embrionarias— para la posible destrucción de los embriones: hacer vida para salvar vidas. La confluencia de las tres áreas científicas supone un nuevo y grave peligro para el respeto que se tiene al embrión humano hoy en día en nuestra sociedad. Pues, por un lado, la medicina regenerativa se abre a diversas posibilidades por el alto grado de desarrollo de las otras dos áreas y, ella misma, puede suponer, por su finalidad curativa, un elemento que aumente la inclinación del plano de degradación a la que está expuesto actualmente el embrión humano. Como consecuencia de todo esto, nos encontramos ante la encrucijada de romper con un principio sostenido por los padres de la FIV, como es el de no fecundar y crear embriones que no sean destinados primariamente para usos reproductivos. En

1 Con respecto a los avances en células madre adultas puede consultarse: López Moratalla, N. *Aspectos biomédicos de la clonación humana y células madre*. En: *La bioética en el milenio biotecnológico*. Edit. Sociedad Murciana de Bioética. Murcia. 2001. Aznar J. "Células madre: estado actual de la investigación". <http://www.bioeticaweb.com> (2002). Verfaillie, C. M. "Adult stem cells: assessing the case for pluripotency". *Trends in Cell Biology*, 12: 502-508. 2002. Forbes, J. S., Vig, P., Poulsom, R., Wright, N. A., Alison, M. R. "Adult stem plasticity: new pathways of tissue generation become visible". *Clinical Science*, 103: 355-369. 2002.



esta clonación no se crean para su propia vida² como intención última subjetiva, sino que ahora la intención es la supervivencia de otros a través de elegir como fin más mediato la propia destrucción de los embriones. En resumen, la aceptación de la clonación “terapéutica” supone trasladar a lo humano toda la fuerza cosificadora del ámbito de la veterinaria en cuanto que el embrión es formado en función de unas características genéticas determinadas y sacrificado como fuente de material biológico. La interacción de estos subfactores puede generar una red en la que el embrión humano quede atrapado. Éste se convierte en materia prima y su existir entitativo es mínimamente valioso en cuanto que su vida es querida como medio para la extracción de sus células. Se alcanza la devaluación máxima del embrión humano, pues es equiparado sencillamente a una cosa.

Ahora bien, ¿necesariamente la medicina regenerativa está abocada a unirse y potenciar la espiral cosificadora y destructiva que atenaza al embrión humano desde los ámbitos de la FIV o de la micromanipulación embrionaria?, ¿es posible desligar a esta nueva rama de la medicina de la sospecha ética y del posible pelotazo económico, al cual puede verse inclina-

da?, ¿no estamos volviendo a aceptar una visión bioética que en última instancia justifica una práctica con un hábil cambio semántico?, ¿no será el momento de buscar un cierto consenso social que ponga en juego otras visiones bioéticas?, ¿no será mejor ser cautos y potenciar aquello en lo que las diversas sensibilidades bioéticas concordamos?, en el fondo del potencial beneficio utilitarista ¿no anida el puro voluntarismo que no respeta al débil? Estas y otras muchas preguntas nos dan idea de que nos encontramos en una encrucijada ética. Estamos de nuevo frente al dilema de si el fin justifica los medios y ante la posibilidad o no de seguir apostando por una bioética de signo utilitarista, que nos invade por momentos. Teniendo en cuenta: a) que las dudas éticas son importantes sobre la licitud de esta práctica y suponen un agravamiento radical en la falta de respeto al embrión humano en nuestras sociedades, b) que no existe una postura unánime sobre el estatuto de respeto que hay que dar al embrión humano y c) que esta práctica supondría aceptar embriones generados por fines distintos a la reproducción y por consiguiente creados expresamente para ser destruidos; teniendo en cuenta todo lo anterior, es prudente propugnar para esta situación el denominado principio de precaución. Junto a esto existen innumerables consecuencias negativas que plantea esta tecnología. Especialmente considero muy importante la presión que se puede crear para acabar aceptando la clonación de un adulto. Me resisto a pensar que por la continuidad espacio-temporal existente entre el individuo embrionario y el ser humano adulto, después de la aceptación de la clonación terapéutica no fuera a extenderse la clonación experimental

2 Pienso que desde el inicio de la FIV existe un torcido razonamiento ético que ha sido utilizado demagógicamente por los partidarios de la misma y que ante esta nueva posibilidad técnica se revela con toda su crudeza. En la FIV los embriones no son hechos para que puedan vivir ellos mismos, sino con la intención de que alguno sobreviva en función de los intereses que tienen los padres de descendencia. La intención última es satisfacer a unos padres eligiendo unos medios que suponen un riesgo altísimo para las vidas formadas, es más, asumiendo que en el juego de riesgos alguno de los formados alcanzará la fortuna de sobrevivir.



a la formación de hombres. Pienso que toda clonación es reproductiva, pues la clonación es una forma de reproducción, en cuanto que la intención subjetiva no cambia el hecho en sí, y el paso del tiempo no altera la substancia de la acción de generar asexualmente. Si no rechazamos este tipo de clonación, toda la argumentación contra la clonación adulta se tambalea, pues si clonamos para destruir, ¿por qué no puede abrirse paso la idea de ser magnánimos y dejar nacer los embriones clonados en lugar de destruirlos?

