

# Bioética

## SELECCIONES



Cenalbe

### TÍTULOS DE ESTE NÚMERO

- \* Medicina y crimen contra la humanidad. El legado de la doctora Adélaïde Hautval
- \* Hacernos cargo. La chica desconocida
- \* Viaje a las entrañas del animalismo
- \* La toma de decisiones y el proceso de información en niños y adolescentes
- \* ¿Qué hacer cuando un médico tiene problemas de salud que afecta su desempeño clínico?
- \* Perspectivas biomédicas de la maternidad subrogada
- \* Uso del término “preembrión” en la literatura biomédica desde su origen hasta la actualidad
- \* La convención sobre la lucha contra el tráfico de órganos, una mirada desde la bioética

# Bioética

## SELECCIONES



---

Revista *Selecciones de Bioética*, N° 25 / ISSN: 1657-8856  
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA, CENALBE, BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA, OCTUBRE DE 2017

---

© Centro Nacional de Bioética, Cenalbe

**ALFONSO LLANO ESCOBAR, S. J.**

DIRECTOR

**EDITH NATALIA PEDRAZA JIMÉNEZ**

COORDINADORA 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,  
EDITH NATALIA PEDRAZA JIMÉNEZ.

AGRADECEMOS AL INSTITUTO DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
SU COLABORACIÓN EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA REVISTA.

# 25

#### DISEÑO Y PRODUCCIÓN EDITORIAL

CÉSAR TOVAR DE LEÓN  
ÉDITER. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS LTDA.  
TEL 2329558. BOGOTÁ, D.C.  
ctovarleon@gamil.com  
<http://www.editerestrategias.org/>

#### IMPRESIÓN

EDITORIAL GENTE NUEVA LTDA.  
EDICIÓN DE 300 EJEMPLARES  
DEPÓSITO LEGAL  
IMPRESO EN COLOMBIA  
PRINTED IN COLOMBIA  
BOGOTÁ, D.C., OCTUBRE DE 2017

#### 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: [revistaseleccionesdebioetica@gmail.com](mailto:revistaseleccionesdebioetica@gmail.com)  
[cenalbe@javeriana.edu.co](mailto:cenalbe@javeriana.edu.co)  
[www.cenalbe.org.co/](http://www.cenalbe.org.co/) / [www.facebook.com/cenalbe/](http://www.facebook.com/cenalbe/)

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**

**MEDICINA Y CRIMEN CONTRA  
LA HUMANIDAD. EL LEGADO  
DE LA DOCTORA ADÉLAÏDE HAUTVAL**  
Emilia Bea

**5**

**HACERNOS CARGO.  
LA CHICA DESCONOCIDA**  
Tomás Domingo Moratalla

**37**

**VIAJE A LAS ENTRAÑAS  
DEL ANIMALISMO**  
Rafael Amo Usanos

**41**

**LA TOMA DE DECISIONES Y EL PROCESO  
DE INFORMACIÓN EN NIÑOS  
Y ADOLESCENTES**  
Montse Esquerda Aresté /  
Cristina Nolla

**47**

**¿QUÉ HACER CUANDO UN MÉDICO TIENE  
PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTA  
SU DESEMPEÑO CLÍNICO?**  
Claude Vergès

**54**

**PERSPECTIVAS BIOMÉDICAS  
DE LA MATERNIDAD SUBROGADA**  
Nicolás Jouve de la Barreda

**68**

**USO DEL TÉRMINO "PREEMBRIÓN"  
EN LA LITERATURA BIOMÉDICA DESDE  
SU ORIGEN HASTA LA ACTUALIDAD**  
Modesto Ferrer Colomer /  
Luis Miguel Pastor

**81**

**LA CONVENCIÓN SOBRE LA LUCHA  
CONTRA EL TRÁFICO DE ÓRGANOS,  
UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA**  
María Àngels Porxas Roig

**99**

**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

---

**L**a bioética es una nueva ciencia que no lleva más de cincuenta años. Surgió en los Estados Unidos a finales de la década de los setenta, del siglo pasado, gracias a un gran oncólogo de Madison Wisconsin, USA, pensador e investigador, Van Rensselaer Potter, quien le dio el nombre y su espíritu. Hoy día se recurre al nombre de Bioética sin tener en cuenta el sentido original, que le dio su fundador, de diálogo entre dos saberes: científicos y éticos. Este diálogo entre ciencia y ética debe ser el punto de referencia de todo artículo con el enfoque de la bioética. Si carece de él, corre el riesgo de desorientar al lector. Si quiere dar a su artículo el sentido y el valor de la bioética, se requiere tener en cuenta el sentido y orientación que le dio su fundador, de diálogo entre la ciencia y la ética.

Los artículos de la revista tratan de hacer llegar a los lectores temas variados,

ya publicados en otras revistas en torno a la bioética. Suponemos que ya han leído artículos sobre la naturaleza y definición de esta misma ciencia. Lo hicimos al comienzo con el primer número de la revista.

Este número de la revista, ofrece temas de notable interés que requieren calma en la lectura y deseo de parte del lector de una sincera profundidad. Recomendamos no leer la revista de un tirón. Tómese su tiempo ya que los temas así lo requieren. Lea artículo por artículo: todos los artículos exigen concentración y repetición para su asimilación.

Si está interesado en algún artículo de números anteriores, le recordamos que todos los números están disponibles en nuestra página web: [www.cenalbe.org.co](http://www.cenalbe.org.co)

Y con esta aclaración, manos a la obra.

**ALFONSO LLANO ESCOBAR, S.J.**

## **aclaración pertinente**

En la edición anterior (número 24) en la portada salió por error de los editores, el título de un artículo que sale publicado en esta (número 25).  
Ofrecemos sentidas disculpas a nuestros lectores.



---

# A u t o r e s

---

**EMILIA BEA:** Profesora del Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política, Campus dels Tarongers. Universitat de València, Valencia (España). Tesis doctoral sobre el pensamiento de Simone Weil con el título 'Antropología y Filosofía política en Simone Weil' (ebea@uv.es).

**TOMÁS DOMINGO MORATALLA:** Profesor Universidad Pontificia Comillas, profesor Colaborador Honorífico Universidad Rey Juan Carlos (Madrid), profesor asociado de las universidades Autónoma (Madrid) y Complutense de Madrid. Profesor-tutor en Uned desde 2009 hasta la actualidad, Paul Ricoeur "correspondant" de "Fonds Ricoeur" en España. (tomadomingo@filos.ucm.es).

**RAFAEL AMO USANOS:** Estudios en la Universidad Pontificia Comillas y en la Pontificia Universidad Gregoriana donde se doctoró en el año 2007; master en Bioética (Uned 2008) y Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos (Programa de Bioética y Biojurídica). Actualmente imparte los cursos de Pensamiento Social Cristiano; Ciencias de la Cultura, Teología Moral y Pastoral, y en el Master de Bioética (Rafael.amo@comillas.edu).

**MONTSE ESQUERDA ARESTÉ:** Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universitat de Lleida, especialista en Pediatría. Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Doctora en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona y Máster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona. Directora general del Institut Borja de Bioètica-URL (mesquerda@ibb.hsjdbcn.org).

**CLAUDE VERGÈS:** Pediatra-neumóloga. Presidenta de la Comisión de Bioética del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Profesora de Bioética, Universidad de Panamá. Vice-presidenta Redbioética (Unesco) (verges2004@yahoo.es).

**NICOLÁS JOUVE DE LA BARREDA:** Doctor en Ciencias Biológicas, profesor en las universidades Complutense, Politécnica de Madrid, Bilbao y Córdoba. Realizó estudios de postgrado en Cambridge (Inglaterra) en 1976 y como investigador invitado en la Universidad de Columbia (Missouri, EE.UU.) en 1988. En la actualidad participa en el información sobre temas de Ciencia en Intereconomía TV (nicolas.jouve@uah.es).

**MODESTO FERRER COLOMER:** Doctor en Medicina, Universidad de Murcia. Master en Bioética, Universidad de Murcia. Director de la Unidad de la Espalda, Hospital Mesa del Castillo de Murcia. (modfercoll@gmail.com / bioetica@um.es).

**LUIS MIGUEL PASTOR:** Vicepresidente de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, ha sido nombrado profesor visitante de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT), en Chiclayo (Perú).

**MARÍA ÀNGELS PORXAS ROIG:** Investigadora en el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona donde desarrollo actividades en temáticas como tráfico de órganos, integridad en la investigación o autonomía en las relaciones médico-paciente así como otros tipos de colaboraciones con la publicación de artículos de temas bioéticas con una colaboración con la Biblioteca Parlamentaria de Chile (m.porxas@gmail.com).



---

# MEDICINA Y CRIMEN CONTRA LA HUMANIDAD. EL LEGADO DE LA DOCTORA ADÉLAÏDE HAUTVAL\*

---

EMILIA BEA

## RESUMEN

En el trabajo se aborda el testimonio de la doctora alsaciana, Adélaïde Hautval, sobre la pseudomedicina practicada en el Lager y sobre su negativa a colaborar en el crimen contra la humanidad. A través de su diario de la deportación y de las actas de un peculiar juicio a Auschwitz celebrado en Londres en 1964, nos adentramos en los dilemas ético-profesionales que tuvieron que afrontar los médicos prisioneros en aquel escenario y que, en su caso, dieron lugar a acciones de resistencia ante la barbarie, de desobediencia a sus superiores y de solidaridad con las víctimas capaces de iluminar la actitud a tomar ante los dispositivos biopolíticos contemporáneos.

## 1. GRANDEZA Y MISERIA DE LOS MÉDICOS EN LOS CAMPOS DE EXTERMINIO NAZI

### 1.1 MEMORIAS DE LA DEPORTACIÓN

El presente trabajo reflexiona sobre algunos aspectos de la relación entre ética médica y derechos humanos partiendo del testimonio iluminador de una mujer casi desconocida: la doctora Adélaïde Hautval, psiquiatra alsaciana deportada a Auschwitz y Ravensbrück por solidarizarse con los judíos\*\*. El contexto de radical deshumanización en que ella vivió y escribió era la manifestación paroxística e imprevisible –y esperemos que irreplicable en su magnitud– de un biopoder que venía de muy atrás y que de algún modo

sigue vigente en la actual cultura tecnoindividualista regida por criterios de rentabilidad y de eficiencia a cualquier precio y por nuevas vías de control político sobre la actividad científica. Si en aquellos tiempos de oscuridad los médicos contribuyeron a conferir especificidad a la empresa genocida al tratar de justificarla científicamente y aportarle una tecnología, debemos preguntarnos por nuestras actuales complicidades con el desarrollo de una biopolítica «inmunitaria»<sup>1</sup> que sigue con-

---

\* *Cuadernos de Bioética*, vol. XXVII, núm. 2, 2016, pp. 139-162.

\*\* Adélaïde Hautval (más conocida por el diminutivo Haïdi con el que firmaba frecuentemente) nació el 1 de enero de 1906 en Hohwald (Alsacia), la menor de los siete hijos del pastor Haas Hautval y de Sophie Lydie Kuntz. Estudió medicina en la

virtiendo en procesos la vida humana, el cuerpo, el nacimiento, la salud y la muerte, y sigue viendo en la medicina una potente «técnica política de intervención»<sup>2</sup>, con el riesgo siempre latente de establecer desde el poder una línea divisoria entre quienes deben vivir y quienes deben morir y de diseñar nuevas estrategias de regulación que acaben ligando la protección de la vida a su potencial negación.

Aunque era una persona muy discreta y reservada, que evitaba en lo posible la presencia pública, Adélaïde Hautval no rehúsa explicar su experiencia en el Lager

Universidad de Estrasburgo donde se doctoró en psiquiatría con una tesis titulada: *Contribution à la localisation de troubles psychiques postcommotionnels*. (Thèses, Université de Strasbourg, ed. Libr. Universitaire d'Alsace, 1934). En la época de su detención trabajaba en el hospital psiquiátrico de Lannemezan (Altos Pirineos). Después de la guerra ejerció como médica escolar en Besançon y en la periferia norte de París. Tras la muerte de una amiga enferma, a la que había cuidado durante años, puso fin a su vida el 12 de octubre de 1988. Entre los reconocimientos y dedicatorias a su labor, además de la Orden de la Legión de Honor en 1945 y el título de Justa entre las Naciones en 1965, en su ciudad natal hay una fuente en memoria suya en la que aparece inscrita su divisa «Pense et agis selon les eaux claires de ton être» y su nombre ha sustituido –simbolizando dos visiones opuestas de la medicina– al de dos defensores de la eugenesia, en primer lugar en una calle de Estrasburgo (en sustitución del Premio Nobel de Medicina Alexis Carrel, nombrado por Pétain director de la Fundación Francesa para el Estudio de los Problemas Humanos) y recientemente, en mayo de 2015, en un hospital de Villiers-le-Bel, pequeña localidad a pocos kilómetros de París (en sustitución de Charles Richet, que fue presidente de la Sociedad francesa de eugenesia y autor del libro *La Sélection humaine* en el que defendía la eliminación de las «razas inferiores») y de los enfermos incurables).

- 1 Cfr. Esposito, R. *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. trad. de A. García, Herder, Barcelona. 2009.
- 2 Sobre la relación contemporánea entre lo biológico y lo político y sobre el «biopoder», hay que remitir a los estudios pioneros de Georges Canguilhem y de Michel Foucault.

cuando se le pide, y da a conocer sus notas de la deportación, tomadas en forma de diario y reelaboradas más de cuarenta años después de ser escritas, a través del libro *Médecine et crimes contre l'humanité*, publicado en 1991 (pasados tres años desde su muerte) y reeditado en 2006.<sup>3</sup> En 1972 ya había manifestado su temor a que la evolución de la medicina y de la ciencia nos llevara a reencontrar «bajo una forma más disfrazada al superhombre nazi que no da cuentas a nadie y que se cree dueño... por encima de Dios»<sup>4</sup>. La perplejidad ante una situación en que la esperanza de dominar los fenómenos de la vida parece ir de nuevo acompañada por la desvalorización de la muerte, unida a la angustia causada por las campañas negacionistas de los años ochenta, determinan su decisión de revisar y sacar a la luz el manuscrito compuesto en 1946. A la hora de la redacción definitiva del texto en 1987, tras expresar la dureza de volver sobre sus anotaciones personales escritas en bruto poco después de la liberación, la Dra. Hautval recuerda frases suyas del original en las que se refería a la imposibilidad de que los alemanes pudieran entrar en la comunidad humana hasta que dejaran de creerse

- 3 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité: témoignage manuscrit «Déportation»*, Actes Sud, París, 1991. (Prólogo de C. Ambrosetti, presentación y epílogo de A. Postel-Vinay). Nueva edición: *Médecine et crimes contre l'humanité: Le refus d'un médecin, déporté à Auschwitz, de participer aux expériences médicales*, ed. du Félin, París, 2006, (presentación y epílogo de A. Postel-Vinay). En adelante, las referencias serán de esta segunda edición.
- 4 Citado por A. Postel-Vinay en la presentación de *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit. p. 10. La autora, que figura entre los 21 colaboradores del libro colectivo, dirigido por Kogon, E., Langbein, H. y Rückerl. A. *Les Chambres à gaz, secret d'État* (trad. del alemán de H. Rollet, Minuit, París 1984), afirma que A. Hautval también participó en la documentación de esta obra colectiva.



seres superiores y se convirtieran en simples seres humanos. Desde su perspectiva, la reconciliación con la Alemania de entonces no resultaba factible pues el deseo sincero de paz sería visto por ellos como una prueba de debilidad. Pasadas cuatro décadas, confiesa que se trata de un «juicio apresurado que condena injustamente en bloque a todo un pueblo», aunque «explicable sin duda por todo lo que acabábamos de vivir»<sup>5</sup>. De lo que tenemos que ser bien conscientes, nos dice, es de que «el nacionalsocialismo no nació por generación espontánea»: «Es una síntesis diabólica, sistematizada, hipnotizadora y codificada, extraída de las aguas turbias de la naturaleza humana, presentes en cada uno de nosotros. Ha sabido explotar al máximo todas las xenofobias, la fuerza de las ideas recibidas, aceptadas como verdaderas porque todo un medio las comparte. Es difícil resistir a una intoxicación cotidiana de eslóganes, sobre todo cuando son pronunciados por el poder establecido, la autoridad suprema»<sup>6</sup>. Pero lo más preocupante, en la línea de lo apuntado, es constatar que «nuestra historia contemporánea demuestra hasta qué punto la ideología nazi permanece viva, en nosotros y a nuestro alrededor, y no espera más que una ocasión para salir a la luz y tomar el poder». El pesimismo reflejado en estas frases se proyecta en las que vienen a continuación: «El vencedor ha utilizado las mismas armas que el malhechor y las ha guardado..., mientras que existen armas de otra esencia eficaces de otro modo. ¿Cuándo tendrá nuestra humanidad la madurez necesaria para comprenderlo?»<sup>7</sup>.

¿Cuándo entenderemos, como ella misma dice, que las victorias en la guerra pueden no serlo en la paz y que quizá algún día tendremos que hablar de «criminales de paz»<sup>8</sup>? La oposición a una criminalidad que venía impuesta hubiera podido funcionar en aquel terrible escenario como un potente revulsivo contra la lógica de exterminio si no hubiera sido tan minoritaria. En el contexto actual esta actitud por parte de Adélaïde Hautval, plasmada en toda una serie de gestos y actos de desobediencia que recorreremos a través de estas páginas, puede servirnos de ejemplo para la resistencia a la barbarie que también hoy se nos exige. Sus memorias de la deportación se inician con estas palabras: «Las circunstancias fueron tales que asistí de cerca a la tragedia judía encontrándome todavía en Francia»<sup>9</sup>, y en el epígrafe que presenta el libro leemos: «Este horror inenarrable hubiera podido ser evitado. Si simplemente el desprecio organizado de lo humano, la locura megalómana, se hubiera encontrado frente a un mundo “civilizado”, lúcido, valeroso, decidido a salvaguardar los principales valores. No son los ejércitos –incluso los mejores del mundo– los que ganan las verdaderas batallas»<sup>10</sup>.

## 1.2 PERSPECTIVAS SOBRE EL HOLOCAUSTO

El punto de vista en el que nos vamos a situar para enfocar el trabajo es el de estos combatientes de otros frentes, comprometidos con los valores humanos a riesgo de su propia vida. En los estudios sobre el Holocausto, la figura del resistente y, más en concreto, la del salvador –auténtica

5 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 79.

6 Ibid.

7 Ibid.

8 Citado por A. Postel-Vinay en la presentación de *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 10.

9 Ibid., p. 13.

10 Ibid., p. 11.



vanguardia de resistencia activa no violenta a la barbarie— ha sido habitualmente olvidada o dejada en un segundo plano. Las categorías analizadas suelen ser las de perpetrador, víctima y observador indiferente: tres grupos difíciles de deslindar ya que, como también veremos a continuación, algunas víctimas se convirtieron en cómplices, además de ser evidente la concomitancia entre indiferencia y colaboración. La mirada sobre los crímenes contra la humanidad no puede detenerse exclusivamente en el mal causado, en las razones que lo motivaron y en los actores que intervinieron de forma más o menos directa, ni siquiera debe fijarse solo, aunque merezcan una atención prioritaria, en las víctimas como sujetos pasivos de un sufrimiento inenarrable. La actividad de salvación de los judíos y otras formas de resistencia humanitaria a la máquina de aniquilación pueden protagonizar una nueva perspectiva, prácticamente ignorada durante décadas en la historiografía del Holocausto y bastante relegada incluso en la historiografía de la resistencia, que dé cuenta del abismo del mal tomando como medida y punto de referencia la ejemplaridad del bien.

Entre los ejemplos inspiradores que evocan vestigios del bien allá donde el triunfo del mal parece definitivo, la presencia de las mujeres resulta especialmente significativa. Adélaïde Hautval y algunas de sus compañeras de deportación, como Germaine Tillion<sup>11</sup>, Anise Postel-

Vinay<sup>12</sup>, Geneviève de Gaulle Anthonioz<sup>13</sup> o Marie-Claude Vaillant-Couturier<sup>14</sup>, son testigos de excepción de un resto de dignidad humana, de solidaridad y de esperanza, aún persistente cuando ya todo parece perdido. También la perspectiva femenina ha sido olvidada hasta fechas recientes en los estudios sobre el Holocausto y sobre la resistencia<sup>15</sup>: otra carencia que querríamos contribuir a paliar, aunque solo sea tangencialmente, a través del reconocimiento público de la aportación de Hautval. Por las razones que iremos apuntando a continuación, parece más que justificado concederle autoridad, es decir, reconocer la grandeza de los principios emanados de su vida y convertir su modo de entender la profesión médica en referente central y mediación insustituible para la comprensión y la práctica de la medicina en la actualidad. En este caso, como en el de las otras resistentes citadas, la autoridad femenina recrea un

---

Anthonioz y otros dos resistentes, aunque los restos de ambas no fueron trasladados a la cripta del monumento.

11 Entre las numerosas obras de y sobre la etnóloga Germaine Tillion, destacamos su *Ravensbrück*, Seuil, París, 1988, y el libro dirigido por Tzvetan Todorov elocuentemente titulado *Le siècle de Germaine Tillion*, Seuil, París, 2007. El 27 de mayo de 2015 Francia le rindió homenaje con su entrada oficial en el Panteón, junto a Geneviève de Gaulle

12 Cfr. Postel-Vinay, A. *Vivre (avec la collaboration de Laure Adler)*, Grasset, París, 2015. Hautval le había hecho entrega del manuscrito, que decidió publicar tras su muerte.

13 Cfr. De Gaulle Anthonioz, G. *La Traversée de la nuit*, Éditions du Seuil, París, 1998, y *Le Secret de l'espérance*, Fayard / Éditions Quart Monde, París, 2001.

14 Cfr. Durand, D. *Marie-Claude Vaillant-Couturier. Une femme engagée du PCF au procès de Nuremberg*, Balland, París, 2012. Además de testificar en el Juicio de Núremberg, influyó en la Ley francesa de 26 de diciembre de 1964 sobre la imprescriptibilidad de los crímenes contra la humanidad y fue testigo en 1987 en el proceso contra Klaus Barbie, antiguo jefe de la Gestapo de Lyon, juzgado y condenado por crímenes contra la humanidad.

15 Cfr. Thalmann, R. «L'oubli des femmes dans l'historiographie de la Résistance», *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, nº1-1995: <https://clio.revues.org/513>.



universo propio opuesto a las relaciones de poder. La hija de una de ellas se confiesa «subyugada por la fuerza que unía a estas mujeres, su *cálida ternura* concebida en el horror del campo de Ravensbrück, donde, sin esta fraternidad, no hubieran podido sobrevivir»<sup>16</sup>.

En esta línea, el libro *Auschwitz in England: a record of a libel action*, de Mavis M. Hill y L. Norman Williams<sup>17</sup>, está dedicado a tres mujeres (las doctoras Alina Brewda, Dorota Lorska y Adélaïde Hautval) que testificaron en 1964 ante un tribunal inglés en el proceso por difamación *Vladislav Dering vs Leon Uris y otros*, del que después hablaremos. Su testimonio puso al descubierto la fidelidad a las exigencias éticas de su trabajo y a una visión humanista de sus responsabilidades profesionales, frente a la actitud servil de la mayoría de médicos de su entorno y al intento de justificarla con argumentos pseudocientíficos. El choque entre estas dos formas de entender la profesión médica ya se había puesto de manifiesto en otros juicios y, muy en especial, en el de Núremberg contra los médicos iniciado en diciembre de 1946. La conmemoración en 1996 en la Unesco del cincuenta aniversario de este proceso y la publicación del libro *Médecine et crimes contre l'humanité* son, a juicio

de Claire Ambroselli<sup>18</sup>, dos acontecimientos particularmente determinantes, ya que el proceso conmemorado, inspirador del Código de Núremberg, es el hito fundador de una nueva ética médica indisoluble de los derechos humanos, mientras que el diario de A. Hautval es uno de esos rayos de luz que, parafraseando a Hannah Arendt, poseen el poder de los rayos X para dejar al desnudo la estructura interna de la realidad. Ambos acontecimientos pueden ayudarnos a comprender la naturaleza de los crímenes contra la humanidad y a orientar nuestras resistencias a partir de las lecciones de quienes lo han hecho antes de nosotros. La historia, basada en este caso en los archivos y documentos del proceso, y la memoria, tejida de testimonios y relatos autobiográficos como el de Hautval, se complementan mutuamente para enfrentarnos a la crisis del pensamiento y del juicio moral que estos crímenes revelan: un trabajo de historia y de memoria del que la medicina actual no puede quedar al margen, pues la construcción de la justicia internacional no es ajena a la vertiente cívica y política de sus tareas.

Por tanto, a efectos de la elaboración de este artículo, parece indispensable apoyarse en ambas fuentes, ya que determinadas acciones de resistencia, necesariamente secretas, solo pueden ser abordadas aunando el análisis de datos objetivos y la información aportada por los testigos; dos fuentes cuyos resultados parecen plenamente acordes en este tema. La mayor parte del material estudiado procede de la investigación realizada en mayo de 2014

16 Presentación de Isabelle Anthonioz-Gaggini del libro *Geneviève de Gaulle Anthonioz et Germaine Tillion Dialogues*, Plon, París, 2015, p. 13. El principal lugar de encuentro de las supervivientes fue la Association Nationale des Anciennes Déportées et Internées de la Résistance (ADIR), creada en 1945, que tiene entre sus objetivos la reflexión sobre el papel de Ravensbrück –el infierno de las mujeres– en el sistema concentracionario nazi.

17 Macgibbon&Kee, Londres, 1965. Citaremos por la traducción al francés de Magdeleine Paz, *Auschwitz en Angleterre. L'affaire Dering*, Calmann-Lévy, París, 1971.

18 Cfr. Ambroselli, C. *Le Comité d'éthique*, PUF, París, 1990 y *L'éthique médicale*, 3e édition corrigée, PUF, París, 1998.



en el Centre de Documentation Juive Contemporaine (CDJC) del Memorial de la Shoah en París<sup>19</sup>, completada con otras consultas bibliográficas y documentales sobre los juicios de Núremberg y sobre la deportación<sup>20</sup>.

## 2. DRA. ADÉLAÏDE HAUTVAL: «JUSTA ENTRE LAS NACIONES» (1965)

El Memorial de la Shoah de París, a través del Muro de los Justos, rinde homenaje a los franceses no judíos que ayudaron a los judíos durante la ocupación. Los nombres que figuran están presentados por el año de atribución del título honorífico de Justo entre las Naciones y en cada caso

consta el lugar en el que se realizó su acción salvadora. La Dra. Adélaïde Hautval aparece la cuarta de las más de tres mil<sup>21</sup> personas mencionadas, pues recibió el nombramiento en 1965, poco después de la creación de esta distinción<sup>22</sup>. El lugar reseñado es Auschwitz-Birkenau, foco de su actividad médica como prisionera. Al lado del panel con los nombres, hay una placa conmemorativa en la que leemos: «Sobre este muro están grabados los nombres de los Justos de Francia que salvaron a judíos durante la Segunda Guerra Mundial, a veces a riesgo de su propia vida. El título de Justo es conferido por el Estado de Israel y concedido por el Memorial

19 Desde estas páginas quiero expresar mi agradecimiento a Michel Azaria y Ruth Arciniega por acompañarme en mi primera visita al Memorial de la Shoah y presentarme a su responsable editorial, Georges Bensoussan, quien me proporcionó la mediación para entrar en contacto con la Dra. Claire Ambroselli, cuyos consejos y orientaciones, que agradezco de modo especial, han resultado decisivos en la realización del presente trabajo. Entre los valiosos documentos que pude consultar en el CDJC figura el anexo al estudio del Dr. André Lettich titulado *Trente-quatre mois dans les camps de concentration. Témoignage sur les crimes «scientifiques» commis par les médecins allemands* (Thèses, Université de París, Faculté de médecine, Imprimerie Union Coopérative, 1946) con la narración completa de la experiencia de Adélaïde Hautval en los campos de exterminio. Entre los pocos textos que se refieren directamente a ella, encontré dos cartas manuscritas de una de sus compañeras, Marcelle Christophe, enviadas a su familia desde el campo de internamiento de Beaune-la-Rolande. La hija de Marcelle, Francine Christophe, también internada y deportada, ha escrito varios libros que tienen el interés de plasmar la mirada de una niña sobre esta realidad.

20 Los archivos de la Association des anciennes déportées et internées de la Résistance (ADIR) se encuentran actualmente en la Bibliothèque de Documentation Internationale Contemporaine (BDIC): <http://www.bdic.fr/collections/quels-documents/archives>.

21 Moshe Bejski, presidente de la Comisión de los Justos en el Memorial de Yad Vashem y creador del Jardín de los Justos en Jerusalén, en una entrevista publicada en ABC el 30 de enero de 2005, ante la pregunta: «¿Cuál ha sido el justo que más le ha impresionado?», respondió: «Cada caso es especial y singular. Pero si tengo que elegir, me inclino por la médico francesa Adélaïde Hautval (...) La conocí años después en Israel y fuimos amigos hasta su muerte».

22 Desde los años noventa han aparecido interesantes publicaciones sobre el tema, tanto trabajos autobiográficos como trabajos científicos desde el prisma histórico (Martin Gilbert, Wolfgang Benz), sociológico (Manfred Wolfson, Nechama Tec) o psicológico (Samuel y Pearl Oliner), pero todavía falta un estudio en profundidad del significado ético y político de esta figura y de su aportación a la comprensión de los derechos/deberes humanos. Algunas reflexiones desde este enfoque en Sémelin, J., Andrieu, C. y Gensburger, S. (dirs.), *La résistance aux génocides. De la pluralité des actes de sauvetage*, Presses de Sciences Po, París, 2008; Grasselli, A. y Maletta, S. *I Giusti e la memoria del bene. Chi salva una vita, salva il mondo intero*, CUSL, Milán, 2006; Pérez Triviño, J. L. «El Holocausto y la responsabilidad: altruismo limitado y dilemas trágicos», *Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho*, nº 29, 2006, pp. 93-108; Gensburger, S. *Les Justes de France. Politiques publiques de la mémoire*, Presses de Sciences Po, París, 2010, y Bea, E. «Derechos y deberes. El horizonte de la responsabilidad», *Derechos y Libertades*, nº 29, 2013, pp. 53-92.



Yad Vashem de Jerusalén en homenaje a los no judíos que actuaron con coraje y abnegación. Desafiando la indiferencia que parecía reinar en nuestro país, individualmente o en el seno de redes, estas mujeres y hombres de toda condición política, social y religiosa tenían en común el rechazo de la barbarie y el sentido de la solidaridad y de las responsabilidades... Su comportamiento constituye un modelo para todas las generaciones futuras». Según este texto tan elocuente, la figura de los justos nos aporta elementos vitales para la reflexión sobre la responsabilidad y tiene un eminente valor educativo.

Adélaïde Hautval obtuvo el título de Justa entre las Naciones por arriesgar en primer lugar su libertad y después su vida al proclamar algo tan elemental, pero en aquel contexto tan radicalmente subversivo, como que los judíos eran personas como las demás, merecedoras de respeto<sup>23</sup>. Esta afirmación alcanza al núcleo del crimen contra la humanidad, a su propio fundamento, que es la negación de la condición humana de sus víctimas y de la pluralidad que la caracteriza. El simple reconocimiento del otro como prójimo, cuya vida tiene por sí misma suficiente valor para asumir riesgos, ataca de lleno a la línea de flotación del sistema. En su caso, y en el de la mayor parte de los salvadores, la solidaridad nace de un impulso casi instintivo que se convierte en una elección moral y desencadena un progresivo compromiso de ayuda. Ni ella ni la inmensa mayoría de los Justos entre las Naciones se sentían santos o héroes sino simples seres humanos incapaces de excluir a otros

seres humanos del universo de las propias obligaciones. Tras años de intoxicación racista, que había generado una situación de auténtico colapso moral, «tan sólo los seres *excepcionales* podían reaccionar *normalmente* y conservar el *sentido común*»<sup>24</sup>. Solo unos pocos actuaban movidos por la convicción de la pertenencia sin ningún tipo de discriminación a la especie humana, es decir, desde la conciencia de que la humanidad es esencialmente irreductible e indivisible.

Durante la ocupación de Francia por las tropas hitlerianas, A. Hautval fue detenida cuando intentaba cruzar la línea de demarcación que dividía el país, con el objetivo de visitar a su madre gravemente enferma. En la estación de Bourges planta cara a unos militares alemanes que acosan y maltratan a una familia judía, pidiéndoles con serenidad y en su propio idioma<sup>25</sup> que los dejen tranquilos. Entonces surge la pregunta: «¿No ve usted que son judíos?», y la respuesta clave: «¿Y qué? Son gente como los demás, dejadlos». Esta simple afirmación supone su ingreso en prisión y posteriormente, al ser de nuevo interrogada y negarse a retirar lo dicho, la condena a compartir su suerte siendo enviada a los campos de internamiento, diseñados específicamente para los judíos, de Pithiviers y Beaune-la-Rolande, preludio de la deportación<sup>26</sup>. Antes de que se inicie

23 Cfr. Postel-Vinay, A. presentación de *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 7.

24 Arendt, H. *Eichmann en Jerusalén. Un estudio acerca de la banalidad del mal*, trad. de C. Ribalta, 4ª ed., Lumen, Barcelona, 2003, p. 175.

25 Había cursado la escuela primaria en alemán, así que hablaba correctamente este idioma. La ausencia de barreras lingüísticas marca la diferencia respecto a otras deportadas a la hora de comunicarse en el Lager.

26 Portadora de una estrella amarilla con la inscripción «Amie des Juifs».



el relato de su experiencia encontramos en su diario la siguiente anotación: «Después leí *La Marche à l'étoile* de Vercors. Es esto. Haber permitido que ocurriera algo así será para Francia, para el mundo, una mancha indeleble. La aceptación ante la fuerza bruta, meter las manos en los bolsillos, a dónde nos lleva»<sup>27</sup>. Pocas páginas después aparece otra reflexión añadida en 1987 en la misma línea: «Más tarde, mucho más tarde, conocí la vergüenza imborrable de nuestro gobierno, su complicidad voluntaria en esta empresa de destrucción»<sup>28</sup>.

En efecto, los campos de internamiento mencionados recibieron una afluencia enorme de mujeres, hombres y niños como consecuencia de uno de los hechos más vergonzosos de la historia de Francia, puesto que hubo una clara colaboración de la policía francesa con el ocupante: la redada de los días 16 y 17 de julio de 1942 en la que se detuvo a más de 13.000 judíos en París, de los cuales más de 8.000 fueron encerrados durante cinco días en el Velódromo de Invierno (la desgraciadamente famosa *rafle du Vel d'Hiv*, que permanece en la memoria como símbolo del oprobio). Hautval fue conducida al mismo destino por un gesto humanitario que en este marco de persecución a los judíos, y frente a la propaganda oficial dirigida a deshumanizarlos, alcanzaba un sentido y valor eminentemente políticos, ya que constituía un desafío a la autoridad, convirtiéndose a largo plazo en la denuncia más radical y revolucionaria de la indiferencia y de la vileza sobre las que se sustentó la máquina del exterminio.

En el campo de Pithiviers, escribe Adélaïde Hautval, «todo es tan nuevo y tan incomprensible»<sup>29</sup> y, sin embargo, es solo «un aperitivo de lo que veremos después»; «condiciones de vida que parecen intolerables pero que son paradisiacas comparadas con lo que nos espera»<sup>30</sup>. Los primeros signos de la desolación provienen de la actitud de las enfermas en el mero contacto con el instrumental de examen médico: actitud de desconfianza que hace que algunas «reculen como si les fueran a inyectar productos mortales» y que al principio resulta molesta y sorprendente incluso para los médicos prisioneros, como la joven doctora Hautval, pues queda «todavía mucho camino que recorrer para llegar a entenderlo»<sup>31</sup>. La situación más triste es la de las enfermas mentales; una de ellas grita: «Nos meterán en trenes y al pasar la frontera harán estallar los vagones». Estas palabras ponen en alerta: «¿Estará acaso en lo cierto con esa clarividencia iluminada que poseen algunos enajenados?»<sup>32</sup>.

A pesar de estas reacciones premonitorias, la vida cotidiana en el campo de internamiento apenas permite pensar en el futuro, entre otras razones porque el número de enfermos y las dolencias que padecen (disenterías, escarlatinas, difterias...) se multiplican día tras día no dando respiro al personal sanitario. En la enfermería una joven lituana, No Rabinovitch, es la mejor colaboradora y amiga de la doctora Hautval, pero pronto, «a pesar de formar parte del cuerpo médico, considerado como fijo, es llamada para partir»: «Se me promete que la sacarán de

27 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 13.

28 Ibid., p. 22.

29 Ibid., p. 14.

30 Ibid., p. 17.

31 Ibid., p. 15.

32 Ibid., p. 15.



la lista y sin embargo sale en el convoy... Traté de buscar su huella en Auschwitz aunque nunca volví a tener ningún indicio de ella»<sup>33</sup>. Las partidas se hacen cada vez más insoportables: la peor es la del 2 de agosto de 1942 en la que se separa por la fuerza a los padres de los hijos pues los menores de 15 años, unos mil doscientos, deben permanecer solos en el campo hasta su deportación unas semanas después. Se les asegura que se reencontrarán más tarde pero muchos de los más pequeños pierden su banda de identificación con el nombre y la edad. Hautval asiste a «escenas abominables»; «ese día vi llorar a más de un gendarme»<sup>34</sup>. Algunos niños enmudecen, no responden a ninguna pregunta y nunca sonríen, «se dejan llevar, indiferentes respecto a lo que les pueda pasar, pareciendo saber de antemano –por vía ancestral– que hay que resignarse»<sup>35</sup>. Y aún hay más: el 29 de agosto se les retiran deliberadamente las placas de identidad; «sus intenciones son claras, ya no es posible la duda, siguen punto por punto su programa de exterminio de los judíos»<sup>36</sup>. Sin embargo, la noticia de la evacuación de los judíos del campo hacia Beaune-la-Rolande abre alguna esperanza de liberación, y el 12 de septiembre anota: «a pesar de lo escrito el 29 de agosto, no es posible pensar la situación hasta el final, teniendo que rectificar siempre ante las consecuencias últimas, inconcebibles para un espíritu normal»<sup>37</sup>. Las condiciones higiénicas del viaje nocturno en el tren de mercancías son espantosas, pues proliferan los cólicos y solo hay un cubo dis-

ponible que hay que ir vaciando con una lata de conservas. Dieciocho quilómetros de distancia que se tarda toda una noche en recorrer. La «atmósfera física y psíquica es deplorable»<sup>38</sup> y disipa las engañosas expectativas. En el nuevo campo de internamiento, el 1 de noviembre de 1942 reseña un acontecimiento que no duda en calificar de «trágico»: un niño de tres años y medio, cuyos padres fueron deportados en julio, tras estar al cuidado de la doctora Hautval, muere de disentería y ha de ser velado «para reemplazar a su madre». Se trataba de «un chiquillo muy amable e inteligente, que ya tenía en la mirada todo el conocimiento secular de su raza sobre la desgracia»<sup>39</sup>. El diagnóstico de la situación no ofrece dudas: «La vida en el campo es corrosiva hasta minar la identidad»<sup>40</sup>. Prima el egoísmo basado en el instinto de supervivencia y resulta muy difícil preservar una actitud digna.

### 3. EN EL LAGER DE AUSCHWITZ

#### 3.1 EL CONVOY DEL 24 DE ENERO

El 5 de noviembre de 1942 Adélaïde Hautval es transferida a la prisión de Orleans, ya que no pueden quedar «arios» en los campos judíos, y poco después al Fuerte de Romainville, donde coincide con militantes comunistas y resistentes como Marie-Claude Vaillant-Couturier y Danielle Casanova. A pesar de no tener una adscripción política definida ni haber tenido militancia activa en ninguna organización, no se siente excluida de la comunidad fraternal que forman las presas políticas: «Hay en adelante entre nosotras

33 Ibid., pp. 20-21.

34 Ibid., p. 19.

35 Ibid., p. 20.

36 Ibid., p. 21.

37 Ibid., p. 22.

38 Ibid., p. 24.

39 Ibid., p. 27.

40 Ibid.



algo sólido, nos sentimos unidas más allá de las divergencias. Pensamos que, aunque nuestros caminos sean diferentes, tenemos suficientes convicciones comunes para trabajar lealmente juntas, con un mismo fin, por el respeto de la dignidad humana»<sup>41</sup>. El 21 de enero se reúnen en Compiègne, como paso previo a la deportación, y pocos días después parten hacia los campos de la muerte en un vagón de ganado, el conocido como «convoy del 24 de enero» o «convoy de las 31.000» (en referencia al número de serie de las matrículas<sup>42</sup>) en el que viajan 230 francesas. A su llegada al campo de exterminio, son destinadas en concreto al Lager de Auschwitz II (Birkenau) en el que se ubican las mujeres<sup>43</sup>: «Una planicie inmensa totalmente nevada. Niebla, cuervos. ¿La estepa rusa? No sabemos dónde estamos... Alambradas electrificadas que se pierden en el infinito. La angustia amenaza con invadirnos y, como desafío, cantamos La Marsellesa antes de entrar». Es el «primer contacto con un mundo desconocido en el que la inversión de valores es la ley»<sup>44</sup>.

La inserción en el aparato médico del Lager se produce de inmediato. Según relata Marie-Claude Vaillant-Couturier, que, junto a Adélaïde Hautval, es una de las cuarenta y nueve únicas supervivientes del grupo: «A la llegada, las SS preguntaron quién era dentista o médico. Danielle Casanova y ella fueron designadas.

Fueron tatuadas como nosotras pero no se les cortó el cabello. Danielle, al aportar su ayuda a las camaradas de nuestro convoy, contrajo el tifus y su corazón falló, muriendo dos meses después»<sup>45</sup>. Hautval también padecerá esta enfermedad, que le hará sufrir terribles alucinaciones descritas en su diario.

Otra integrante del grupo, Maïe Politzer<sup>46</sup>, organiza danzas folklóricas para expresar su rechazo a dejarse llevar por este ambiente «dantesco»: «Esto nos da el sentimiento de ser nosotras mismas»<sup>47</sup>. El mayor empeño reside en no perder la conciencia de la identidad para preservar ese resto de dignidad humana al que antes nos hemos referido. Adélaïde Hautval se compromete firmemente en este empeño, que se refleja en el estilo de su escritura. Frente a la deshumanización que partía de no designar nunca a los presos por su nombre, reducidos a números de una serie, el mero hecho de mencionar en el diario a las personas con las que se relaciona en el campo y describir, en ocasiones, sus rasgos físicos y psicológicos, con independencia de la posición que ostenten—incluso en el caso de los médicos de las SS—, es

41 Ibid., p. 28.

42 Entre los números 31.625 y 31.854. Adélaïde Hautval con el 31.802.

43 Cfr. Delbo, Ch. *Le convoi du 24 janvier*, Les Éditions de Minuit, París, 1966, y Moorehead, C. *Un train en hiver. Le train des femmes pour Auschwitz*, Cherche-midi, París, 2014.

44 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 29.

45 Vaillant-Couturier escribe: «En los campos, coincidí con seres humanos en el sentido más noble, seres solidarios. He conocido lo mejor de la humanidad. Pienso en una mujer médico, Adélaïde Hautval, que estaba con nosotras en Romainville (...) Creo que la historia de esta mujer muestra la importancia de decir no» («1945. Je ne peux pas penser à la Libération sans penser à tous ceux que j'ai laissés en chemin», *Clara Magazine*, nº 118, 2010, p. 9).

46 El poeta Louis Aragon consagra algunos versos de su poema *Le Musée grévin* a Danielle Casanova y Maïe (Marie) Politzer, ambas fallecidas en Auschwitz a causa del tifus.

47 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 32.



de por sí un gesto de rebeldía y de oposición a la despersonalización reinante.