Además, la posibilidad de una alternativa terapéutica que está más avanzada experimentalmente —no sólo son expectativas, sino que existen ya protocolos clínicos— y muestra tantas posibilidades como ésta, nos lleva a pensar que lo más prudente es potenciar en la actualidad el uso de las células madre adultas. Esto, que me parece de sentido común, lo es también en el ámbito científico, en el que no se suele recurrir a una opción con posibilidades terapéuticas que comporta serias reservas éticas, cuando existe una alternativa sin problemas éticos importantes. Alternativa que nos aleja de repetir experiencias como la de los trasplantes de tejidos fetales³, y que nos distancia de la lógica de un proyecto que está ligado al mercado biotecnológico más que a criterios de prudencia científica y que, además, está sustentada social y políticamente por un amplio sector de nuestra sociedad occidental⁴.

3 Es bien conocida la expectativa que generó en los ambientes científicos el uso de tejidos fetales para trasplantes de tipo neuronal. Después de varios años de ensayo y de utilización de fetos la técnica no tiene la eficacia esperada y es un camino terapéutico frustrado.

4 Es usual que los partidarios de la clonación terapéutica se defiendan con el argumento de que su

Junto a esto y desde una perspectiva personalista, que tiene en cuenta el respeto absoluto del embrión desde su inicio vital, es interesante hacer ver con más claridad la malicia existente en el interior de este tipo de clonación. Desde esta perspectiva esta técnica supone una instrumentalización de un ser humano por terceros, lo cual iría en contra de la incondicionalidad de todo hombre y de su consideración como fin y nunca como medio. Así pues, considero que no puede hablarse de clonación terapéutica, que tendría una valoración ética aceptable, oponiéndola a clonación reproductiva, que sería

posición es progresista y no puede ser detenida por las opiniones personales de una minoría social que sólo tiene argumentos de una determinada confesión religiosa que no pueden obligar a la sociedad. En mi opinión hay dos errores en esta postura. Por un lado, uno de tipo democrático, en cuanto que toda opinión es válida en un estado de derecho, y además, las presentadas por los opositores lo son con argumentos racionales y científicos. Mas bien son ellos los que pretenden con una burda maniobra dogmática imponer su opinión descalificando al contrario e impidiéndole su participación democrática con pleno derecho. En el fondo late la creencia de que ellos son los puros ideológicamente cuando, en el fondo, tras sus planteamientos, como en el de cualquier ser humano, existen creencias, increencias, prejuicios filosóficos, arreligiosos o religiosos. En segundo lugar, consideran que en una sociedad lo teóricamente positivo en términos de beneficios para ella no puede ser detenido por ningún sector social. A parte de considerar que quizá ese sector social sea mayoritario y ostente el poder en ese momento y ejerza en consecuencia legítimamente la voluntad popular deteniendo un determinado avance científico, hay que considerar que existen múltiples ejemplos de que determinadas prácticas que serían más rentables desde el punto de vista científico y que supondrían un avance para la misma son rechazadas en cuanto atentan directamente contra la dignidad y los derechos correspondientes de los seres humanos y suponen una instrumentalización de los mismos, pues no todo lo técnicamente posible es viable en el plano de la acción auténticamente humana que es la ética.



rechazable. No existe, como algunos autores han indicado, una clonación blanda lícita y otra dura ilícita. Poner adjetivos puede que semánticamente responda bien al objetivo utilitarista que subyace en tal estrategia del lenguaje —contraponer el beneficio de la humanidad frente a obstaculizar la ciencia en su lucha contra la enfermedad—, pero, considerando la acción en sí misma, se aprecia claramente que clonar es una acción reproductiva independientemente del fin que se le dé al producto de tal reproducción, sea destruirlo al poco tiempo o dejarlo crecer y nacer. No se ve cómo el paso del tiempo puede cambiar sustancialmente la misma acción de generar un nuevo ser humano asexualmente. Es más, la intención de crearlos para destruirlos agrava más la situación de la eufemísticamente denominada clonación “terapéutica”, al convertirla en una nueva forma mortal de esclavitud, por la que unos seres humanos son creados para provecho de otros. Un abuso de los más fuertes sobre los débiles, una disposición de unos por otros, contraria a la igualdad de todos los seres humanos. Así pues, destruir a unos seres humanos para salvar a otros parece algo contradictorio y opuesto a la pretendida finalidad humanitaria con que nos quieren justificar la clonación “terapéutica”. Además, incrementaría el grado de desprotección en que poco a poco se ve envuelto el embrión humano. No sólo sería, como es en la actualidad, un medio para satisfacer los deseos reproductivos de una pareja, sino que adquiriría un grado más de cosificación. Simplemente se trataría de un material biológico sujeto a las leyes del mercado o a intereses sanitarios personales o sociales. Debemos reflexionar sobre lo teme-