### 3.2 LA JERARQUÍA ENTRE PRESOS COMO SISTEMA DE CONTROL

La actitud no conformista de las presas políticas al entrar en el campo provoca reacciones diversas, siendo interpretada por algunas internas como un motivo de esperanza y por otras como un riesgo de alteración del poder establecido. La mayoría las ven como un «motín» que amenaza su posición de superioridad, conquistada a base de la degradación propia y ajena, y por ello escribe Hautval: «quieren domarnos y esto entraña intentos directos o indirectos de dañarnos»<sup>48</sup>. Hautval percibe inmediatamente la jerarquía existente en los campos de concentración y aporta elementos valiosos para el análisis de este fenómeno. La categorización de los presos hasta la escala más alta –la de los kapos– constituye un estricto sistema de control que facilita la vigilancia de todas las acciones e impide la formación de lazos comunitarios. Nada más entrar en el campo se da cuenta de que esta jerarquización constituye «el sostén mismo de todo el sistema». Los que «detentan el poder y hacen recaer sobre los otros detenidos el peso de su arbitraria ferocidad»<sup>49</sup> son los portadores de triángulos negros (insignia en general de los antisociales, que se identifica aquí con las prostitutas) y los triángulos verdes (condenados por delitos comunes): ambas categorías «se reparten la carnaza representada por los otros detenidos indefensos. Y esta es una de las cosas más monstruosas y sutiles del campo. Esto permite los peores horrores, las peores humillacio-

nes, sin que los SS hagan nada. Saben que así se crea una situación peor todavía que si conservan todas las palancas de mando. Sus intenciones son multiplicadas por todas las rivalidades, todas las ambiciones personales, todos los odios a los que no se impone ningún freno. Saben también que es el mejor medio para impedir un espíritu solidario entre los internos»<sup>50</sup>.

La doctora Hautval es destinada como médico al bloque de las alemanas. Casi todo el personal son triángulos negros y verdes. «En un ambiente tan selecto», constata irónicamente, «desentona» una francesa, por lo que llueven las injurias y las amenazas sobre ella<sup>51</sup>. La situación cambia gracias a la auténtica estima que se establece con la *Blockälteste*, una prostituta al mando del bloque, que «tiene sentido de la justicia»<sup>52</sup>. Como hemos señalado, cada rostro, cada actitud, tiene su propia fisonomía y no es posible encasillar a nadie. En este sentido, algunos comentarios sorprenden, por ejemplo la referencia al amor que sienten varios médicos SS hacia una judía, llamada Enna, que les sirve de intermediario con los detenidos: «Uno de sus admiradores le ha declarado que no podría soportar que un día fuera enviada a la cámara de gas y que, si esto ocurriera, preferiría matarla él mismo. ¡Pobre consuelo!»<sup>53</sup>. El primer médico SS que Hautval conoce es el Dr. König. En principio, parece más normal que los otros pero está dominado por el miedo al contagio, pues «en caso de tifus, las alemanas no hacen excepciones a la regla de

48 Ibid., p. 30.

49 Ibid.

50 Ibid.

51 Ibid., p. 33.

52 Ibid.

53 Ibid., p. 35.



exterminio»<sup>54</sup>. Este miedo está latente en la atmósfera del campo y dificulta la toma de decisiones: si los enfermos son clasificados dentro de la categoría de alguna enfermedad contagiosa probablemente serán gaseados pero si se oculta su dolencia, se corre el riesgo de provocar una epidemia. No hay más remedio que intentar aislarlos de la forma más discreta posible en lugares donde los SS no se atreven a entrar y tratar de proporcionarles una medicación adecuada. Una de las condiciones más angustiosas de la práctica médica en el Lager es la carencia de productos farmacéuticos. Su «organización (una forma de robar) se convierte para cada médico en una preocupación primordial. No están en manos del personal médico, sino de los *Prominenten*: los *Kapos*, los *Blockälteste*, y son la mejor moneda de cambio de los cuidados recibidos por este personal»<sup>55</sup>. Precisamente el Dr. König requisa en un primer momento los medicamentos conseguidos por la Dra. Hautval –«no pude evitar llorar de rabia»<sup>56</sup>–, pero, bien escondidos en adelante, ya no podrá localizarlos en registros posteriores. Poco a poco se aprende a sobrevivir y a ayudar a los demás a hacerlo aún a sabiendas de que la vida en el campo siempre pende de un hilo.

La cuestión de los medicamentos ocasiona constantes conflictos. En el diario se alude al absurdo de haber sido amonestada por el sargento como consecuencia de no hacer constar la medicación de los enfermos en las historias clínicas, que son enviadas a Berlín «para mostrar al mundo la preocupación alemana por los detenidos en

los campos de concentración»: «Miles de ellos mueren a diario en atroces condiciones, pero... las curvas de temperatura son bellas, engañosas, tranquilizadoras»<sup>57</sup>. En esta línea señala a continuación: «En toda mi experiencia médica nunca había visto tantas tasas de sedimentación, recuentos globulares, con fórmula leucocitaria. ¿Utilidad? Prácticamente ninguna, pero queda bien. Los laboratorios funcionan a pleno rendimiento»<sup>58</sup>. Estos datos, escribirá páginas después, quizá son registrados con la intención de que «sirvan de piezas de descargo a la hora de rendir cuentas»<sup>59</sup>. Esta razón es también la única que puede explicar que intenten justificar sus acciones con un diagnóstico de los enfermos que equivale a una sentencia de muerte: «incapaz de trabajar»<sup>60</sup>: «¿Desde cuándo necesitan un certificado médico para matar a la gente?»<sup>61</sup>.

### 3.3 LA EXACERBACIÓN DEL DISCURSO BIOPOLÍTICO CONTEMPORÁNEO

La búsqueda de una justificación científica de las acciones criminales y el uso de la tecnología a tal efecto dan carta de naturaleza al crimen contra la humanidad perpetrado por el nacionalsocialismo. Al igual que Eichmann simboliza la simbiosis entre la burocracia y la lógica del exterminio, los médicos de las SS son la representación del mal asociado a la investigación científica. El discurso biopolítico fue llevado hasta la exacerbación por la Alemania hitleriana dando lugar a una ideología de la salud que pretendía fundamentar

54 Ibid., p. 37.

55 Ibid.

56 Ibid.

57 Ibid., p. 36.

58 Ibid.

59 Ibid., p. 47.

60 Ibid., p. 38.

61 Ibid., p. 47.

decisiones aberrantes en la exigencia de defenderse contra una «patología infecciosa», propagada por seres inferiores –calificados como «bacterias», «virus», «cuerpos gangrenosos» o «parásitos». La población alemana tenía necesidad de regenerarse y había que limpiarla de sus impurezas. Los médicos aparecen investidos de una nueva misión inmunizadora, convirtiéndose en soldados biológicos de la nación<sup>62</sup>. La «muerte por gracia» de los incurables, los enfermos mentales, las bocas improductivas y las personas con taras hereditarias, en la Aktion T4 –derecho soberano a matar, motivado en gran parte por razones económicas y presentado bajo la cobertura de la «compasión» hacia «vidas indignas de ser vividas»– es el antecedente de la «exterminación biológica de los judíos» y pertenece a una misma lógica basada en el biopoder<sup>63</sup>. Ambos momentos del crimen contra la humanidad se arraigan en una política que transforma la medicina y la biología en antimedicina y antibiología con la participación de las autoridades médicas. Las políticas sociales eugenésicas y las leyes y cátedras de higiene racial eran pasos de un largo proceso que partía de las definiciones biológicas y raciales del ser humano, ahora ya propiamente racistas, y de anteponer un beneficio supuestamente global para la sociedad a los derechos de los seres humanos más vulnerables, bajo la siniestra estrategia de liberarlos de sí mismos y con la decidida

pretensión de exculpar a los responsables. Nuevas categorías jurídico-médicas y un lenguaje pervertido, aparentemente inocuo, trataron de aportar ropaje científico a un sistema que acabó por estar absolutamente desnudo ante el poder<sup>64</sup>.

Muchos de los médicos que participaron en este sistema eran hijos y nietos de médicos y se habían formado en las mejores universidades y centros de investigación alemanes o de otros países<sup>65</sup>. Sus víctimas en los establecimientos psiquiátricos y, posteriormente, en los campos de concentración fueron en ocasiones el material de trabajo, los conejillos de indias, para tesis doctorales y conferencias. Su actividad investigadora encontraba grandes facilidades en este campo de experimentación sin límites. La indiferencia ante la vida y

62 Cfr. Postel-Vinay, A. «Soigner et exterminer: l'effroi d'un paradoxe», *Tribune Médicale*, diciembre, 1990, p. 26.

63 Sobre la relación entre ambos crímenes, los monográficos de la *Revue d'Histoire de la Shoah* «Classer/penser/exclure. De l'eugénisme à l'hygiène raciale», nº 183, julio-diciembre, 2005, y «De l'Aktion T4 à l'Aktion 14f13 'Des vies sans valeur'», nº 199, octubre, 2013.

64 Sobre la instrumentalización del derecho, los dispositivos biopolíticos y la concepción eugenésica y racista que subyace al proyecto nacionalsocialista, Blázquez, F. J. (coord.), *Nazismo, Derecho, Estado*, Dykinson, Madrid, 2015, y Santos, J. A. *Los olvidados del nacionalsocialismo. Repensar la memoria*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2014.

65 Yves Ternon subraya que el mal estaba extendido al conjunto del cuerpo médico alemán y que solo a partir de 1983 se rompió el silencio entre la clase médica. Entonces se empezó a comprender que aceptar la normalidad de la muerte en masa de personas enfermas, como un acto justificado en el interés de la comunidad, pone de manifiesto que el cuerpo médico ha fracasado y traicionado su misión, convirtiéndose en moralmente culpable en conjunto, más allá de los miembros de la profesión que puedan ser legalmente incriminados por su participación directa. «Quelles limites à l'expérimentation sur l'homme? La criminalité médicale nazi en procès» en «Après Nuremberg: les autres procès du nazisme», *Cahiers de la Justice*, nº3, 2012, p. 28 (pp. 15-32). Véanse de Yves Ternon (con S. Helman), *Histoire de la médecine SS*, Casterman, París, 1969; *Le massacre des aliénés*, Casterman, París, 1971, y *Les médecins allemands et le national-socialisme*, Casterman, París, 1973.



la muerte del otro era monstruosa precisamente porque, salvo alguna excepción, parecían personas normales y corrientes cuyas principales metas eran el prestigio profesional, el ascenso social o el acceso a un cargo. En situaciones extremas como esta se ve hasta dónde somos capaces de llegar para el logro de estos objetivos. Robert Servatius, el famoso abogado defensor de Adolf Eichmann, también lo fue de K. Brandt, médico personal de Hitler y uno de los máximos dirigentes del sistema médico alemán del Tercer Reich. Servatius basó su defensa ante el tribunal de Núremberg en que la muerte por gas debía considerarse un «asunto médico». Con este argumento no logró convencer al tribunal sobre la inocencia de Brandt, condenado por crímenes contra la humanidad y ejecutado en 1948, pero sí corroboró el estrecho vínculo existente entre el genocidio y la visión biomédica nazi.

Como hemos recordado antes, el juicio contra los médicos es el acontecimiento fundador de la ética médica contemporánea, basada en los principios del Código de Núremberg. Medio siglo después de este proceso, en los actos conmemorativos celebrados en la Unesco, Anise Postel-Vinay evocó la resistencia de su amiga Adélaïde Hautval, quien «en todas las situaciones cruciales a las que se enfrentó no dejó de plantearse preguntas fundamentales».

#### 4. LOS DILEMAS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA EN EL LAGER

En el universo del campo de concentración no existía ninguna regla ni criterio general con que afrontar los terribles di-

lemas de la vida cotidiana. El juicio crítico, turbado por circunstancias extremas y excepcionales, es la única guía para la acción. De hecho, el diario de la doctora Hautval está jalonado por constantes reflexiones sobre problemas de la práctica médica que plantean serios conflictos morales para cuya «resolución se está solo consigo mismo, pues lo absoluto no parece existir»<sup>66</sup>. Resulta difícil imaginar lo paradójica que pudo llegar a ser la condición ético-profesional de los médicos prisioneros enfrentados a escenarios que no habían existido con anterioridad. Desamparados en una tierra de nadie, víctimas y posibles verdugos o salvadores a la vez, se encontraron ante situaciones sin salida llenas de terribles disyuntivas, dudas y retos.

Volviendo a lo ya señalado, una de las mayores dificultades a las que deben enfrentarse los médicos deportados es la de evitar calificar a los enfermos con el rótulo «incapaz de trabajar», cuyas consecuencias son inapelables. Adélaïde Hautval se las apaña para «dar diagnósticos inofensivos» pues sabe «bastante bien cuáles son sus intenciones». Y de nuevo se pregunta: «¿Por qué oscura razón necesitan una pseudo-justificación de su decisión de exterminio?». Ante sus reservas a la hora de añadir la calificación condenatoria al final de la descripción de la situación de un paciente, el Dr. Rhode le refuta gritando: «Nosotros somos todos instrumentos, debemos ejecutar las órdenes que recibimos, no somos responsables. Es necesario que se haga dura»<sup>67</sup>. En el diario se apunta que este doctor en la vida ordinaria era un «buen hombre», pero ahora, como vemos,

66 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 49.

67 *Ibid.*, p. 38.



se ha convertido en el «ejecutor dócil de las órdenes dadas por sus superiores jerárquicos». Aun así, «es el mejor de ellos, con rasgos humanos si la argolla de los deberes de buen nazi le permite asomar una nota personal»<sup>68</sup>. La preocupación acerca de la moralidad de las propias decisiones comienza cuando finalmente es una colega austriaca la que, para evitarle «serios problemas», se encarga de la desagradable tarea de dejar constancia de la incapacidad de un preso, con los terribles efectos que suele acarrear: «Actualmente todavía me planteo la cuestión de si, por conservar la buena conciencia, se puede admitir que otra persona se ocupe de un trabajo que puede convertirse más adelante en un motivo de tormento para ella. No puedo responder»<sup>69</sup>.

A la Dra. Hautval le inquietan especialmente las repercusiones anímicas y los problemas de conciencia que se derivarán algún día de reacciones inesperadas, provocadas por experiencias límite que nos ponen a prueba más allá de lo imaginable. En el apartado de su libro titulado «El miedo, qué arma tan potente» nos proporciona ejemplos descorazonadores a este respecto. Tal vez el más terrible es el de las madres que, transformadas por el miedo y el instinto de conservación de seres solícitos en criaturas perezosas y débiles, asisten sin inmutarse a la subida de sus hijos al camión y a los gritos desesperados de ayuda que les lanzan desde arriba cuando ya solo asoman sus manitas aferradas a la barandilla: «ellas saben a dónde se los llevan»<sup>70</sup>. También hay madres que aceptan un trabajo fuera del campo tratando

de salvarse a sí mismas a pesar de dejar solos a sus hijos, abandonados a su suerte. Adélaïde Hautval se interroga sobre «cómo habrán pagado este momento de debilidad con remordimientos indecibles que las llevarán al borde de la locura»<sup>71</sup>. Por otra parte, describe la actitud de una mujer judía responsable de la administración del campo —«excelente persona que en la vida civil no hubiera consentido hacer ningún mal»— a la que se encarga la tarea de sacar a la fuerza de la cama a las enfermas, judías como ella, para conducir las a la cámara de gas: actitud de aceptación «sin ni siquiera plantearse la posibilidad de negarse»<sup>72</sup>. En esta línea, en el cuerpo médico provoca una especial indignación la conducta de las enfermeras detenidas que se prestan a cooperar en el traslado de presos de los bloques 4, 5 y 6 al 25, el bloque de la muerte. Las dudas sobre el propio comportamiento surgen a raíz de un comentario sobre la implicación de los que se quejan de la colaboración y en el fondo también aceptan lo que ocurre: «Solo una cuestión de matices diferencia la actitud activa de las enfermeras de la nuestra que es pasiva. Es verdad, tiene toda la razón. Si tuviéramos más coraje protestaríamos en lugar de dejar hacer. Me pregunto qué hubiera pasado si en ese momento se hubiera intentado intervenir. ¿Gesto inútil? Quizá pero no es seguro». La reflexión acaba con una interpelación que nos remite a la fuerza persuasiva y potencialmente transformadora del ejemplo: «A veces hace falta muy poco para cambiar el curso de los acontecimientos y

68 Ibid.

69 Ibid., p. 39.

70 Ibid., p. 46.

71 Ibid.

72 Ibid., p. 45.



un simple gesto puede suscitar otros; pero ninguno de nosotros hicimos ese gesto»<sup>73</sup>.

Posteriormente, en el campo de Ravensbrück, al que será transferida en agosto de 1944 junto a las 52 compañeras que aún permanecen con vida de las 230 francesas del «convoy del 24 de enero», manifiesta la misma inquietud ante las actividades llevadas a cabo en el *Watenstedt* (fábrica de municiones): «Sin que el mundo haya protestado se produce esta monstruosidad, miles de seres empleados en fabricar obuses para matar a los suyos. Y yo estoy integrada en este sistema diabólico»<sup>74</sup>. Siempre el temor a colaborar, a pesar de sus arriesgadas muestras de rechazo: «Todos los que llegan deben ser examinados por médicos detenidos; los SS deciden pero la participación existe y permanecerá para siempre un sentimiento de malestar ante sí mismo»<sup>75</sup>.

Tanto en Auschwitz como en Ravensbrück, Adélaïde Hautval trabajará periódicamente, junto a otros médicos prisioneros, en el *Revier*, lugar infecto de pulgas y ratas en el que se internaba a los enfermos. Muchos de ellos mueren en las largas colas de espera para el ingreso, a varios grados bajo cero y con fiebre muy alta. Las dolencias más frecuentes son tifus, edemas, elefantiasis, erisipelas, úlceras incurables y diarreas imparables. Las condiciones de vida son degradantes, y la miseria, también moral, parece inundarlo todo. Algunos de estos médicos dan el nombre de sus pacientes moribundos sin mostrar la más mínima resistencia y ella se pregunta «cómo pueden

disponer así de la vida de sus enfermos»<sup>76</sup>. Para tratar de justificar acciones tan contrarias al juramento hipocrático se recurre a la fórmula que con más frecuencia sirve para anestesiar la conciencia moral: «Si tú no lo haces, otro lo hará en tu lugar y será todavía peor». Pero: «¿Qué valor tiene esta excusa exactamente? ¿No es en la mayor parte de los casos un señuelo destinado a esconder el deseo de escapar a una decisión que sería costosa?»<sup>77</sup>. La desesperación provoca situaciones de enorme complejidad: «Colegas judíos nos piden que les pongamos una inyección mortal en el caso de caer enfermos y ser designados a la cámara de gas. Irka (Konieczna) y yo pensamos que el derecho a vivir o morir no nos pertenece y, además, en el último minuto puede suceder un acontecimiento inesperado»<sup>78</sup>. Una de las condiciones más trágicas es la de las embarazadas. Algunas son enviadas sin más a la cámara de gas, otras son obligadas a abortar y a las que están en avanzado estado de gestación se les deja dar a luz en el campo, con la ayuda de una triángulo verde condenada por aborto, cuyos cuidados consisten en ahogar al recién nacido. Cuando esta mujer es liberada «por los servicios prestados a la patria»<sup>79</sup>, se plantea el problema de quién matará a los niños. En un primer momento se encarga la tarea a un triángulo negro, pero en seguida se necesita ampliar el personal. La *Blockälteste* yugoslava del pabellón de las parturientas se niega a prestarse a este crimen, aunque muchos bebés mueren de inanición<sup>80</sup>.

73 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 46.

74 *Ibid.*, p. 58.

75 *Ibid.*

76 *Ibid.*, p. 48.

77 *Ibid.*

78 *Ibid.*

79 *Ibid.*, p. 60.

80 *Ibid.*



Al mismo tiempo, en el Revier funciona una escala gradual de procedimientos para salvar a los pacientes. Los resultados de los análisis de laboratorio son exagerados, suprimidos o inventados y se utilizan dos historiales clínicos paralelos, el oficial y el real. En el campo hay muchas «existencias ilegales»<sup>81</sup>: escondidos, clandestinos, censados como muertos, con el número de un fallecido... La Dra. Hautval inventa sobre la marcha medios de supervivencia para sus enfermas que la ponen en situaciones muy comprometidas. Todos estos métodos muestran que, como señala H. Riquelme, «frente a los crímenes de lesa humanidad perpetrados por médicos serviciales al poder y ávidos de reconocimiento, en nombre de una «ciencia de la raza» y de una guerra total, hubo también actitudes y gestos oponentes de quienes persistieron –con un alto riesgo personal– en mantener una visión humanista de la profesión y su quehacer en la sociedad»<sup>82</sup>.

La fidelidad a los deberes profesionales, que alcanzará su máxima expresión en el bloque 10 de los experimentos médicos, se manifiesta de forma singular en las últimas semanas pasadas en Ravensbrück antes de la liberación del campo. A partir de marzo de 1945, ante el avance de los rusos, se aceleran las selecciones y se rumorea que todos los enfermos serán exterminados: «No sabemos qué hacer; desamparada, esperando que otros vean la situación más clara que yo, me dirijo a algunos que por su posición y su carácter tienen una opinión que cuenta; pero

tampoco ven salida; somos totalmente impotentes para detener esta marcha del horror»<sup>83</sup>. Hautval recuerda su temor a regresar a la sala de las pacientes más graves y encontrarse con las camas vacías; afortunadamente su enfermera la tranquiliza diciéndole que «casi todas las enfermas siguen ahí»<sup>84</sup>. A las que son incapaces de levantarse les aconseja que no respondan si son nombradas, mientras se niega a entregar la lista que le solicitan dos *Schwester* SS nuevas, pues aunque le aseguran que es para el personal de la Cruz Roja, ella teme que su destino sea la cámara de gas. Son momentos de gran confusión en los que es imposible fiarse de nadie, salvo de la propia intuición guiada por el deseo desesperado de salvaguardar la vida del mayor número posible de personas. En estos momentos se abre paso la convicción de que «hay que luchar sin preocuparse por el temor a exponerse a una muerte todavía más terrible bajo el fuego de la explosión de las minas»<sup>85</sup>.

En la enfermería se evalúa la capacidad de las internas para salir del campo por su propio pie. Muy pocas pueden caminar solas; la mayoría necesitarán ayuda individual, y algunas tendrán que quedarse porque es imposible transportarlas. El cuerpo médico, constituido por cuatro mujeres francesas, es tajante sobre el deber de no abandonar a sus enfermas sean cuales sean las circunstancias. La apelación a este principio de ética y deontología médica en una situación tan extrema suscita una discusión violenta: «No son enfermas a las que abandonáis sino muertas.

81 Ibid., p. 54.

82 Riquelme, H. «La medicina en el Nacional Socialismo: gestiones de oposición profesional», *Polis* [En línea], 13 | 2006: <http://polis.revues.org/5481>

83 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 64.

84 Ibid., p. 65.

85 Ibid., p. 66.



Están condenadas de todos modos. Hay que seguir la llamada de las que, aún con vida, tendrán necesidad de vuestra ayuda en el camino. Vuestro deber está ahí»<sup>86</sup>. El cuerpo médico mantiene su decisión pero no hay necesidad de que permanezcan las cuatro, bastará con que se quede una. Adélaïde Hautval será la última en volver a Francia, en junio de 1945, dos meses después de la liberación del campo, encargándose hasta el regreso de cuidar a las enfermas, despojarlas... y de colaborar en la identificación de todas ellas para su repatriación. Su entrega a los demás nunca le parece el fruto de ninguna cualidad personal especial, sino la conducta esperable en cualquier persona y sobre todo en un médico. Estaba abocada a una más que probable muerte horrible y prematura y, precisamente por ello, había decidido comportarse como un ser humano. En el momento en que se discute sobre la obligación de permanecer junto a las enfermas inmovilizadas no presenta sus convicciones como absolutos indiscutibles sino con la firmeza de un juicio extraído del diálogo consigo misma: «¿Dónde está realmente el deber? ¿Se puede en nombre de un deber que se considera más útil, más inmediato, poner fin a obligaciones que el honor tradicional impone? ¿Son pretextos engañosos o reposan realmente sobre una moral, ciertamente más utilitarista, pero también más útil? ¿Se puede, en vistas a un fin lejano que parece estimable, pasar por encima de consideraciones simplemente humanas?»<sup>87</sup>.

Preguntas cuya mejor respuesta es jugarse la propia vida por ser consecuente hasta

el final con un compromiso esencial de respeto hacia el ser humano y de responsabilidad ético-médica hacia el enfermo. En este sentido, la grandeza de Adélaïde Hautval como persona y como médico se pone de manifiesto de modo paradigmático cuando, como veremos a continuación, rechaza cooperar en los experimentos pseudo-médicos llevados a cabo en el bloque 10 de Auschwitz, ya que la desobediencia en este contexto implicaba asumir un riesgo extremo que hubiera podido pagar muy caro.

## **5. LA NEGATIVA A COLABORAR EN LOS EXPERIMENTOS SOBRE LOS PRISIONEROS**

### **5.1 ESTERILIZACIONES FORZADAS EN EL BLOQUE 10**

En su actividad habitual en Birkenau, Hautval había conocido al jefe médico, el Dr. Eduard Wirths, del que había dicho que era «la pura ambivalencia, a veces sensible a lo humano, capaz de comprensión, y a veces con un comportamiento típico de nazi adoctrinado que ejecuta fríamente crímenes manifiestos»<sup>88</sup>. Un día este médico le pregunta si quiere practicar la ginecología en el campo de concentración de Auschwitz I (centro neurálgico y administrativo de todo el complejo), situado a unos tres kilómetros de distancia, aunque no le precisa el bloque. Siente desconfianza pero quiere saber lo que pasa allí, hasta dónde son capaces de llegar: «¿Y si me piden ser cómplice?». Las úlceras que tiene en la pierna, complicadas con erisipela, piensa que serán en ese caso un buen pretexto para evitarlo: «El juego

<sup>86</sup> Ibid., p. 57.

<sup>87</sup> Ibid.

<sup>88</sup> Ibid., p. 37.



es peligroso, soy consciente de ello, pero hay que decidirse»<sup>89</sup>. En el coche que la traslada hay otras detenidas, todas judías, y algunas saben que van al bloque 10 para servir de sujeto de experimentos: «Pero en la situación desesperada en que se encuentran, qué importa. El hijo ha sido gaseado, los padres asesinados, qué más da una cosa u otra, revolcarse en la suciedad, en la miseria más negra, esperar la muerte en el hielo, en los pantanos, o esperar en el bloque 25, antesala de la cámara de gas. Entonces lo que ocurra en el bloque 10 puede ser una ganancia inesperada»<sup>90</sup>. Era lógico pensar que ya no había nada que perder y que era imposible ir a peor, pero la demencia racista todavía estaba por dar sus frutos más siniestros.

A la llegada, las prisioneras son inscritas en listas diferentes según los experimentos a que deben servir: «estos señores se hacen la competencia»<sup>91</sup> ironiza Hautval. La descripción de la situación anímica de las mujeres del bloque, unas 500 judías de diversas nacionalidades convertidas en «cobayas», muestra el paso de una cierta ilusión e inconsciencia a una atmósfera de angustia, pánico, nervios y llanto incontenible ante las primeras pruebas: «Hay que calmarlas, explicar lo inexplicable»<sup>92</sup>.

El primer experimento que la Dra. Hautval pudo conocer fue la esterilización por introducción en el útero de un líquido caustico destinado a provocar la obstrucción de las trompas de Falopio, practicado por el «profesor» (siempre entrecomilla este título) Claus Clauberg, uno de los

más claros exponentes de la concepción biomédica nazi. Había logrado convencer a Himmler en 1942 de que pusiera a su disposición el campo de Auschwitz, con la orden expresa de ejecutar todos sus deseos, para experimentar su método de «esterilización no quirúrgica de mujeres inferiores», tendente a implementar la «política demográfica negativa» para la eliminación de pueblos indeseables. Este «hombrecillo calvo, con sombrero tirolés y botas»<sup>93</sup>, solía tardar de uno a tres meses en ejecutar las distintas fases de su método. Sus ayudantes eran el Dr. Goebel y la enfermera Bühning junto a otras prisioneras que «de enfermeras no tienen más que el nombre»<sup>94</sup>. Las inyecciones ocasionaban sufrimientos atroces e inflamaciones de órganos, y exigían varias pruebas radiológicas de control. Su actividad no se restringía al Lager: «El “profesor” pretende llevar a sus víctimas a su clínica privada a pocos kilómetros de Auschwitz. Las detenidas no se dan cuenta de que estarán completamente a su merced. La mayoría de ellas no son capaces de ver más allá de la ventaja inmediata: dejar el campo»<sup>95</sup>. Sin embargo, se escuchan noticias estremecedoras de algunas mujeres que ya han pasado por ahí, con las consiguientes interpretaciones y deformaciones inevitables: «Una de las versiones que circulan es que se trata de fecundación artificial. ¡Qué horror! ¿A qué monstruo darán a luz? Es casi un consuelo saber que solo son ensayos de esterilización»<sup>96</sup>.

Otro método de esterilización experimentado en el bloque 10 es el del Dr. Horst

89 Ibid., p. 82.

90 Ibid.

91 Ibid., p. 84.

92 Ibid.

93 Ibid., p. 87.

94 Ibid.

95 Ibid., p. 88.

96 Ibid., pp. 88-89.



Schumann por irradiación, aunque los aparatos de rayos-X están en Auschwitz-Birkenau. Las víctimas son jóvenes griegas de entre dieciséis y dieciocho años, cuya delicadeza y fragilidad hace «que sus sufrimientos nos descompongan»<sup>97</sup>: «Regresan cada noche en un estado lamentable con síntomas de peritonitis. Vomitan quejándose de dolores abdominales atroces»<sup>98</sup>. Después de esta primera fase, para controlar el resultado, se procede a la extracción de un ovario por laparotomía mediana o por incisión subpúbica horizontal «para mostrar la diversidad de las capacidades del cirujano»<sup>99</sup>. Las primeras operaciones muestran que por error los órganos afectados son sobre todo los intestinos y se hacen entonces irradiaciones más bajas seguidas de la extirpación del otro ovario. Tras padecimientos horribles, que la Dra. Hautval describe con crudeza, algunas de estas chicas se niegan a seguir con el proceso prefiriendo ser enviadas a Birkenau «donde se cuenta con su exterminación “natural”»<sup>100</sup>.

Adélaïde Hautval señala que desde su llegada al bloque 10 fue iniciada en una serie de investigaciones como asistente del Dr. Eduard Wirths. La técnica experimental era la colposcopia, que comenzaba a utilizarse para detectar la existencia de lesiones precancerosas en el cuello del útero. Quien había introducido el uso de este método innovador no era el Dr. Eduard Wirths sino su hermano menor, Helmut, reputado ginecólogo que trabajaba en un hospital de Hamburgo-Altona bajo la dirección del Dr. Hans Hinselmann, fun-

dador de este importante procedimiento de diagnóstico. El Dr. Helmut Wirths, «un alemán con ojos grises azulados de candorosa mirada»<sup>101</sup>, de paso por Auschwitz, le indicó que había que secundar al «profesor» Clauberg en sus trabajos: «Estoy turbada porque es algo en lo que no quiero participar»<sup>102</sup>. Tras la marcha del campo del menor de los Wirths, el hermano mayor, inquieto por las reticencias de Hautval, empieza a indagar sobre su posicionamiento tanto en el terreno de la medicina como en el político (hablan incluso de la cuestión de Alsacia en la que ella manifiesta a las claras su postura contraria a la alemana) y surge la pregunta sobre su opinión respecto a la esterilización: «La ocasión es única; pienso que una pregunta directa merece una respuesta directa y digo que estoy totalmente en contra»<sup>103</sup>. Eduard Wirths se sorprende de que un médico pueda ser contrario a un método de selección que protege la raza, y, como era de esperar, saca el tema de los judíos: «no puedo impedirme decirle que nadie tiene derecho a disponer así de la vida de la gente»<sup>104</sup>. El efecto inmediato de este intercambio de pareceres «es benéfico ya que no se me vuelve a hablar de ayudar al “profesor”»<sup>105</sup>. La técnica que ensaya el Dr. Wirths puede parecer inofensiva pero en este contexto se practica, como ocurre con el resto de pruebas, sin ninguna consideración hacia las pacientes pues los exámenes colposcópicos derivan innecesariamente en cirugía y ni se pide su consentimiento, ni se les informa de los resultados, ni se prestan los cuidados

97 *ibid.*, p. 89.

98 *Ibid.*

99 *Ibid.*, p. 90.

100 *Ibid.*

101 *Ibid.*

102 *Ibid.*, p. 91.

103 *Ibid.*

104 *Ibid.*

105 *Ibid.*



postoperatorios requeridos. En el fondo es igual que las otras en cuanto «a la arbitrariedad y a la falta de respeto hacia el ser humano»<sup>106</sup>. Por ello escribe: «Mi convicción es firme, no puedo prestarme a la ejecución de sus órdenes. Con el pretexto de mis úlceras en las piernas, le comunico mi decisión al Dr. Wirths, que acepta sin comentarios»<sup>107</sup>.

Entonces se designa a la Dra. Hautval para ayudar al Dr. Maximilian Samuel, prisionero judío alemán que, gracias a su cooperación sin fisuras con las autoridades del campo, es el responsable de la mayor parte de las operaciones practicadas a diario. Las relaciones entre ambos médicos detenidos son muy tensas. A pesar del rechazo a participar, Samuel quiere enrostrarla a la fuerza para que al menos colabore con él como anestésista: «Tengo miedo y me dejo entrenar para hacer una o dos anestésias aunque en seguida me niego a continuar. Busco un medio de resolver el conflicto diplomáticamente pero es demasiado tarde, el Dr. Samuel me ha denunciado ya ante el Dr. Wirths»<sup>108</sup>. El director médico de Auschwitz la somete a un nuevo interrogatorio y ella responde con una total sinceridad. Wirths le pregunta: «¿Es verdad que rechaza ayudar en las operaciones?». Hautval responde que sí es cierto y expresa sus razones con inusitada naturalidad: «porque es contrario a mis convicciones». El antisemitismo del Dr. Wirths sale de nuevo a la luz: «¿No ve que esta gente (los judíos) son muy diferentes de nosotros?». Ante este comentario, ella recuerda: «No pude evitar responder que en este campo mucha gente era diferen-

te a mí, por ejemplo él mismo». Fuera de toda lógica sobre las consecuencias previsibles de esta insólita conversación: «Para mi sorpresa, el Dr. Wirths no reacciona a pesar de la presencia de testigos jerárquicamente inferiores»<sup>109</sup>. En cambio, el Dr. Samuel, que se había plegado a todos los servicios exigidos para contentar a los nazis, será fusilado.

El caso de Maximilian Samuel es una prueba tangible de la deplorable capacidad del sistema para implicar a las víctimas en el crimen. Hautval no justifica sus actos pero explica la aciaga condición de este cirujano prisionero: «El Dr. Samuel estaba dominado por el miedo y el deseo de complacerles; transpiraba estos sentimientos. En tanto que judío, su situación era más peligrosa que la mía. Además, se comentaba que su hija estaba en el campo. Sin duda se decía a sí mismo que obedeciendo ciegamente a los jefes quizá podría salvarla»<sup>110</sup>.

## 5.2 LAS PRÁCTICAS MÉDICAS CRIMINALES EN BIRKENAU Y EN RAVENSBRÜCK

Tras la denuncia, A. Hautval es reenviada al campo de Birkenau. A su llegada, le aconsejan que se esconda durante algún tiempo. Por la noche, la responsable del *Revier*, una detenida comunista, le dice que una *Schreiberin* (secretaria de la sección política de la administración central SS) ha avisado de que pronto será ejecu-

109 Ibid., pp. 92-93.

110 Ibid., p. 93. Sin embargo, Mazaltov Behar Mordoh, superviviente de Auschwitz que fue sometida a los experimentos del Dr. Schumann, recuerda que el Dr. Samuel accedió a su desesperada petición de que le dejara al menos un ovario a salvo para poder tener hijos en el futuro. Cfr. *El País*, 26 de octubre de 2007.

106 Ibid., p. 92.

107 Ibid.

108 Ibid.



tada. Por ello le ruega: «es necesario que cedas en lo que concierne a los experimentos», a lo que de nuevo responde con una negativa sin ambages<sup>111</sup>. Los días pasan y, ante la falta de represalias, vuelve al trabajo. No comprende qué ha pasado. Su mayor temor es que otra persona haya pagado por ella. Muchos años después, gracias a la emisión de una entrevista con otra deportada, obtiene la explicación: los dirigentes del *Revier* querían garantizar su independencia respecto a la administración central y que no se inmiscuyeran en sus asuntos. En cualquier caso, las dudas sobre el propio comportamiento siempre retornan pues cabe pensar que «el rechazo solo es eficaz si es masivo»<sup>112</sup>.

La experimentación médica sobre seres humanos no es exclusiva del bloque 10. Basta con recordar que el Dr. Josef Mengele prestaba sus servicios en Auschwitz-Birkenau. Adélaïde Hautval lo describe como «un perturbado, un peligro, que sin escrúpulos juega con las vidas humanas como un gato con los ratones». Mengele prepara un estudio pero son los detenidos los que hacen el trabajo: «Muchas tesis han sido elaboradas de esta forma; utilización imprevista de los campos de concentración»<sup>113</sup>. En el diario hay pocas referencias a él porque su relación fue efímera aunque digna de mención: «Algún tiempo después de mi vuelta del bloque 10 me convoca para decirme que debo participar en sus atroces trabajos con gemelos. A mi pregunta “¿esta orden es definitiva?”, él responde “mis órdenes son siempre definitivas”. Pero su entorno me ha hecho saber

que a renglón seguido dijo “no puedo forzarla a lo que no quiere hacer”»<sup>114</sup>.

La Dra. Hautval da cuenta de otros experimentos y prácticas criminales que pudo observar o de las que tuvo noticia tanto en Auschwitz como en Ravensbrück: los del Dr. Bruno Weber, que utilizaba carne humana como caldo de cultivo, hacía mezclas entre diferentes grupos sanguíneos y pruebas con drogas psicotrópicas, o los de aquel «nuevo protagonista de las teorías raciales», que elegía su «material» haciendo desfilar a mujeres de todas las edades y realizando múltiples mediciones para un estudio de antropometría. Algunas de estas mujeres aceptaron abandonar el campo para que prosiguiera fuera la investigación con ellas: «Nosotras pensábamos que pronto estarían en un museo del Gran Reich como ejemplos de una raza indigna de vivir, aniquilada gracias a las medidas juiciosas del nacionalsocialismo»<sup>115</sup>. En una anotación añadida en 1987 confirma estas sospechas pues pudo comprobar que, en efecto, fueron asesinadas y sus cuerpos colocados en cubas de conservación para la colección de esqueletos del Prof. August Hirt en el Instituto de Anatomía de Estrasburgo. Con todo, el peor representante del cuerpo sanitario era, a su juicio, aquel «pequeño monstruo» apodado Napoleón y llamado Josef Klehr, que, además de administrar inyecciones letales de fenol, estaba especializado en el asesinato de niños pequeños; había que entregárselos desde el nacimiento y si descubría que se le había ocultado algún bebé exigía loco de rabia la entrega inmediata.

111 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 94.

112 *Ibid.*, p. 95.

113 *Ibid.*, p. 39.

114 *Ibid.*

115 *Ibid.*, pp. 97-98.



Anise Postel-Vinay constata que «cuando la Dra. Hautval fue transferida al campo de Ravensbrück en agosto de 1944 conoció los experimentos sobre las piernas de unas setenta y cinco jóvenes en su mayoría estudiantes polacas; de ellas unas diez<sup>116</sup> murieron entre sufrimientos intolerables y seis fueron ejecutadas». El director de estos experimentos era el Dr. Karl Gebhardt, médico personal de Himmler, que llegaría a ser presidente de la Cruz Roja alemana una vez rehabilitado, tras la pérdida de confianza sufrida por no haber sido capaz de salvar la vida del segundo en el mando de las SS, Reinhard Heydrich, herido en un atentado en Praga y que, tratado por él con sulfamidas, moriría a causa de una septicemia. Este cirujano realizaba amputaciones, reinjertaba miembros entre los detenidos e introducía cuerpos extraños infectados para provocar la gangrena o el tétanos con el fin de demostrar el efecto curativo de los antibióticos en este tipo de dolencias, consiguiendo, gracias a ello, su ansiada rehabilitación.

El Dr. Gebhardt figuró entre los acusados en el Juicio contra los médicos de Núremberg. Condenado a muerte por crímenes de lesa humanidad y de guerra, fue ejecutado en la prisión de Landsberg en 1948.<sup>117</sup> El Prof. Clauberg falleció en 1957 antes de ser juzgado en la ciudad de Kiel. Adélaïde Hautval vivió el inicio

del proceso con escepticismo pues temía que no se hiciera justicia y que sus actos criminales quedaran impunes. En la instrucción se invocó el cumplimiento de la «Ley para la prevención de la descendencia con enfermedades hereditarias» de 14 de julio de 1933, que permitía sustituir el consentimiento individual por el del Estado, y se intentó probar que ejecutaba tareas que le resultaban desagradables cuando en realidad su principal objetivo era conseguir la creación de un Instituto de investigación, bajo su dirección<sup>118</sup>. En el caso de estos dos representantes de la medicina criminal nazi, el motor de sus acciones no era solo la convicción sobre la ciencia y la higiene racial, sino también y fundamentalmente el cálculo interesado. El «material humano» utilizado a este propósito carecía de valor. La anestesia moral frente al sufrimiento de las víctimas quedó patente también durante el juicio. Por su parte, el Dr. Schumann, tras ejercer la medicina en diversos países, fue extraditado desde Ghana a Alemania siendo juzgado en Fráncfort en 1970. Por razones de salud, fue excarcelado en 1972 aunque no murió hasta once años después. También en la ciudad de Fráncfort, pero entre 1963 y 1965 (en el llamado «segundo juicio a Auschwitz»), se había seguido proceso contra Josef Klehr, alias Napo-

116 Cfr. [www.histoire-politique.fr](http://www.histoire-politique.fr)-1.

117 No obstante, los miembros del personal del campo de Ravensbrück fueron juzgados en su mayoría ante tribunales militares británicos en Hamburgo entre 1946 y 1948. Germaine Tillion, allí presente como observadora, se quejó del escaso seguimiento por parte de la opinión pública, con el temor de que hechos tan graves cayeran en el olvido. Véase el anexo «L'Allemagne jugée par Ravensbrück» del libro *Geneviève de Gaulle Anthoinoz*, Germaine Tillion. Dialogues, cit., pp. 143-158.

118 En un artículo titulado «L'abcès Clauberg» (*Voix et Visages, Bulletin mensuel de l'A.D.I.R.* nº 241, septiembre de 1958, pp.1-2), la Dra. Hautval denuncia que en la instrucción se mantuviera que la responsabilidad del «profesor» estaba cubierta por la de los dirigentes del III Reich, ya que, nos dice, «este criminal no era el instrumento irresponsable de Himmler, sino su cómplice lúcido y monstruoso». Dada la situación de otros médicos implicados en crímenes contra la humanidad, que ya habían vuelto a sus tareas y ostentaban cargos, temía que, de no haber muerto, también Clauberg hubiera sido reintegrado en el aparato médico.



león, habiendo sido condenado a cadena perpetua. En 1988 se le concedió la libertad condicional y falleció unos meses más tarde. En cambio, el Dr. Wirths no llegó a ser juzgado ya que se suicidó en la cárcel en 1945 y, como es sabido, el Dr. Mengele consiguió escapar muriendo ahogado en una playa brasileña en 1979.