rario y poco prudente que es tratar como un simple material biológico al embrión humano. Tras él se esconde todo hombre, en cuanto que en una determinada etapa de su vida ha sido embrión. Hay que oponerse a esta nueva posible forma de esclavitud o proletariado que pretenden algunos crear y que consolidaría ese afán del hombre por dominar al otro. Generemos una biotecnología respetuosa con todo ser humano, en la nueva medicina regenerativa que se está consolidando. No repitamos experiencias de las cuales tengamos que arrepentirnos. Para ello debemos renunciar a cálculos hipotéticos de beneficios que en el fondo camuflan intenciones y opciones personales no manifestadas. Por el contrario, hay que atenerse al respeto incondicional a toda vida humana durante todo su ciclo vital, única opción que garantiza la igualdad de todos los hombres y universaliza el que todos tengan acceso a los nuevos avances de la biomedicina.

Concluiría este apartado con una serie de recomendaciones que resumen lo expresado. En primer lugar, es necesario tener el coraje de renunciar a este camino peligroso en el cual la muerte de un ser humano se constituye como garantía de salud de otros seres humanos, algo completamente alejado de la tradición ética que sustenta nuestra civilización occidental. En segundo lugar, estamos ante una oportunidad de compatibilizar de forma armónica progreso y ética construyendo una investigación íntegramente buena si potenciamos la relacionada con las células madre de adultos. Una oportunidad no sólo de esperanza notable para muchos, sino también de ejemplaridad para los científicos, así como para la sociedad. Es,



por lo tanto, recomendable que las leyes carezcan de ambigüedades y se penalice todo tipo de clonación. En tercer lugar, hay que seguir preguntándose sobre la razón por la que unas técnicas que afirmaban crear vida y donde el embrión era el protagonista, se han vuelto contra él, de una forma tan mortífera y letal. En cuarto lugar, una respuesta a lo anterior es volver a plantearse si tal destrucción puede estar ligada y causada por la pérdida del

sentido del acto procreativo humano, único que garantiza el respeto del embrión en cuanto no le sustrae a su propia ecología. Y, en consecuencia, si la continua despersonalización del acto generativo que introduce la fecundación extracórporea no causa una creciente consideración del embrión como propiedad, aumentando el dominio sobre él y desposeyéndole de uno de sus derechos más básicos como es el de la vida.



Bioética

SELECCIONES



SUSCRIPCIÓN

Publicación semestral

Deseo recibir la revista «Selecciones de Bioética»

Costo de la suscripción anual (dos números)

En Colombia: \$30.000.00

En Latinoamérica: \$US 20.00
(incluido el porte aéreo)

En otros países: \$US 30.00
(incluido el porte aéreo)

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

PAÍS: _____

TELÉFONO: _____

E-MAIL: _____

FORMA DE PAGO:

CONSIGNACIÓN EN COLOMBIA:

Sírvase consignar el valor de la suscripción en la cuenta corriente N° 007-42506-9 del Banco Helm, Bogotá, D.C., Colombia. No olvide enviarnos el comprobante al correo electrónico: cenalbe@javeriana.edu.co

FUERA DE COLOMBIA:

Con cheque a nombre de Cenalbe

NÚMERO DEL CHEQUE _____

BANCO _____

Sírvase enviarlo a la siguiente dirección: CARRERA 10 N° 65-48, CHAPINERO, BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA, Sur América.

Bioética

SELECCIONES



Cenalbe

La coordinación editorial de la revista *Selecciones de Bioética* solicita a usted, acusar el recibo de las publicaciones enviadas y remitirnos algún comentario de los artículos en ella publicados.

Su respuesta será de vital importancia para la evaluación de los contenidos y de los sistemas de envío utilizados.

Agadecemos su cooperación.

Sus comentarios pueden enviarse a los correos electrónicos: **cenalbe@javeriana.edu.co**
bioetica@javeriana.edu.co

Cordialmente,

Centro Nacional de Bioética-Cenalbe

INFORMES:

REVISTA PUBLICADA POR EL CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA, CENALBE,
CARRERA 10 N° 65-48, CHAPINERO, BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA, Sur América