Estos miembros de las SS, médicos torturadores, se cuentan entre los perpetradores del crimen contra la humanidad y, aunque se trata de un crimen que por su propia naturaleza nunca puede ser castigado en su justa medida –y a sabiendas de que hubo quien llegó a mantenerse en posiciones clave en el sistema médico alemán tras la guerra–, algunos de ellos, como hemos visto, tuvieron que comparecer en juicio y todos de algún modo han sido condenados por el tribunal de la historia. En cierta medida, eligieron su destino. Pero ¿qué fue de aquellos médicos deportados que, sin quererlo, se vieron involucrados en este infame universo? Sabemos que algunos, como el Dr. Samuel, colaboraron en los crímenes sin manifestar oposición y fueron asesinados, mientras que otros, como la Dra. Hautval, no se plegaron nunca a las órdenes criminales de sus superiores y sobrevivieron. Ahora bien, en términos generales la información es escasa, pues se trata de un grupo cuyos miembros están prácticamente ausentes de la historiografía. La noción de «zona gris», siguiendo el modelo ya clásico de Primo Levi<sup>119</sup>, presenta importantes limitaciones a la hora de caracterizar las diferentes actitudes de los médicos prisioneros, pues la pluralidad que manifiestan

aporta una mayor complejidad a la figura de la víctima-cómplice. Sin duda, hay elementos coincidentes con el análisis de Primo Levi en las reflexiones de Adélaïde Hautval sobre la jerarquía y los sistemas de control que regían en el Lager, pero ella pone un mayor énfasis en el factor personal y en las posibilidades de acción incluso en las situaciones en que la coacción parece más inexorable. El margen de libertad de elección era lógicamente mayor cuantos más conocimientos específicos se pudieran aportar y cuanto más necesaria resultara esa aportación, es decir, en la medida en que alguien por su pericia dejara de ser absolutamente superfluo y sustituible. En este sentido, la figura de los médicos detenidos presenta importantes peculiaridades que salieron a la luz en un proceso muy singular celebrado en Londres en 1964, al que ya hemos aludido anteriormente, y en el que la Dra. Hautval tuvo un relevante papel como testigo de la parte demandada.

## 6. LAS DISTINTAS POSICIONES DE LOS MÉDICOS PRISIONEROS ANTE UN TRIBUNAL INGLÉS

### 6.1 EL ASUNTO DERING VS URIS

En este proceso –conocido con el nombre del libro en que se publicó la crónica, «Auschwitz en Inglaterra»– se invierten los papeles respecto al resto de acciones judiciales relacionadas con el Holocausto, pues el demandante es el Dr. Vladislav Dering, médico deportado inscrito en la lista de los criminales de guerra de Naciones Unidas –en 1964 ya plenamente integrado en el servicio nacional de salud tras diez años en el servicio colonial–, y los demandados son el escritor Leon Uris y

119 Cfr. Levi, P. *Los hundidos y los salvados*, trad. de P. Gómez Bedate, Península, Barcelona, 2014.



el editor británico (William Kimber) de su célebre novela, *Éxodo*. Es decir, el supuesto colaborador en el crimen es aquí la víctima y la acción es civil y no penal como en los otros casos. El Dr. Dering presentó una demanda de daños y perjuicios por la difamación contenida en la página 155 de la edición inglesa de *Éxodo* en los siguientes términos: «Aquí en el bloque 10, el Dr. Wirthe (sic) utilizaba a mujeres como cobayas; el Dr. Schumann esterilizaba por castración y rayos X; Caluberg (sic) quitaba los ovarios y el Dr. Dehring realizó diecisiete mil experimentos quirúrgicos sin anestesia»<sup>120</sup>. Dering defendió que las palabras relativas a Dehring se referían a él, dado que fue deportado a Auschwitz y fue compañero del resto de médicos citados, y que constituían un atentado grave a su honor, a su reputación y al ejercicio de su profesión, siendo objeto de escándalo público, de odio y de desprecio.

Admitida la demanda por difamación, el asunto *Dering vs Uris* y otros se dirimió en un proceso oral que duró 23 días (con 18 jornadas ininterrumpidas de audiencia) ante el juez Lawton, de la Alta Corte de Justicia (División de la Banca de la Reina), y ante un jurado de doce miembros. El veredicto fue de condena a los demandados, si bien, muy por debajo de lo solicitado, consistió en el pago de la cifra simbólica de medio penique. Con ello se afirmaba que algunos extremos de la frase impugnada no eran exactos –el número de víctimas, que eran muchas pero imprecisables, la ausencia de anestesia, que era más bien raquianestesia dolorosamente administrada, y el bloque donde Dering ejer-

ció, que no era el 10, sino el 21– aunque también que el texto en cuestión reflejaba su participación en hechos muy graves que realmente ocurrieron, probados en otros procesos, y que, como vemos, coinciden plenamente con lo que Adélaïde Hautval anotó en su diario. El fondo de la cuestión era, en definitiva, saber si se había deformado o no la realidad sustancialmente, es decir, si el texto era «un ataque indigno contra un hombre que había hecho lo que consideraba mejor», como alegó la parte demandante, o si su contenido era «muy cercano a la verdad» como argumentó la otra parte<sup>121</sup>. Y en este sentido, según leemos en el prefacio del libro: «Resulta singular que en 1964, en Inglaterra, un juez y un jurado tengan que determinar la verdad sobre lo que ocurrió en un campo de Polonia, más de veinte años antes»<sup>122</sup>. Además –y tal vez esto es lo más relevante para la posteridad– de lo actuado en el juicio se deduce que probablemente tales hechos no habrían ocurrido, o al menos seguro que no con la misma gravedad, si las personas en su situación se hubieran opuesto a cooperar.

El Estatuto del Tribunal Militar Internacional de Núremberg, que juzgó a los jerarcas del régimen, instauró un importante criterio de enjuiciamiento al establecer en el artículo 8: «El hecho de que el acusado actuara obedeciendo órdenes de su gobierno o de un superior no le exonerará de responsabilidad, pero podrá considerarse una atenuante al determinar la condena si el Tribunal estima que la justicia así lo exige». Este criterio, que excluye la obediencia debida o que contempla

120 Hill, M. M. y Williams, L. N. *Auschwitz en Angleterre. L'affaire Dering*, cit., p. 16.

121 *Ibid.*, p. 298.

122 *Ibid.*, p. 11 (Prefacio del abogado Lord Denning).



incluso el deber de desobediencia a las órdenes criminales, introduce un radical cambio de perspectiva que ha iluminado las legislaciones nacionales e internacionales, aunque ha sido visto con recelo por los gobiernos y por las autoridades militares interpretándolo habitualmente de un modo muy restrictivo<sup>123</sup>. Más allá de estas reticencias, lo decisivo es dejar sentado que, siguiendo la formulación del principio IV de Núremberg, realizada en 1950 por la Comisión de Derecho Internacional de las Naciones Unidas: «El hecho de que una persona actúe bajo las órdenes de su Gobierno o de un superior no le exime de la responsabilidad bajo las leyes internacionales, siempre que se demuestre que tenía posibilidad de actuar de otra forma».

En el supuesto que nos ocupa, el principio de Núremberg no es directamente aplicable porque no se enjuicia la responsabilidad criminal de nadie, ya que no estamos en la vía penal. Sin embargo, dicho principio estuvo presente en la medida en que se entró a considerar si efectivamente los médicos deportados tuvieron alguna posibilidad moral de opción. A este propósito, el empeño del Dr. Dering por demostrar a lo largo de la vista oral que en aquel universo tan represivo no cabía la oposición, y que no pudo actuar de otra manera, fue contrastado con el testimonio aportado por la Dra. Hautval, en el que se mostraba

que el hecho de resistir desobedeciendo era mucho más difícil en el caso de los médicos prisioneros, como ellos, que en el caso de los médicos vinculados a las SS, como los acusados en los otros juicios antes citados, pero no era imposible. Ante órdenes que exigen actos manifiestamente injustos, llega un momento en que hay que elegir entre la obediencia ciega y la obediencia a la conciencia o, dicho de otra forma, entre la colaboración y la resistencia.

El abogado del demandante, M. Colin Duncan, puso el énfasis en la difícil situación de un deportado polaco como el Dr. Dering, arrestado en Varsovia por ser miembro de una organización clandestina y, dada su condición de experto ginecólogo, encargado de la dirección de la sala de cirugía del bloque 21 de Auschwitz. En el alegato se mostró que no solo escondió a sus pacientes e intentó corregir los efectos desastrosos de los experimentos de otros, sino que, además, él mismo se negó a inyectar fenol a un paciente desobedeciendo la orden de su superior. Sin embargo, parece que poco a poco se fue convenciendo de que el rechazo no tiene sentido, pues las operaciones en las que él estuvo implicado, como la extirpación de órganos sexuales a jóvenes judíos, hubieran sido practicadas de todas formas y por personas no cualificadas, y que, por consiguiente, «al rehusar no solo no salvaríamos a nadie sino que nos pondríamos nosotros mismos en peligro»<sup>124</sup>. En un contexto «en que no cabía ninguna posibilidad de cambiar la situación», y en el que la negativa a participar se saldaba con la cámara de

123 Por ejemplo, el juicio en Múnich a las enfermeras de Meseritz-Obrawalde, celebrado en 1965, se saldó con la libre absolución de las mismas por haber cooperado en el programa de eutanasia cumpliendo órdenes de los médicos, a pesar de que una de las enfermeras confesó haber asesinado ella sola a más de 1.500 pacientes. En cambio, años después, la sentencia del caso Papon, al que ya hemos aludido, no solo condena la colaboración sino que se pronuncia a favor del derecho a la desobediencia y también del deber de desobediencia.

124 Hill, M. M. y Williams, L. N. *Auschwitz en Angleterre. L'affaire Dering*, cit., p. 70.



gas, se estimó que no había más remedio que participar en los experimentos «intentando hacer todo lo mejor por sus compañeros de sufrimiento» y que «volvería a hacerlo»<sup>125</sup>. En definitiva, según se afirmó en las conclusiones de la parte actora, el mal menor era colaborar.

En apoyo de la tesis del demandante, uno de los testigos presentados por su abogado, el Dr. Josep Mezyk, afirmó que «el rechazo directo de obediencia a una orden formal era impensable»<sup>126</sup>. Otro de los testigos, el Dr. Jan Grabczyński, que había trabajado como asistente del Dr. Dering, justificó la participación de ambos asegurando que si los SS hubieran practicado las operaciones, los riesgos de infección hubieran sido mayores y que esa fue la principal razón de la aceptación. Sin embargo, en el interrogatorio llevado a cabo por Lord Gardiner, abogado de los demandados, la cuestión de la desobediencia y de su valor ejemplar dio un giro importante e inesperado. Lord Gardiner le preguntó al testigo qué hubiera hecho si cuando el Dr. Schumann le pidió proceder a la ablación de los testículos de un hombre contra el que figuraba la inscripción «vida sexual anormal», el Dr. Dering le hubiera dicho que él no lo haría y que ya había desobedecido una vez con la sola represalia de la prohibición de salir del campo durante quince días: ¿Hubiera efectuado la operación? El Dr. Grabczyński respondió que no. El abogado indagó a continuación sobre si en ese caso también otros médicos deportados hubieran rechazado participar, y él dijo que era posible. Y por último, si, en el supuesto de negarse ellos,

hubiera practicado la extracción el propio Dr. Schumann, a lo que respondió con un no rotundo<sup>127</sup>. La deducción es clara: «Los alemanes carecían de médicos suficientes y, dado que cada vez eran más necesarios, los médicos deportados se fueron encargando progresivamente de todo el servicio, que no hubiera podido funcionar sin ellos. Nombrado jefe del hospital, el doctor Dering era el único hombre auténticamente indispensable para los alemanes... No tenía precio para ellos y se lo disputaban»<sup>128</sup>.

La declaración de los veintidós testigos de los demandados profundizó en el hecho de que, a través de su participación directa en prácticas que no tenían ninguna justificación terapéutica sino meramente experimental –y que, según fue probado, realizó, además, con gran crueldad y sin atención postoperatoria–, el Dr. Dering se convirtió de algún modo en instrumento voluntario de los médicos SS, movido por el interés de obtener su favor más que por un miedo insuperable o un auténtico estado de necesidad. Volviendo a lo apuntado antes, los médicos deportados no eran material sobrante e intercambiable, como la mayoría de los prisioneros, sino personas con una cualificación profesional que resultaba irremplazable. Los responsables del Lager no podían prescindir de ellos. En esas circunstancias, tal vez si todos se hubieran negado a colaborar, el proyecto experimental sobre seres humanos se hubiera ralentizado o incluso abandonado pues no hubiera sido materialmente posible y «los SS podrían haber visto que había límites en materia de ética

125 Ibid., p. 80.

126 Ibid., p. 146.

127 Ibid., p. 142.

128 Ibid., p. 154.



médica que no podían traspasar»<sup>129</sup>. No es posible saber hasta qué punto la facultad de oponerse a las órdenes hubiera actuado de dique frente al crimen contra la humanidad, pero sí sabemos que la obediencia pasiva y la cooperación se revelaron como condiciones indispensables de su ejecución.

El testimonio más importante del juicio, según el juez Lawton, fue el de la Dra. Hautval, una «mujer de coraje y de fe», con un «rostro desprovisto de todo artificio, armonioso y de expresión serena», cuya «dignidad tranquila» y «espíritu indomable» eran manifestación de su altura moral. En las conclusiones finales dice de ella que tenía una «personalidad eminente y distinguida, una de las mujeres más valientes y más impresionantes de las nunca llamadas a testificar ante los tribunales de este país». Ella fue el último testigo en declarar y de algún modo había sido presentada por su colega en Auschwitz, la Dra. Dorota Lorka<sup>130</sup>, quien había afirmado conocer a varias personas que no ejecutaron las órdenes o que, sin rechazar directamente, hicieron todo lo posible para no ejecutarlas con el propósito de no causar un perjuicio permanente a sus compañeros de deportación. Entre ellas, recuerda de forma singular a la Dra. Hautval, que a su llegada al bloque 10 le explicó lo que estaba pasando: «Al final de la conversación, me dijo que era imposible que saliéramos vivas del campo: “los alemanes no permitirán a gente que sabe lo que pasa aquí retomar contacto con el mundo exterior; así que en el poco tiempo

que nos queda de vida, lo único que podemos hacer es comportarnos como seres humanos”. Nunca he olvidado esta conversación, y en todos los momentos difíciles de mi vida, he recordado lo que me dijo»<sup>131</sup>. No obstante, en un pasaje del diario leemos: «Quizá haya supervivientes entre nosotros, es necesario que el mundo sepa lo que ha ocurrido»<sup>132</sup>. El papel del testigo se nos impone de nuevo y también la ineludible interrelación entre la memoria y la historia. En su escrito final el juez señala que «el registro presentado al tribunal por la embajada de Polonia (registro de las operaciones quirúrgicas realizadas en el hospital del campo de Auschwitz) fue quizá el documento más importante de este proceso; contenía cientos de inscripciones escritas manualmente por el doctor Dering, y lo escrito testificaba contra él»<sup>133</sup>.

Adélaïde Hautval relata ante el juez y el jurado su experiencia en el Lager en términos muy cercanos a los que ya conocemos a través de su libro *Médecine et crimes contre l'humanité*. Al final de la breve y natural narración de cada uno de sus gestos de resistencia a la autoridad, Lord Gardiner le pregunta si fue castigada de algún modo, y su respuesta siempre es un no. En un determinado momento del interrogatorio, cuando se recuerda su negativa a colaborar con el profesor Clauberg, la pregunta suscita el estupor de la sala: ¿En consecuencia fue usted fusilada? El gesto de la Dra. Hautval al decir «no» hace reír

129 Ibid., p. 267.

130 En 1937 acabó los estudios de Medicina en Praga y se unió a las Brigadas Internacionales ejerciendo como médico en España durante la Guerra Civil.

131 Hill, M. M. y Williams, L. N. *Auschwitz en Angleterre. L'affaire Dering*, Calmann-Lévy, París, 1971.

132 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 96.

133 Hill, M. M. y Williams, L. N. *Auschwitz en Angleterre. L'affaire Dering*, cit., p. 279.



a los asistentes que en seguida entienden el significado de este diálogo. El relato de su conversación con el Dr. Whirts, tras ser denunciada por el Dr. Samuel, conmueve especialmente al auditorio y a los periodistas<sup>134</sup> que seguían las sesiones del juicio, pues le dijo sin tapujos que se había negado a cooperar «porque era contrario a (su) concepción de la medicina» y, como ya hemos visto, ante la despreciativa afirmación de Wirths de que «esa gente» es muy diferente a nosotros, ella había replicado que en el campo había muchas personas diferentes a ella «empezando por él». En el juicio esta respuesta se consideró «fulminante» y Lord Gardiner apostilló que «ciertamente su recuerdo quedará fijado en la memoria de los jurados durante años»<sup>135</sup>.

En un proceso muy distinto a este y muchos años antes, el Juicio principal de Núremberg, el nombre de Adélaïde Hautval también había sido invocado por una testigo, Marie-Claude Vaillant-Couturier, compañera de deportación como sabemos. En la audiencia del 28 de enero de 1946 se escuchó la voz firme de esta mujer, en respuesta a la pregunta del fiscal Charles Dubost sobre si tenía conocimiento de los experimentos practicados en Auschwitz: «Por lo que se refiere a los experimentos, he visto en el Revier, en el que estaba empleada, la fila de judías de Salónica que esperaban, delante de la sala de rayos, para la esterilización. Sé, por otro lado, que se operaba igualmente por

castración en el campo de los hombres. En lo que concierne a los experimentos practicados sobre las mujeres, estuve al corriente porque mi amiga, la doctora Haïdi Hautval... trabajó durante meses en ese bloque para asistir a las enfermas, aunque ella se negó siempre a participar en los experimentos»<sup>136</sup>.

## 6.2 EL MILAGRO SIEMPRE ES POSIBLE

Así pues, también en el lugar emblemático de la condena y de la prevención del crimen contra la humanidad queda fijada la memoria de quien, en medio de terribles dudas y sufrimientos, se negó a cooperar. Es cierto que, por desgracia, «no fueron aquellos médicos que habían mantenido intacta su conciencia humana y la vigencia de las normas éticas de su profesión los que dominaron el discurso profesional después de la derrota del nacionalsocialismo, ni mucho menos llegaron a posiciones claves»<sup>137</sup>, pero también es verdad que las obligaciones que guiaron su actuación han prefigurado reglas y principios de atención a la salud que han ido conformando la ética médica contemporánea y la relación entre la biomedicina

136 Puede consultarse la transcripción completa de la declaración en: [http://www.fndirp.asso.fr/wp-content/uploads/2013/03/temoignage\\_mc\\_vc\\_nuremberg.pdf](http://www.fndirp.asso.fr/wp-content/uploads/2013/03/temoignage_mc_vc_nuremberg.pdf).

137 Huhle, R. «Los médicos contra la impunidad»: <http://www.derechos.org/koaga/iii/3/huhle.html>. En 1958 la Dra. Hautval refleja su perplejidad ante el decurso de los acontecimientos: «Yo creía, nosotros creíamos, que determinadas acciones son absolutamente incompatibles con el ejercicio de la profesión médica. ¿Es una ilusión que hay que abandonar? ¿Hay que concluir que el Juramento de Hipócrates ha caído en el olvido?». Su convicción es reafirmada: «la profesión de fe sean cuales sean las circunstancias» debe seguir siendo «la inviolabilidad y la primacía de la persona humana», Hautval, A. «L'abcès Clauberg», cit, p. 2.

134 La prensa se hizo eco de las sesiones, que despertaron el interés de la opinión pública. Diariamente apareció la crónica del juicio en *The Times*, y el *Daily Mirror* destacó el testimonio de la Dra. Hautval.

135 Hill, M. M. y Williams, L. N., *Auschwitz en Angleterre. L'affaire Dering*, cit., p. 249.



y la protección de los derechos humanos. De este modo, pequeñas islas de dignidad humana, como las que la Dra. Hautval representó, permanecen como elementos moralmente significativos de la historia.

Ante los nuevos signos de inhumanidad, quizá el mejor modo de rendir tributo a todo aquello por lo que Adélaïde Hautval se jugó la vida sea cumplir con el «deber de dar testimonio». La Association nationale des anciennes déportées et internées de la Résistance (ADIR), cuya misión consiste en transmitir a las generaciones futuras la memoria colectiva de la deportación de las mujeres, nos enseñó el camino a seguir: «hemos tenido la suerte de sobrevivir, debemos ser testigos», «debemos continuar siéndolo por nuestras compañeras que con su muerte nos han legado este deber»<sup>138</sup>. Claire Ambroselli se une a esta petición afirmando que «en los espacios criminalizados en que habitamos, en estos tiempos con demasiada frecuencia amnésicos, se hace preciso escuchar la voz de quienes nos ayudan a comprender lo que es posible hacer para resistir a estas criminalidades nuevas y siempre amenazantes»<sup>139</sup>. Tras la liberación, la Dra. Hautval había escrito: «Este paso de la noche a la luz no puede ser expresado con palabras. Más tarde, cuando la vida fue retomando color humano, y muy a menudo decepcionante, había que recordar el infinito privilegio de semejantes

momentos y que este privilegio crea obligaciones de lucha y de fe en un milagro siempre posible»<sup>140</sup>.

## REFERENCIAS

- Ambroselli, C. «1915-2015: ¿Cómo resistir a la inhumanidad, construir un derecho común de la humanidad y emprender acciones humanas?», ponencia del Seminario Internacional «1915-2015: Cien años de Mujeres por la Paz y la Libertad» (Valencia, del 23 al 26 de febrero de 2015).
- Ambroselli, C. *L'éthique médicale*, 3e édition corrigée, PUF, París, 1998.
- Ambroselli, C. *Le Comité d'éthique*, PUF, París, 1990.
- Arendt, H. *Eichmann en Jerusalén. Un estudio acerca de la banalidad del mal*, trad. de C. Ribalta, 4ª ed., Lumen, Barcelona, 2003.
- Bea, E. «Derechos y deberes. El horizonte de la responsabilidad», *Derechos y Libertades*, nº 29, 2013, pp. 53-92.
- Blázquez, F. J. (coord.), *Nazismo, Derecho, Estado*, Dykinson, Madrid, 2015.
- De Gaulle Anthonioz, G., Tillion G. *Dialogues*, Plon, París, 2015.
- De Gaulle Anthonioz, G. (Intervención en la Asamblea general de la ADIR de 26 marzo 1977), *Voix et Visages*, nº 156, marzo-abril 1977.
- De Gaulle Anthonioz, G. *La Traversée de la nuit*, Éditions du Seuil, París, 1998.
- De Gaulle Anthonioz, G. *Le Secret de l'espérance*, Fayard / Éditions Quart Monde, París, 2001.
- Delbo, Ch. *Le convoi du 24 janvier*, Les Éditions de Minuit, París, 1966.
- 138 Intervención de Geneviève de Gaulle Anthonioz en la Asamblea General de la ADIR de 26 marzo 1977, *Voix et Visages*, nº 156, marzo-abril 1977.
- 139 Ambroselli, C. «1915-2015: ¿Cómo resistir a la inhumanidad, construir un derecho común de la humanidad y emprender acciones humanas?», ponencia del Seminario Internacional «1915- 2015: Cien años de Mujeres por la Paz y la Libertad» (Valencia, del 23 al 26 de febrero de 2015).
- 140 Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité*, cit., p. 69.



- Durand, D. y Marie-Claude Vaillant-Couturier. *Une femme engagée du PCF au procès de Nuremberg*, Balland, París, 2012.
- Esposito, R. *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. trad. de A. García, Herder, Barcelona. 2009.
- Gensburger, S. *Les Justes de France. Politiques publiques de la mémoire*, Presses de Sciences Po, París, 2010.
- Grasselli, A. y Maletta, S. *I Giusti e la memoria del bene. Chi salva una vita, salva il mondo intero*, CUSL, Milán, 2006.
- Hautval, A. «L'abcès Clauberg», *Voix et Visages, Bulletin mensuel de l'A.D.I.R.* nº 241, septiembre de 1958, pp. 1-2.
- Hautval, A. *Contribution à la localisation de troubles psychiques postcommotionnels*. (Thèses, Université de Strasbourg, ed. Libr. Universitaire d'Alsace, 1934).
- Hautval, A. *Médecine et crimes contre l'humanité: témoignage manuscrit «Déportation»*, Actes Sud, París, 1991 (Prólogo de C. Ambroselli, presentación y epílogo de A. Postel-Vinay). Nueva edición: *Médecine et crimes contre l'humanité: Le refus d'un médecin, déporté à Auschwitz, de participer aux expériences médicales*, ed. du Félin, París, 2006, (presentación y epílogo de A. Postel-Vinay).
- Hill, M.M. - Williams, L. N. *Auschwitz en Angleterre. L'affaire Dering*, trad. de Magdeleine Paz, Calmann-Lévy, París, 1971.
- Huhle, R. [Publicación en línea] «Los médicos contra la impunidad», Seminario Internacional: Impunidad y sus Efectos en los Procesos Democráticos” Santiago de Chile, 14 de diciembre de 1996: <<http://www.derechos.org/koaga/iii/3/huhle.html>> [Consulta: 24/06/2016].
- Kogon, E., Langbein, H. y Rückerl, A. *Les Chambres à gaz, secret d'État* (trad. del alemán de H. Rollet, Minuit, París 1984).
- Lettich, A. *Trente-quatre mois dans les camps de concentration. Témoignage sur les crimes «scientifiques» commis par les médecins allemands* (Thèses, Université de París, Faculté de médecine, Imprimerie Union Coopérative, 1946).
- Levi, P. *Los hundidos y los salvados*, trad. de P. Gómez Bedate, Península, Barcelona, 2014.
- Moorehead, C. *Un train en hiver. Le train des femmes pour Auschwitz*, Cherche-midi, París, 2014.
- Penson, J. y Postey-Vinal, A. [Publicación en línea] «Un exemple de résistance dans le camp de Ravensbrück: le cas des Polonaises victimes d'expériences pseudo-médicales, 1942-1945», *Histoire@Politique. Politique, culture, société*, nº 5, mai-août 2008, <<http://www.histoire-politique.fr/documents/05/dossier/pdf/HP5-Penson-PostelVinay-def.pdf>> [Consulta: 24/06/2016].
- Pérez Triviño, J. L. «El Holocausto y la responsabilidad: altruismo limitado y dilemas trágicos», *Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho*, nº 29, 2006, pp. 93-108.
- Postel-Vinay, A. «Soigner et exterminer: l'effroi d'un paradoxe», *Tribune Médicale*, diciembre, 1990.
- Postel-Vinay, A. *Vivre*, Grasset, París, 2015.
- Revue d'Histoire de la Shoah* «Classer/penser/exclure. De l'eugénisme à l'hygiène raciale», nº 183, julio-diciembre, 2005.
- Revue d'Histoire de la Shoah* «De l'Aktion T4 à l'Aktion 14f13 'Des vies sans valeur'», nº 199, octubre, 2013.



- Riquelme, H. [Publicación en línea], «La medicina en el Nacional Socialismo: gestiones de oposición profesional», *Polis* 13 | 2006: <<http://polis.revues.org/5481>> [Consulta: 24/06/2016].
- Santos, J. A. *Los olvidados del nacionalsocialismo. Repensar la memoria*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2014.
- Sémelin, J., Andrieu, C. y Gensburger, S. (dirs.), *La résistance aux génocides. De la pluralité des actes de sauvetage*, Presses de Sciences Po, París, 2008.
- Ternon, Y. y Helman, S. *Histoire de la médecine SS*, Casterman, París, 1969.
- Ternon, Y. y Helman, S. *Le massacre des aliénés*, Casterman, París, 1971.
- Ternon, Y. y Helman, S. *Les médecins allemands et le national-socialisme*, Casterman, París, 1973.
- Ternon, Y. «Quelles limites à l'expérimentation sur l'homme? La criminalité médicale nazi en procès» en «Après Nuremberg: les autres procès du nazisme», *Cahiers de la Justice*, nº 3, 2012, p. 28 (pp. 15-32).
- Thalmann, R. [Publicación en línea] «L'oubli des femmes dans l'historiographie de la Résistance», *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, nº 1-1995: <<https://clio.revues.org/513>> [Consulta: 24/06/2016].
- Tillion, G. *Ravensbrück*, Seuil, París, 1988.
- Todorov, Tz. (dir.), *Le siècle de Germaine Tillion*, Seuil, París, 2007.
- Vaillant-Couturier, M.C. «1945. Je ne peux pas penser à la Libération sans penser à tous ceux que j'ai laissés en chemin», *Clara Magazine*, nº 118, 2010.
- Vaillant-Couturier, M.C. [Publicación en línea] (Declaración como testigo en el Juicio principal de Núremberg, audiencia del 28 de enero de 1946). La transcripción figura en: <[http://www.fndirp.asso.fr/wpcontent/uploads/2013/03/temoignage\\_mc\\_vc\\_nuremberg.pdf](http://www.fndirp.asso.fr/wpcontent/uploads/2013/03/temoignage_mc_vc_nuremberg.pdf)> [Consulta: 24/06/2016].



---

# HACERNOS CARGO. LA CHICA DESCONOCIDA\*

---

TOMÁS DOMINGO MORATALLA



## FICHA TÉCNICA

*Título:* La chica desconocida

*Título original:* La fille inconnue

*Director y guionista:* Jean-Pierre Dardenne, Luc Dardenne

*Año:* 2016

*País:* Bélgica

*Duración:* 113 minutos

---

\* *Bioètica & Debat*, 2017; 23 (80): 26-27.

*Reperto:* Adèle Haenel, Jérémie Renier, Olivier Bonnaud, Olivier Gourmet, Louka Minnella, Pierre Sumkay, Nadège Ouedraogo, Ben Hamidou, Thomas Doret, Fabrizio Rongione, Christelle Cornil

*Género:* drama

La chica desconocida podría ser el título de una película desconocida. Pasó por las carteleras sin hacer mucho ruido. Bien pudiera parecer una película menor entre tantas otras quizá más espectaculares. Posiblemente sí sea menor –tendríamos que definir eso de “menor”– pero, sin embargo, es una película de temas mayores, de grandes problemas que nos atañen a todos.

Se trata de la última cinta de los reputados hermanos Dardenne. Y es una película rodada con un peculiar estilo: cámara al hombro, proximidad máxima a los personajes, movimientos bruscos a la hora de seguirlos, e incluso perseguirlos, y notamos sus zarandeos psicológicos a golpes de plano. Huyen los directores de toda artificiosidad; ni gran puesta en escena, ni grandes colores, ni grandes músicas. Nos presentan la vida cotidiana, sin banda sonora y más bien en blanco y negro. De pesimistas los tildarán algunos. Creo que no. Más bien, exploradores de la condición humana. La fuerza de la historia, bien es cierto, no reside en la configuración fílmica –en apariencia ausente– sino en la verdad de una historia. La historia es muy sencilla: una joven doctora de medicina general está en su consulta atendiendo a sus pacientes acompañada de su joven ayudante, ya han terminado el trabajo diario, lleno de estrés y tensiones y, de pronto, fuera ya del horario de consulta, muy tarde, suena el timbre y cansada de tanto trabajo decide no abrir. Al día siguiente,

la policía le informará que quien llamó a su puerta era una chica que más tarde fue asesinada. No saben quién es, ni quién pudo asesinarla, ni por qué motivo. Toda la película girará sobre el remordimiento de conciencia de la joven doctora. Si le hubiera abierto la puerta, ¿estaría ahora con vida? ¿Hizo lo correcto? ¿Es culpable de su muerte? Y ahora ¿qué hacer? ¿Cómo vivir?

Toda la película gira sobre los avatares psicológicos de la protagonista para conseguir cierta paz, cierta redención. Y nosotros, espectadores, la acompañamos en sus vaivenes. De planteamiento individualista la calificarán algunos. De igual manera que antes rechazaba el pesimismo, ahora rechazo este individualismo. No es individualismo, solamente es el intento de una persona en busca de cierta salvación. Ahora bien, lo logra, o no, en función de otros personajes, y ha caído en esa desesperación por su interacción con los otros y, también de alguna manera, consigue redimirse gracias a los otros.

Es la historia psicológica de una redención, pero en esa historia se enredan muchas historias; la historia de la chica desconocida, la historia de su ayudante, tentando de abandonar la medicina, la historia de los pacientes y sus familias. Están, estamos todos, enredados en historias y también, y quizá sea lo más interesante, envueltos en azares. Lo que nos mueve, lo que ocurre, es muchas veces un imprevisto, un accidente; algo que podría no haber ocurrido, un simple “sucedió”, algo azaroso. Y, sin embargo, es lo que desencadena nuestra acción y la forma de continuar nuestra historia. Eso somos: tramas, historias, enredados en ellas, con sus acontecimientos y peripecias, causas y azares.



La historia, como comentaba antes es poco poética, más bien plana y realista, pero los hermanos Dardenne logran con aparente falta de artificio –solo aparente, repito– que seamos ella, la protagonista, que nos angustiemos y nos planteemos, como ella y con ella, qué es lo correcto. Como toda buena película, y esta lo es, nos da qué pensar. Me gustaría centrarme en dos aspectos. En primer lugar, esta película nos ilustra sobre una forma peculiar de ejercer la medicina; vemos a una médica generalista atender en su consulta a multitud de pacientes, ayudada por un joven estudiante, la vemos también acudir a su servicio domiciliario, entre las prisas y las urgencias, envuelta en estrés. La protagonista estará tentada de abandonar esta medicina cotidiana y próxima al paciente por un trabajo de investigación en un hospital –posiblemente una medicina más científica–, también veremos cómo el joven ayudante pasa por una crisis de vocación precisamente por las situaciones de estrés generadas por esta práctica de la medicina. ¿Qué es ser un buen médico, un buen profesional de la salud? ¿Es asunto solo de elaborar un “buen diagnóstico”, o es algo más? ¿Cuál es el alcance de la profesión? ¿Hasta dónde comprometernos? ¿A cualquier hora? ¿Siempre somos médicos, siempre somos nuestra profesión? Hay profesiones especiales, muy pocas, aquellas que tratan directamente con personas (médicos, profesores... pocas más). Y otra pregunta recorre toda la película: ¿qué papel juegan los sentimientos? De alguna manera, aunque de una forma indirecta, esta película gira en torno al papel del médico: de un médico que podría ser nuestro médico, de unos pacientes que podríamos ser nosotros.

El segundo gran tema que querría proponer para la reflexión es la cuestión de la responsabilidad. La protagonista no es culpable, no ha asesinado a la chica, pero sí se siente responsable; culpabilidad y responsabilidad no son lo mismo. Y la responsabilidad nos exige cierto compromiso. Por eso no interesa tanto en la película –ni a la protagonista, ni a nosotros– saber qué pasó, ni quién cometió al crimen, sino saber quién era la chica. Lo que puede hacer la joven médica es buscar su nombre, indagar quién fue quien llamó a su puerta y no fue atendida.

Un tema que no aborda la película, pero que me gustaría plantear, es el del alcance de nuestra responsabilidad no con respecto a una acción (u omisión como en este caso) de la que yo conozco el resultado, el cual dispara mi responsabilidad, sino con respecto a una acción de la que no conocemos resultados. Los efectos de nuestra acción, en tanto que profesionales, tienen un recorrido que se nos escapa de las manos necesariamente. ¿Qué pasó con el alumno que aprobamos/suspendimos? ¿Con el paciente que derivamos a otros servicios? Etc. Hay muchas historias, tristes y alegres, no sabidas, de las que somos coculpables y corresponsables. Claro, pero de eso no podemos hacernos cargo. O quizá sí, pero ¿cómo? Haciendo y actuando según nuestro alcance y nuestro poder; haciendo y buscando, como la protagonista tras lo ocurrido, lo correcto y lo bueno. La clave de la película, de su propuesta (que ni es el pesimismo, ni el individualismo), se deja entrever en los últimos gestos de la protagonista. Ya no es asunto de decir o buscar más, sino simplemente de tender los brazos (abrazar, acompañar) y hacerse cargo.



Por cierto, la joven doctora, Jenny Davin,  
encontró el nombre de la desconocida,  
Félicie Koumba. Conociéndola se cono-  
ció a sí misma.



---

# VIAJE A LAS ENTRAÑAS DEL ANIMALISMO\*

---

RAFAEL AMO USANOS

## RESUMEN

El animalismo aparece recurrentemente en la opinión pública de forma polémica. Su posición encontrada con un principio ético tan comúnmente aceptado como la dignidad de la persona humana provoca encendidos debates. Empezar un viaje a sus raíces filosóficas nos llevará a dos clásicos del empirismo: Bentham y Hume. En ellos se encuentra un peculiar concepto de vida que requiere ser estudiado en su reduccionismo para poder comprender los enfrentamientos del animalismo con otras posturas.

*Palabras clave:* Animales no humanos, ética animal, Bentham, Hume, filosofía de la biología

## INTRODUCCIÓN

Por movimiento animalista se entiende, de modo amplio, todas las corrientes de pensamiento que reconocen relevancia moral a los animales no-humanos y proclaman el respeto debido a su vida. Esta amplia definición abarca tanto las tradiciones especistas como aquellas que, sin serlo, llegan a reconocer derechos a los animales. También, las más recientes, en las que se aplica los conceptos de soberanía, ciudadanía o cuasi-ciudadanía a las comunidades de animales para conocer las dimensiones políticas del animalismo. Las preguntas éticas que plantea este movimiento son muy variadas, entre ellas se

cuentan aquellas sobre la relevancia moral de los animales, sus derechos, su consideración personal, o no, etc.<sup>1</sup>

Para llegar a la base de sus pensamientos se hace necesario emprender un viaje que pasa por su historia, continúa por sus corrientes y llega a sus elementos de la filosofía de la biología.

## PRIMERA PARADA: ORIGEN E HISTORIA DEL MOVIMIENTO ANIMALISTA

El inicio remoto del movimiento animalista puede retrotraerse a la obra del médico, teólogo, músico y filósofo Albert

---

\* *Bioètica & Debat*, 2017; 23 (80): 9-13.

1 Torralba, Roselló, F. "¿Tienen derechos los animales?", *Bioètica & debat*, 2007; 23 (48): 11-13.

Schweitzer, que acuñó la expresión “reverencia por la vida” y construyó una teoría del valor basada en la voluntad de vivir, que atribuyó a todo ser vivo. Aunque, para muchos autores, Albert Schweitzer es el padre de la ética medioambientalista con carácter biocentrista, él nunca llegó a considerar el ecosistema como sujeto moral, aunque sí a los animales.

Algunos autores que siguieron la estela de Albert Schweitzer fueron Joel Feinberg, Kenneth Goodpaster o P. W. Taylor. Otros autores creen que no hay que andar tanto en el tiempo; consideran que el movimiento animalista nació en el Reino Unido, en la década de los sesenta del siglo XX, cuando algunos miembros de la Liga contra los Deportes Crueles se propusieron sabotear la caza con perros.

Desde un punto de vista intelectual, varias publicaciones pueden atribuirse la paternidad del movimiento: la colección de ensayos *Animals, Men and Morals*, publicada conjuntamente en 1971 por Stanley y Rosilind Godlovitch y John Harris; *Animal Liberation*, de Peter Singer (1975); o *The Moral Status of Animals*, de Stephen Richard L. Clark (1977).

Desde otro punto de vista, el año 1978 puede ser considerado como el de la adquisición de la carta de ciudadanía de este movimiento, cuando la ONU y la Unesco aprobaron la Declaración Universal de los Derechos de los animales. Previamente había sido aprobada por la Liga Internacional de los Derechos del animal y las ligas nacionales afiliadas en la tercera reunión sobre los derechos del animal, celebrada en Londres del 21 al 23 de septiembre de 1977. Este documento supone un hito en la carrera contra el especismo: en

él se proclama que los animales son sujetos de derecho y que entre otras cosas no deben ser maltratados.

## SEGUNDA PARADA: CARTOGRAFÍA DE LOS MOVIMIENTOS ANIMALISTAS

Por lo que respecta a determinar corrientes en el movimiento animalista, no hay unanimidad a la hora de establecer su número y su criterio taxonómico.

Tom Regan, el autor del artículo “Animal Welfare and Rights” en la *Encyclopedia of Bioethics*, considera que existen siete aportaciones a la reflexión del movimiento animalista que, a su vez, permiten una primera taxonomía del movimiento animalista: el aristotelismo, el judaísmo-cristianismo, el contractualismo, Kant, el utilitarismo, la ecología profunda y, por último, el ecofeminismo. Para Regan, la más importante es la aportación del utilitarismo, ya que afirma que es la capacidad de experimentar placer y dolor, no la racionalidad, ni la autonomía ni la competencia lingüística, lo que da derecho a cualquier individuo a tener consideración moral<sup>2</sup>.

Adela Cortina ofrece una adecuada cartografía para moverse en este amplio mundo del movimiento animalista<sup>3</sup>. Inspirada en Tom Regan, describe seis corrientes: la primera es la teoría del deber indirecto en relación con los animales, según la cual es un deber moral indirecto tratar bien a los animales, pero no porque ese

2 Regan, T. “Animal Welfare and Rights”. En Reich WT ed., *Encyclopedia of Bioethics*, 1. New York: Macmillian Library Reference; 1995: 64.

3 Cortina, A. *Las fronteras de la persona: el valor de los animales, la dignidad de los humanos*. Madrid: Taurus; 2009: 60-62.



deber corresponda a un derecho que los animales tengan de ser bien tratados, ni tampoco es un deber de justicia. La segunda es el contractualismo, que afirma que a pesar de que los sujetos del pacto social son los humanos, y por tanto, solo ellos tienen derechos, ya que solo ellos son capaces de reconocer y asumir deberes, queda abierta la posibilidad de que los firmantes del pacto decidan contraer obligaciones legales con los animales. La tercera es el utilitarismo, que en el fondo es un pathocentrismo, ya que la línea infranqueable, como decía Bentham, no viene tratada por ser persona, sino por tener o no capacidad de sufrir. Así, resulta que es de justicia tener en cuenta de un modo igual los intereses de todos los seres sensibles. La cuarta es el enfoque de las capacidades, que considera que es un deber de justicia respetar y empoderar las capacidades de los seres organizados, que pueden perseguir con ellas una vida buena. La quinta son las teorías del valor inherente. Para los autores de esta corriente los animales merecen consideración moral y legal porque tienen derechos anteriores a la formación de la comunidad política, independientemente de que tengan intereses. Por último, a la sexta corriente pertenecen las teorías del reconocimiento recíproco, que tienen por base el reconocimiento mutuo de seres dotados de competencia comunicativa humana. En el ámbito español, se puede considerar en la nómina del animalismo a autores como Jorge Riechmann, Jesús Mosterín, Ferrater Mora y Priscilla Cohn. Óscar Horta<sup>4</sup>, por su parte, realiza un amplio estudio

4 Horta Álvarez, O. "Un desafío para la bioética. La cuestión del especismo". Disponible en: <http://goo.gl/YZdeVW> [Consultado el 15 de octubre de 2016].

sobre el especismo, que plantea como un concepto más amplio que la mera defensa de los animales o movimiento animalista (por esta razón incluye en su estudio los movimientos de ecología profunda, eco-céntricos, etc.). Cuando limita su estudio del especismo a los autores que parten del concepto de sufrir y disfrutar, ofrece una taxonomía de cinco tipos. El primer grupo está formado por aquellos que optan por la utilización del utilitarismo como herramienta filosófica; tienen su origen en la postura de Bentham y en la de Stuart Mill; su representante principal es Peter Singer. En el segundo grupo se estudian aquellos que optan por una postura deontologista, es decir, una ética de los derechos; en este segundo grupo, Horta considera a Tom Regan, Ryder y Michel A. Fox. El tercer grupo es de los autores que optan por el contractualismo entendiendo por este un modo propio para la deducción de los principios normativos, mediante la apelación a un pacto original en el que las partes elegirán las reglas del juego por las que se conducirán en el futuro, radicando así su legitimidad en el proceso que las fundamenta. Entre los autores de este grupo se considera a Carruthers y Rowlands. El cuarto grupo es el de los neo-aristotélicos, es decir, aquellos que se pueden enmarcar en la ética de la virtud: cabría citar a Rollin Clark, Dombrowski y Hursthouse. Por último, el quinto grupo es el de los autores de la órbita de la ética del cuidado: Noddings y Donovan.

Por último, M. A. Sánchez<sup>5</sup> simplifica la taxonomía, reduciéndola a dos grupos. El primero es el de los que tienen en cuenta

5 Sánchez González, M. A. "El debate ético actual sobre la relación del hombre con los animales". En Lacadena JR. Ed., *Los derechos de los anima-*



el sufrimiento animal, entre los que figura Peter Singer; el segundo grupo corresponde a los que consideran el valor moral de los animales y su derecho a existir en las mejores condiciones posibles, entre los que destaca Tom Regan.

### FINAL DEL CAMINO: EL CONCEPTO DE VIDA

Juan Ramón Blanco Aristín pone de manifiesto los elementos de la filosofía de la biología que sustentan el movimiento animalista<sup>6</sup>. En primer lugar, considera que todo lo vivo tiene una materia común, el código genético; en segundo lugar, subraya la interdependencia de todo lo vivo en los ecosistemas; y en tercer lugar, señala la existencia de un elemento común entre lo humano y lo animal; la capacidad de sufrir. Este tercer y último dato es el que más importancia cobra a la hora de encontrar las raíces en la filosofía de la biología, pues conduce directamente a un texto de Jeremy Bentham que puede considerarse fundante del movimiento animalista:

(...) puede llegar el día, cuando el resto de la creación animal adquirirá esos derechos que nunca les deberían haber sido arrebatados por la mano de la tiranía. Los franceses ya han descubierto que la negrura de la piel no es razón para que un ser humano deba ser abandonado sin remedio al capricho de un torturador. Llegará el día en que el número de las piernas, la vellosidad de la piel o la terminación del hueso sacro, serán razones igualmente insuficientes

para abandonar a un ser sensible a un mismo destino. ¿Qué otra cosa es lo que debe trazar la línea insuperable? ¿Es la facultad de la razón o tal vez, la facultad del lenguaje? Sin embargo, un caballo o un perro adulto, es, sin comparación un animal más racional que un bebé de un día o una semana, o un mes, pues nos podemos comunicar más con aquellos. Pero hagamos la pregunta de otro modo, ¿de qué son capaces? La pregunta no es ¿pueden razonar? Tampoco, ¿pueden hablar? Sino ¿pueden sufrir?<sup>7</sup>

Esta es la clave: la capacidad de sufrir es lo que permite hablar de derechos en los seres vivos; el ser vivo que sea capaz de sufrir es sujeto de derechos. Blanco Aristín ha profundizado en esta idea y afirma que algunos campos de estudio científico han mostrado que los animales sufren de hecho. El sufrimiento ocasiona o una respuesta motora (corriendo lejos) o una conducta de réplica (llanto, gritos, defensa propia) o una respuesta autónoma (úlceras neurogénica); puede también ser expresada por serias perturbaciones de conducta (postración, automutilación, agresividad permanente). La sensibilidad para el dolor y la capacidad para reaccionar a este como un intento para neutralizar el dolor o eliminar la causa, son mecanismos básicos y difundidos y puede inferirse que ellos aparecieron primero en una etapa muy temprana en la evolución del mundo animal.

Con todo, el texto de Bentham pertenece a una nota aclaratoria que hace a la siguiente pregunta:

les. Madrid-Bilbao: Comillas Desclée de Browser; 2002: 117.

6 Blanco-Aristín, J. R. "El espíritu de la declaración universal de los derechos de los animales". Disponible en: <http://goo.gl/bQGzV> [Consultado el 28 de agosto de 2016].

7 Bentham, J. *An introduction to the principles of morals and legislation*. London, New York: Oxford University Press; 1970: cap. 17. Iv.



Entonces, ¿qué otros agentes hay que, al mismo tiempo que están bajo la influencia de la dirección del hombre, son susceptibles de la felicidad? Los hay de dos tipos: 1. Otros seres humanos que sean personas; 2. Otros animales que, en razón de determinados intereses, han sido descuidados por la insensibilidad de los antiguos juristas y están degradados en la clase de cosas.<sup>8</sup>

La capacidad de sufrir ya no es solo lo que otorga derechos, sino lo que distingue lo vivo de lo inerte, de las cosas. Esta información de la filosofía de la biología sobre el concepto de vida es lo que sustenta todo el edificio. En este punto, Adela Cortina pone de manifiesto que existe una estrecha relación entre la capacidad de sentir/sufrir y el utilitarismo y el empirismo. De hecho, la obra de Hume puede considerarse el antecedente del comentado texto de Bentham, no por casualidad, sino porque con él comienza un nuevo concepto de vida.

David Hume, en su Tratado de la naturaleza humana, al estudiar la naturaleza y límites de la razón con la pretensión newtoniana de demostrar la unicidad de todo el universo, afirma la igualdad de la razón en animales y hombres. A ello le dedica la sección XVI de la parte III del libro I: “De la razón de los animales”.

Unas páginas antes, Hume había demostrado que la razón es esclava de las pasiones, esto es, que la naturaleza de la mente no es la razón, sino sentir placer y dolor. Lanza así la hipótesis de que hay acciones mentales comunes a hombres y animales.

Y afirma que son todas, excepto dos: la identidad personal y el amor a la verdad. Mediante el estudio comparado de acciones de hombres y animales llega a concluir que “los animales proceden según un razonamiento que no es de suyo diferente, ni se basa en diferentes principios, al que aparece en la naturaleza humana”<sup>9</sup>. Se describe, los animales –como los humanos– reciben impresiones y de ellas son capaces de inferir alguna conclusión, apoyados sobre la experiencia y la observación.

Otro de los razonamientos que ofrece es especialmente interesante para el posterior movimiento animalista, pues parece su germen. Si las operaciones mentales fueran distintas en hombres y animales, en atención a que la razón fuera algo complejo, habría hombres que son tales:

El defecto común de los sistemas empleados por los filósofos para explicar las acciones de la mente estriba en que ellos suponen tal sutileza y refinamiento en el pensamiento, que este excede no solamente a la capacidad de los simples animales, sino hasta a la de los niños y gente corriente de nuestra propia especie, que son, a pesar de todo, capaces de tener las mismas emociones y aficciones que las personas de genio y entendimiento más refinados<sup>10</sup>.

Con ello da por probada su hipótesis inicial, que afirmaba que hay acciones mentales comunes a hombres y animales, que no son las racionales, sino las emociones. Y, en consecuencia, proclama la igualdad entre los dos. Este análisis genético del

8 Bentham, J. *An introduction to the principles of morals and legislation*. London, New York: Oxford University Press; 1970: cap. 17. Iv.

9 Hume, D. *Tratado de la naturaleza humana: autobiografía*. Madrid: Editora Nacional; 1981: 263.

10 Hume, D. *Tratado de la naturaleza humana: autobiografía*. Madrid: Editora Nacional; 1981: 262.



texto de Bentham pone de manifiesto lo que se había indicado: el utilitarismo y el empirismo son la matriz intelectual, o el mejor caldo de cultivo, para el movimiento animalista, por su particular concepto de vida.

### **CLAVES DE LA CUESTIÓN: LA VIDA Y EL SUJETO VIVO**

El final de este viaje a las entrañas del animalismo nos ha llevado a una sutil distinción que podrá aportar mucha luz a las polémicas sobre la ética animal, el animalismo, los derechos de los animales, etc. Se trata de distinguir entre la vida y el sujeto vivo. De hecho, esta distinción ya opera en el mundo del animalismo y la ética animal, donde se habla de vida y vida humana; animal humano y animal no humano, combinado de todas las formas posibles.

Por una parte, la vida definida como actividad mental/emocional (o como capacidad de sufrir) arrastra tras de sí un doble reduccionismo. Al reduccionismo ontológico cartesiano se le añade el empirista. Descartes estableció la barrera de la *res cogitans* con la *res extensa*, dejando la definición de vida digna en la esfera de la actividad mental, que el empirismo solo

tuvo que reducir –aún más– a la emoción. Por otra parte, la dignidad siempre ha sido asociada a un sujeto vivo (hombre, persona o incluso, para algunas tradiciones, el animal), pero nunca una actividad (la vida). Por tanto, la relevancia moral se le atribuye a la vida porque es una actividad de un sujeto digno, no por ser digna en sí misma. Esto, evidentemente, no excluye un cierto respeto a otros sujetos de la vida.

Así las cosas, la vida tiene relevancia moral, no por sí misma, sino por el sujeto que la vive. Esta sutil distinción debería ayudar al animalismo y la ética animal a profundizar en la estructura metafísica del sujeto y no centrarse en sus actividades mentales, a la hora de hablar de respeto de derechos, etc., u otros conceptos de orden ético.

En definitiva, el fondo de la cuestión compete a la filosofía de la biología y no a la antropología o a la metafísica, que son los campos en los que se puede dirimir los problemas del valor de la vida de los animales, sus derechos, etc. El reduccionismo mecanicista y la confusión entre vida y sujeto vivo –aportaciones de los estudios de filosofía de la biología– son los elementos que hay que clarificar para abordar en profundidad las cuestiones del animalismo.



---

# LA TOMA DE DECISIONES Y EL PROCESO DE INFORMACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES\*

---

MONTSE ESQUERDA ARESTÉ / CRISTINA NOLLA

## RESUMEN

La participación de niños y adolescentes en los procesos sanitarios es todo un reto. Requiere no solo un cambio de actitudes hacia los menores, sino adquirir también conocimiento y habilidades para poder desarrollar los procesos de toma de decisiones compartida y de información. Escuchar, comunicar mejor, promover la autonomía y acompañar serán algunas de las habilidades necesarias para poder desarrollar un nuevo modelo de toma de decisiones.

*Palabras clave:* Toma decisiones, información, niños, adolescentes

*La infancia tiene sus propias maneras de ver, pensar y sentir; nada más insensato que pretender sustituirlas por las nuestras.*

JEAN-JACQUES ROUSSEAU

## TIEMPOS COMPLEJOS, PACIENTES COMPLEJOS

Si tuviéramos que resumir, en una palabra, el mundo sanitario actual, seguramente la que mejor lo describiría sería la de “complejidad”. Vivimos tiempos complejos y atendemos pacientes aún más complejos. El gran desarrollo científico-técnico de la medicina en las últimas décadas ha repre-

sentado un innegable avance, pero al mismo tiempo ha abierto un panorama nuevo en el que se han incrementado las opciones tanto diagnósticas como terapéuticas. Paralelamente, el conocimiento médico ha sufrido una enorme especialización, lo que ha conducido a su fragmentación. Todo este conjunto de cambios dificultan los procesos de toma de decisiones.

Además de los cambios científico-técnicos, la transformación social también ha impactado en la relación profesional-persona enferma. El reconocimiento de la autonomía de la persona ha hecho que se tenga que contar con la participación del paciente en la toma de decisiones, a fin de que se respeten sus preferencias. Este reto también se da en el ámbito infanto-

---

\* *Bioética & debat*, 2017; 23 (80): 14-19.

juvenil. Para ello hay que incorporar los pacientes menores en la toma de decisiones. En este ámbito ha habido un cambio en la consideración social del menor, que ha pasado de ser objeto de protección a sujeto que puede ejercer progresivamente sus derechos.

Así pues, estamos ante un contexto de mayor complejidad, pero precisamente la bioética nace y se desarrolla para poder gestionar esta complejidad.

### TOMA DE DECISIONES EN SALUD EN NIÑOS. ¿RETÓRICA O REALIDAD?

En “La toma de decisiones en salud en niños, ¿retórica o realidad?”, Coad<sup>1</sup> concibe, justamente, esta pregunta en un artículo donde hace un metanálisis sobre estudios publicados con relación a la implicación de niños y adolescentes en la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Y su conclusión es que, pese a conocer los resultados positivos de la participación de los niños en las consultas, los hechos parecen indicar que se trata más de una cuestión retórica que de una realidad.

De hecho, hay evidencia suficiente que demuestra que si se fomenta la participación en el ámbito de la salud<sup>2</sup> tanto en niños como en adolescentes, se les informa adecuadamente y se les escucha, esto produce una mayor satisfacción –tanto a los padres como a los menores– con los cuidados médicos recibidos. Al mismo tiempo

se produce una mayor cooperación por parte de los niños y adolescentes tanto en el establecimiento de los objetivos del tratamiento como en el plan de tratamiento; se promueve la sensación de control frente a la enfermedad, y esto hace que se perciba de forma menos estresante, con menos discomfort, y facilita una adecuación más positiva. Asimismo, el hecho de fomentar esta participación promueve las capacidades del niño y favorece su desarrollo. A pesar de la evidencia en torno a los beneficios de la implicación del niño y el adolescente en la toma de decisiones, en la realidad no parece que este nivel de participación se lleve a cabo de forma generalizada. Una de las principales causas de la dificultad que tienen los profesionales para desplegar un modelo de toma de decisiones compartida e informada con los niños podría ser que este nuevo modelo no se desarrolla solo con un conocimiento, sino que precisa adquirir una serie de habilidades.

Este nuevo modelo requiere nuevos conocimientos, nuevas habilidades y nuevos recursos. Peter Ubel<sup>3</sup> expone que “se nos ha enseñado a los médicos sobre qué hacer en bioética (informar al paciente, involucrarse en la toma de decisiones, pedir su consentimiento...) pero no se nos ha entrenado en cómo hacerlo. Los médicos nos encontramos a menudo “lost in translation””. Un cambio de paradigma requiere saber conjugar verbos, es decir, no es suficiente conocer el marco teórico y argumental del modelo, sino que hay que saberlo llevar a la práctica. En el ámbito de la toma de decisiones e información a los menores, algunos de los verbos a con-

1 Coad JE, Shaw K. L. Is children's choice in health care rhetoric or reality? A scoping review. *Journal of Advanced Nursing (J Adv Nurs)*, 2008; 64 (4): 318-327.

2 Coad JE, Shaw K. L. Is children's choice in health care rhetoric or reality? A scoping review. *J Adv Nurs*, 2008; 64 (4): 318-327.

3 Ubel P. *Critical Decisions*. New York: Harper Collins, 2012.



jugar podrían ser: escuchar, comunicar, acompañar y promover.

### ESCUCHAR

Cuando se pide a los niños y adolescentes su valoración sobre la atención recibida en los hospitales o en asistencia primaria<sup>4</sup> los puntos que más “valoran” son: la buena comunicación, que incluye explicaciones claras sobre los tratamientos o las técnicas a las que deben someterse; los profesionales con empatía; el trato directo con los niños; o bien dejarlos participar en la toma de decisiones.

Los tres puntos que los adolescentes con enfermedad crónica mejor valoran<sup>5</sup> son el respeto/ veracidad, control/ confianza y cuidado/ proximidad. Es importante prestar atención a la forma como los adolescentes lo expresan:

- Respeto y veracidad: “me dicen la verdad, me toman en serio cuando pregunto o cuando digo que me duele, admiten los errores o reconocen cuando no saben algo, me piden qué es importante para mí”.
- Control y confianza: “paran inmediatamente si no aguanto el dolor, me piden permiso, me avisan cuando tienen que hacer algo, no me intimidan, me cuentan las cosas de forma que las pueda entender”.

4 Van Staa A., Jadeloo S., Van der Stege H. “On your own feet research group. ‘What we want’: chronically ill adolescents’ preferences and priorities for improving health care”. *Patient Prefer Adherence*. 2011; 5: 291-305.

5 Britto MT, Devellis RF, Hourning R. W., DeFriesse G. H, Atherton H. D., “Slap G. B. Health Care preferences and priorities of adolescents with chronic illnesses”. *Pediatrics*. 2004; 114 (5): 1272-1280.

- Cuidado y proximidad: “me conocen, conocen mis intereses y aficiones, conocen mi familia, pasan tiempo conmigo, es fácil hablar con ell@s, son accesibles, no me hacen sentir mal si no he hecho un tratamiento”.

### COMUNICAR

Mejorar la toma de decisiones y la información requiere, al mismo tiempo, mejorar las habilidades relacionales y comunicativas. Recogíamos la idea de que se ha enseñado el qué, pero no se ha enseñado el cómo, y este es uno de los aspectos clave para desarrollar las habilidades relacionadas con la comunicación. Esto implica que además de conocimientos científico-técnicos es importante adquirir habilidades: High Tech with High Touch (Alta tecnología con alto tacto).

En el ámbito infanto-juvenil los registros necesarios para la comunicación son mucho más amplios que en los adultos, ya que es importante tener habilidades para comunicarse con los padres, pero también con los niños. La comunicación con los niños no tiene un solo registro dado que cada edad precisa un abordaje específico, desde los bebés hasta los adolescentes. De hecho, uno de los aspectos que más valoran los adolescentes es que no se les infantilice, y esto implica por parte de los profesionales tener que disponer de una amplia gama de estrategias comunicativas. Además, para adecuar la información es imprescindible conocer el nivel de desarrollo del niño y, según este, conocer qué puede entender de la enfermedad y de lo que le pasa<sup>6</sup>, evitando respuestas

6 Perrin EC, Gerrity PS. There’s a demon in your belly: Children’s understanding of illness. *Pediatrics*. 1981; 67 (6), 841-849.



adultiformes o poco adecuadas a la comprensión del niño.

La comprensión de la enfermedad se basa en un proceso progresivo y secuencial, relacionado con la interacción con el entorno y con la forma como la cultura expresa la enfermedad. Los niños tienen una secuencia progresiva mediante la cual van entendiendo conceptos fundamentales, como son el tiempo, el espacio, la causalidad, la conservación, los números... Es necesaria una correcta maduración cognitiva del niño para ir entendiendo la complejidad de la enfermedad. En la tabla 1, se destacan diferentes etapas de desarrollo del concepto de enfermedad.

### PROMOVER AUTONOMÍA

Un punto clave en la participación de los menores y la toma de decisiones es la evaluación de la madurez y competencia del menor<sup>7</sup>. Aunque en esta cuestión cuesta mucho realizar progresos y disponer de procedimientos estandarizados<sup>8</sup> Kohlberg define la competencia como la habilidad para tomar decisiones, esto es, hacer juicios basados en principios internos y actuar de acuerdo con estos juicios. El modelo que se propone para evaluar la competencia del menor en una decisión concreta dependerá de la madurez indivi-

dual de cada menor, del riesgo de la decisión y de factores contextuales<sup>9</sup>.

Con relación a la madurez, es importante, en primer lugar, intentar concretar qué entendemos por madurez, pues esta puede ser cognitiva o intelectual, de valores o madurez aplicada en los procesos de toma de decisiones. Las dificultades para conceptualizar la madurez pueden estar relacionadas con la falta de procedimientos estandarizados de evaluación de la misma.

En la bibliografía se pueden observar dos aproximaciones diferentes a la madurez: por un lado, encontramos la aproximación basada en el desarrollo moral (valores, deseos, preferencias en un sistema de valores...), con el uso de instrumentos derivado de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg. Según este autor, el razonamiento ético-moral se desarrolla a través de una serie de niveles y estadios, preconvencional, convencional y postconvencional. Tanto Kohlberg como diferentes autores neo-kohlberianos que han incorporado aspectos sociales a la teoría, han desarrollado instrumentos de medida de la misma. La adaptación de los dilemas morales de Kohlberg<sup>10</sup> ha demostrado ser útil como instrumento de cribado, con una alta correlación con el test DIT de Rest. Por otra parte, hay aproximaciones empíricas sobre el desarrollo de toma de decisiones aplicada. Algunos estudios han aplicado el

7 Esquerda M., Pifarre J. Actualizaciones evaluación de la competencia para toma de decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad. 2009; 16 (9): 547-553.

8 Hein IM, Troost P. W., Broersma A., Vries M. C. de, Daams J. G., Lindauer R. J. L. Why is it hard to make progress in assessing children's decision-making competence? *BMC Medical Ethics*. 2015; 16: 1-6.

9 Esquerda M., Pifarre J. Actualizaciones evaluación de la competencia para toma de decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad. 2009; 16 (9): 547-553.

10 Espejo M., Miquel E., Esquerda Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida. *Med Clin*. 2011; 136 (1): 26-30.



**TABLA 1. ETAPAS DE DESARROLLO DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD**

<b>Bebé (0-2 años) - Vulnerables</b>
<p>Importancia de mantener en el ámbito hospitalario la relación del niño con el cuidador principal. (Prevención en el niño enfermo del Síndrome del hospitalismo. Teoría del vínculo de Bowlby).</p> <p>Sentirse cercano a los cuidadores principales, sentirse abrazado y consolado como herramienta principal para afrontar el estrés de la enfermedad.</p> <p>Necesidad de disponer de estímulos y juegos adecuados durante el ingreso. Aumentar los estímulos en los ingresos más largos.</p>
<b>Niño pequeño (2-5 años). Pensamiento pre-lógico - Exploradores</b>
<p>Sentido literal y concreto del pensamiento.</p> <p>Detectan los signos externos, visibles y palpables, de la enfermedad cuesta mucho más imaginar los órganos internos. (Puede facilitar la comprensión si se sitúan de forma concreta en un dibujo o un muñeco).</p> <p>Confunden los síntomas con las causas.</p> <p>Egocentrismo. Lo que ocurre a su alrededor es consecuencia directa de lo que hacen o piensan. Pueden entender la enfermedad o el ingreso como un castigo. Es importante desculpabilizar.</p> <p>Tiempo entendido de forma circular (Navidad, vacaciones de verano). Puede ser útil hacer una plantilla de planificación.</p>
<b>Escolar (6-11 años). Pensamiento lógico concreto - Curiosos</b>
<p>Pensamiento más elaborado y complejo, preguntas más complejas.</p> <p>Mucha curiosidad por temas diversos.</p> <p>Entienden la causa, pero no el mecanismo exacto.</p> <p>Conocen y saben decir muchas partes del cuerpo, aunque desconocen las funciones de la mayoría y cómo trabajan de forma conjunta. (Pueden facilitar la comprensión los dibujos más elaborados).</p> <p>Hacen asociaciones lineales: misma causa mismo efecto.</p> <p>Idea de la contaminación. (Por ejemplo: evitar compañero de clase con cáncer por miedo al contagio).</p> <p>Explorar sentimientos de culpabilidad.</p>
<b>Pre-adolescentes y adolescentes (&gt;11 años) Pensamiento lógico formal- Emocionales</b>
<p>Desarrollo del pensamiento abstracto y simbólico.</p> <p>Explicación psicofisiológica de la enfermedad, entendida como multifactorial.</p> <p>Sensación de omnipotencia. Piensan que esto no les puede pasar a ellos, y asumen conductas de riesgo.</p> <p>Volubilidad de los estados de ánimo que a menudo lleva a confrontaciones.</p>



test MacCat-CR<sup>11</sup> en menores, llegando a la conclusión de que es útil en esta franja de edad. Pero la cuestión es la ausencia de una validación externa, de un Gold Standard dentro del paradigma que permita identificar los puntos de corte.

La toma de decisiones no depende solo de la madurez del menor, sino que también depende del riesgo de la decisión. Las decisiones más graves, que tienen mayor riesgo, precisarán una competencia más elevada, mientras que decisiones más fáciles y de bajo riesgo se podrán tomar con menor competencia. La escala móvil de la competencia de Drane ofrece una buena referencia para poder ajustar el grado de competencia exigido según el tipo de decisión.

En la evaluación de la competencia también es importante tener en cuenta los factores contextuales en que se toma la decisión. Por un lado puede haber factores personales que pueden influir: el estado emocional (ansiedad, miedo), la presencia de dolor, la influencia de drogas o fármacos que alteren el nivel de conciencia. Ante estas influencias personales hay que prestar especial atención a los niños con enfermedades crónicas.

Como factores contextuales hay que valorar también los elementos familiares y culturales. Ver si la familia da apoyo emocional al menor, o bien observar la influencia cultural en el rol social que se otorga al menor.

También se debe tener en cuenta en qué situación se toma la decisión. Es mucho más complicado en servicios de urgencias o con procesos asistenciales esporádicos que en un contexto de continuidad asistencial, con una familia conocida, con la que ya hay una relación de confianza previa.

Más allá de la evaluación de la autonomía, el real Colegio de Pediatría de Inglaterra, en el documento sobre *Whithdrawing Life Sustaining Treatment in Children: A Framework for Practice*<sup>12</sup>, expone la necesidad de realizar todo un proceso de promoción de la capacidad de decisión. No trata solo de una evaluación sobre si el menor es suficientemente competente para decidir o no, sino de una escala progresiva de incorporación al menor en la toma de decisiones: “el desarrollo de las capacidades humanas no es un proceso garantizado por la genética, sino que depende de la interacción y el entorno”. La capacidad para poder decidir dependerá de un entorno y una interacción adecuada para poderla desarrollar. Aquel que nunca ha sido informado o escuchado, sea adulto o niño, difícilmente tendrá la capacidad de tomar decisiones. Por ello se recomienda:

- Informar al menor: el derecho a la información va más allá del derecho a la decisión. Es importante saber informar al menor, tenga la edad que tenga, con el nivel adecuado de comprensión.

11 Hein I. M., Troost P. W., Lindeboom R, de Vries M. C., Zwaan C. M., Lindauer R. J.: Assessing children's competence to consent research by a standardized tool: a validity study. *BMC Pediatr.* 2012; 12: 156.

12 Royal College of Paediatrics and Child Health. *Withdrawing Life Saving Treatment in Children: A Framework for Practice* [Internet]. London: Royal College of Paediatrics and Child Health 2004. [Consultado el 15 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://www.gmc.uk.org/Witholding.pdf\\_0818793.pdf](http://www.gmc.uk.org/Witholding.pdf_0818793.pdf)



- Escuchar al menor: conocer cuáles serían sus necesidades, preferencias en relación a la decisión, a pesar de que no podamos garantizarlas.
- Incluir sus opiniones en la toma de decisiones, siempre que sea posible.
- Considerar al menor competente como el principal responsable de tomar decisiones.

Esta gradación permite que las capacidades del niño vayan creciendo en un entorno de confianza, admitiendo que se pueda equivocar al igual que se equivocan los adultos, y fomentando la responsabilidad de las decisiones tomadas.

#### **ACOMPañAR SITUACIONES CLíNICAS DE ALTA VULNERABILIDAD**

Más allá de la toma de decisiones, uno de los papeles fundamentales de los profesionales sanitarios es el acompañamiento en situaciones de alta fragilidad o vulne-

rabilidad. Es muy importante ser cuidadoso en el manejo de la información y de las decisiones en niños con enfermedad grave, discapacidad severa o terminalidad.

En un estudio en el New England<sup>13</sup>, se pidió a padres de niños que habían muerto a causa de una enfermedad oncológica si se arrepentían de haber hablado de la muerte con sus hijos o de no haber hablado. Ninguno de los padres de los niños muertos por enfermedad que habían hablado con ellos sobre el pronóstico y el final de la vida, se arrepentían de haberlo hecho; mientras que un alto porcentaje de los padres que no habían hablado, pensaban que lo deberían haber hecho. Las conspiraciones del silencio en el ámbito infantojuvenil, al igual que en el adulto, son muy difíciles de manejar, por eso se necesitan profesionales preparados para saber dar la información y acompañar a los niños y sus familias.

13 Kreicbergs U., Valdimarsdóttir U., Onelöv E., Henter J., Steineck G. Talking about death with children who have severe malignant disease. *New England Journal of Medicine*. 2004; 351 (12): 1175-1186.



---

# ¿QUÉ HACER CUANDO UN MÉDICO TIENE PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTA SU DESEMPEÑO CLÍNICO?\*

---

CLAUDE VERGÈS

## RESUMEN

Al igual que cualquier persona, los médicos sufren de depresión que puede afectar su desempeño clínico y la seguridad de los pacientes. Para las autoridades institucionales estos problemas se traducen en un dilema entre los principios de no-discriminación y justicia hacia estos médicos y los de protección y no-maleficencia hacia los enfermos. A raíz de dos casos, los docentes de un hospital pediátrico se plantearon una serie de preguntas sobre la responsabilidad médica en esta situación, su posibilidad de estudiar medicina y las medidas a tomar; así como sobre la responsabilidad de los docentes y de los psiquiatras frente a estos médicos (confidencialidad) y a los pacientes representados por la institución. Se presentan los resultados de las entrevistas semiabiertas realizadas con estos docentes. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación de la institución.

*Palabras clave:* depresión en médicos/as; protección del paciente; responsabilidad; ética docente y psiquiátrica.

## 1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la medicina hospitalaria ha traído consigo la especialización para responder a las exigencias cognoscitivas y de las habilidades propias de cada especialidad<sup>1</sup>. El programa de residencia médica en Panamá es una combinación de todos los aspectos teóricos en el marco de una

rotación clínica supervisada por todas las áreas de un hospital de tercer nivel y por los servicios de atención primaria relacionada con la especialidad, con cierta autonomía de decisiones tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y progresiva en el tiempo. La metodología de aprendizaje empleada comprende la presentación oral de los casos de ingreso y de su evolución durante la evolución hospitalaria en pequeño grupo con el tutor clínico; y las revisiones bibliográficas de un tema, las auditorías clínicas y de mortalidad con el conjunto de residentes y docentes clínicos. Los parámetros de evaluación contienen los aspectos cognoscitivos, la lógica de razonamiento, el respeto de la confidencialidad (la identificación del paciente

---

\* *Rev Bio y Der.* 2017; 40: 83-100.

1 En muchos países, esto ha traído a su vez una prolongación del periodo de estudio: seis años de carrera básica, más dos años de internado (entrenamiento clínico y servicio social), más tres a cinco años de especialización (residencia). Los programas contemplan una pasantía por las áreas críticas (cuidados intensivos, neonatología, urgencias, hemato-oncología) desde el primer año en forma escalonada y repetitiva. Se prevé un mes de vacaciones al final de cada año de residencia.

solo es permitida en el grupo reducido) y la evaluación de los aspectos psicológico-sociales del paciente y su familia.

Al igual que cualquier persona, los médicos pueden presentar cuadros depresivos, lo cual afecta su desempeño clínico. Los reglamentos universitarios ofrecen el marco administrativo para adaptar las condiciones del programa académico o que la persona elija una carrera apta a su capacidad funcional, en caso de discapacidad física o como consecuencia de una enfermedad crónica documentada por un certificado médico. Cuando este problema médico ocurre durante la residencia, es posible una licencia de enfermedad, permitiendo que la/el residente termine su entrenamiento más tarde y se ubique en una área que no afecte su salud y desempeño. Sin embargo, nada está previsto para la depresión y las enfermedades psicológicas. Esta situación trae consigo dos problemas: el reconocimiento tardío de las mismas, frecuentemente durante un episodio de agudización en el ambiente hospitalario, y la posible comisión de un error médico por la disminución de su capacidad de razonamiento y de reacción rápida y adecuada durante este episodio. Esta situación en el contexto de un hospital pediátrico, en el cual los enfermos tienen factores de vulnerabilidad severos o múltiples, crea problemas para las autoridades docentes y administrativas cuya obligación es la seguridad de las/los enfermos recluidos.

Los objetivos de este trabajo son de responder a las preguntas siguientes con el propósito de sistematizar las opiniones de las personas responsables de la docencia clínica en un hospital pediátrico:

1. ¿Cuál es la responsabilidad ética del / la residente cuando sus fallas de desempeño son producidas por depresión? Algunos consideran que las/los médicos tienen mayores obligaciones hacia las personas por su poder de curar o matar y que el problema es legal con respuestas en los Códigos Civil o Penal sobre imputabilidad. Otros consideran que las/los residentes no se distinguen de los demás aprendices y que es necesario tomar en cuenta el contexto particular de la formación clínica para la prevención de las faltas, así como su estado de funcionalidad al momento de la misma.
2. ¿Cuál es la obligación central de un/a docente clínico/a entre el deber de seguridad de los/las pacientes y el respeto de la privacidad de los/las residentes?
3. ¿Cómo considerar el deber de confidencialidad del médico psiquiatra y su deber de responsabilidad social?, ¿cómo abordar esta situación con la persona involucrada?, ¿cómo preservar la privacidad del residente que debe ser separado frente a sus colegas y como facilitar su reintegración si la misma es posible?
4. ¿Cuál es el rol de un comité de ética/bioética hospitalario?

## 2. METODOLOGÍA

Siguiendo el método de la bioética narrativa, se presentan dos casos de médicos residentes (MR) con depresión que fueron presentados en el departamento de docencia. Los casos son reales y aunque fueron públicos, han sido descontextualizados (lugar y tiempo) y anonimizados. No fue posible localizar a uno de los in-



volucrados y el otro dio su consentimiento. Estos casos fueron el punto de partida para la reflexión del comité de docencia de la institución sobre la formación de residentes y la responsabilidad institucional hacia ellos y hacia los pacientes. Por lo que se tomaron como ejemplo para realizar entrevistas semiabiertas a personas claves del proceso de formación: el jefe de docencia (JD) de la institución, dos docentes de la Comisión de Docencia (CD) uno de los cuales participó en las decisiones tomadas para ellos, una docente encargada de la coordinación con la universidad (CA), la jefa de médicos residentes (JMR) y el psicólogo de la Clínica de Atención del hospital. (Psi) Todos aceptaron participar voluntariamente y firmaron un consentimiento luego de ser informados sobre la investigación, se les ofreció la opción de presentación anónima de sus respuestas (una sola persona lo solicitó) y ellos pudieron revisar sus respuestas antes del análisis. Se realizó un análisis cualitativo desde la perspectiva de los derechos humanos, tomando en cuenta las leyes y los reglamentos de docencia vigentes en Panamá. La investigación se enmarca en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Unesco 2005) y en la Declaración de Helsinki (AMM 1964-2013). La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Investigación del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, el 4 de mayo 2016. Financiamiento personal.

### 3. CASOS CLÍNICOS

1. Residente masculino en su segundo año de pediatría. Desde la mitad del segundo semestre sus compañeros observan que presta menos interés para sus obligacio-

nes de atención y que tienen que completarlas, discuten directamente con él sin informar a su jefatura. En diciembre, durante un turno presencial en neonatología, no responde a los llamados de la enfermera para un prematuro que presenta empeoramiento de su estado, y se va de la sala al tercer llamado. Su compañero de turno resuelve la situación y le pide explicaciones sin recibir respuesta por lo que reporta al caso al JD. El residente involucrado es citado, no niega lo ocurrido pero no explica su actitud. El JD realiza una encuesta y se entera de los antecedentes recientes además de episodios de depresión durante la adolescencia y en la universidad. En una segunda entrevista, el MR acepta que había recibido tratamiento por depresión, pero que dejó de tomar los medicamentos y asistir a las citas de su psiquiatra desde hace cuatro años porque consideró que no los necesitaba. Desde hace seis meses, se siente mal pero no quiso pedir ayuda. El JD decide darle vacaciones por adelantado, le recomienda asistir a psiquiatría, y le advierte que hubo una falta y que estará bajo vigilancia. Al cabo del mes, el psiquiatra tratante solicita otro mes de descanso y se otorga una licencia por enfermedad. Regresa con un informe verbal del psiquiatra de que es apto para continuar. Después de un mes, el residente nuevamente presenta síntomas de depresión a pesar de estar exento de turnos, y la atención que brinda es apenas conforme a las normas. Finalmente, abandona un turno y el JD, de acuerdo con la comisión de docencia y el abogado de la institución, pide una evaluación oficial a psiquiatría y le suspende de sus labores. El psiquiatra pide seis meses de licencia por enfermedad los cuales se otorgan. Al cabo de seis meses el residente no regresa,



sus compañeros se enteran de que intentó suicidarse y que abandonó la medicina.

2. Una médica estaba cursando sus estudios en otro país, y luego de terminar la licenciatura inició la especialidad de pediatría. Se casó durante sus estudios, pero las relaciones se complicaron y acabaron en un divorcio tormentoso. Ella se deprimió y necesito tratamiento medicamentoso y psicológico. Sus padres la trajeron de vuelta ofreciéndole su apoyo afectivo. Luego de cuatro meses su psiquiatra decidió que podía regresar a sus estudios como parte del tratamiento. La joven ingresa al hospital pediátrico docente e informa a las autoridades sobre su patología. A pesar de los ajustes de rotaciones, su rendimiento académico es irregular durante los seis primeros meses, mantiene buenas relaciones con los pacientes y sus madres, pero habla solo lo necesario con sus compañeros/as y jefes lo que le trae la hostilidad del grupo y ella considera abandonar la residencia. Con el apoyo de su médico tratante y de sus familiares ella logra superar estos episodios. Al terminar su residencia con éxito es nombrada en otro hospital pediátrico. En un ambiente que desconoce sus antecedentes y con mejor calidad de vida social, se estabiliza totalmente al punto que su psiquiatra le ofrece citas de control a demanda, y que su desempeño clínico es calificado como excelente por sus superiores.

## 4. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

### 4.1. RESPONSABILIDAD PRINCIPAL DEL CUERPO DOCENTE CLÍNICO

Las/los CD y la CA contestaron que su responsabilidad es hacia los niños por su vulnerabilidad y hacia los residentes por

ser aprendices; el JD pone de primero a la seguridad del paciente; el psicólogo considera que debe ser hacia los MR porque son ejecutores del instructor acompañante y que el mismo proceso de aprendizaje clínico implica la protección de los niños; la JMR (residente de último año) insiste sobre la responsabilidad institucional hacia la protección de los niños y considera que los MR son adultos autónomos responsables de sus decisiones.

### 4.2. SALUD MENTAL DE LOS/LAS RESIDENTES

El grupo de CD y CA, y la JMR consideran que es muy importante que la salud mental de todos las/los médicos/as candidatos/as a la residencia sea objeto de un diagnóstico honesto y responsable antes del ingreso y de un seguimiento apoyador durante la residencia porque tendrá que responder a continuas situaciones de estrés y asegurar la funcionalidad de la atención y el proceso de adaptación toma alrededor de seis meses. La CA insiste sobre la necesidad de un ambiente institucional amigable con tiempos para compartir y para actividades lúdicas de descompresión.

El JD considera que “los problemas de salud mental son difícilmente detectables. Si aparecen durante la residencia, se puede prolongarla (licencia), pedir un certificado psiquiátrico para el regreso, y ajustar las rotaciones clínicas en lo posible”.

Tanto la CA como la JMR consideran que es un “tema controversial y complejo. Es necesaria una buena salud mental porque el objeto es el paciente y la funcionabilidad del sistema de salud.” Las enfermedades mentales deben tratarse como todas las demás enfermedades sin discriminación y



la permanencia o no como médico(a) está ligada al control de la misma y a la funcionalidad del residente.

A su vez, la JMR considera que es necesario incorporar a un psiquiatra/psicólogo al jurado del examen de ingreso y al cuerpo docente del primer mes de inducción hospitalaria para la detección temprana de cualquier problema y su atención o separación; y contar con este especialista durante los primeros seis meses de adaptación a la responsabilidad hospitalaria (aun si está supervisado, el/la MR es el primero en tomar decisiones sobre un(a) paciente nuevo o en estado crítico como parte de su entrenamiento y por primera vez en su vida ya que hasta el momento era un estudiante sin responsabilidad médica y legal).

El psicólogo aclara que se debe separar las competencias para definir responsabilidad, “por ejemplo: la situación adictiva sin daño orgánico no anula la competencia como médico, pero se debe tener en cuenta las consecuencias psicosociales que impiden el desarrollo de estas funciones. Las fallas dependen de las competencias de la carrera: competencias blandas como capacidad de liderazgo, social, comunicación” y evitar la discriminación de las enfermedades mentales.

#### **4.3. ACCIÓN FRENTE A UNA FALTA MÉDICA POR UN MÉDICO CON DEPRESIÓN**

Todos coinciden en que se debe investigar todas las circunstancias del hecho antes de decidir una sanción por la comisión de docencia que incluya el comité de bioética clínica. Todos consideran que la depresión es una enfermedad, pero el CD insisten sobre la honestidad: “Si el MR estaba enfermo antes de ingresar debió señalarlo

por honestidad y seguridad del paciente. Si el diagnóstico se dio en el hospital no debería ser responsable”, “El MR es responsable hacia sí mismo y hacia el paciente pero a mitad con su propio médico tratante que debe darle un seguimiento estricto y dar su visto bueno para trabajar como en el segundo caso”.

El psicólogo considera que “el dolo se debe investigar independientemente de su salud mental” y considera que “La medicina es la única carrera que combina ambas figuras. El problema es la dualidad del/la residente que es a la vez estudiante y médico idóneo, pero al ser la residencia un postgrado hay corresponsabilidad del/la residente y de su tutor(a)”. La JMR considera que “la enfermedad no debe ser motivo de separación. La separación debe darse por evaluación profesional”.

La CA informa que el Ministerio de Salud está trabajando sobre un Decreto Ejecutivo para una Comisión técnica intersectorial de seguridad del paciente y un observatorio en el MINSA y los hospitales. Se debe “documentar el problema de salud mental que afecta el desempeño del/la MR con un examen de las relaciones interpersonales con todos los miembros del equipo, y establecer la obligatoriedad de tratamiento y rehabilitación para reintegrarse como parte del derecho del paciente a una atención integral y la consciencia del cargo por el/la MR.”

El psicólogo señala que “la competencia clínica del psicólogo permite la neutralidad con pruebas validadas sobre perfil de personalidad.” estas deben hacer parte de la investigación del hecho para determinar la gravedad de la falta. Todos coinciden que en última instancia, la institución



es responsable de la seguridad de los pacientes.

#### 4.4. RESPONSABILIDAD DE PSIQUIATRÍA

Al considerar las enfermedades mentales con el mismo estatus que las demás enfermedades, el CD y la JMR coinciden en que la comisión o la jefatura de docencia deben conocer el diagnóstico para una buena supervisión/apoyo y la protección de los pacientes y que “El docente no puede asumir el rol del psiquiatra”. Es responsabilidad y competencia del psiquiatra clínico hacer el diagnóstico al ser una enfermedad como cualquier otra, tal como un cardiólogo diagnóstica hipertensión arterial. La atención por medicina forense implica una ruptura de confidencialidad”. Solo se buscaría a medicina forense si el dolo implica una acción legal.

#### 4.5. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD HACIA EL/LA RESIDENTE

Todos consideran que hay un sesgo: siendo un hospital pequeño en el cual todo el mundo se conoce, la confidencialidad y la privacidad son parciales. Pero la JMR y los DC consideran que “Los/las MR son un grupo integrado que respeta al compañero. En general las autoridades docentes y administrativas son las últimas en enterarse de los problemas, cuando estos no pueden ser resueltos entre pares”. Pero “la protección de la vida del paciente no permite una confidencialidad absoluta, más cuando es necesario un permiso de regreso”; “Hay un bien común de por medio: el paciente, del cual deriva la necesidad de dar un diagnóstico a la comisión de docencia. El manual de cargo del director incluye vigilar por la seguridad del paciente”. “Una manera de evitar la dis-

criminación y de apoyarse entre residentes es a través de clases/talleres durante la inducción a la residencia, además del curso teórico existente y de la pasantía por el servicio de salud mental”.

El psicólogo considera que debe diferenciarse las funciones del psiquiatra tratante y las del psiquiatra forense: “El psiquiatra es un experto que emite opinión basada en una evaluación. Es el juez que toma la decisión. La evaluación psicológica común es confidencial. La evaluación pericial forense, al no ser un proceso terapéutico no hay ruptura de confidencialidad.”

#### 4.6. RELACIONES CON EL/RESIDENTE INVOLUCRADO

La JMR y la CD consideran que es necesario hablar directamente con esta persona antes de seguir con las investigaciones pertinentes, porque iniciar una investigación directamente podría ser contraproducente. El JD considera que esta conversación debe involucrar a la comisión de docencia para documentarla.

La CA insiste en que “existen mecanismos de atención y prevención a través de una comisión para este tipo de situación. Pero es responsabilidad del JD dar una introducción sobre relaciones”. El psicólogo considera que se debe ser prudente y “el proceso de investigación debe ser transparente, tener las evidencias pensando en las demandas porque es una condición que no impide terminar la carrera. Para ello se debe tener un protocolo previo y manejo multidisciplinario incluyendo un abogado para la decisión final”. “En la inducción se debe dar un espacio para informar sobre la toma de decisiones, los documentos fuentes sobre las faltas y las normas, la in-



formación sobre estos procesos debe estar despersonalizada”.

## 5. DISCUSIÓN

### 5.1. SEGURIDAD DEL/LA ENFERMO/A Y RESPONSABILIDAD MÉDICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) ha reiterado que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria y que requiere un esfuerzo multidisciplinario de prevención de los eventos adversos relacionados con la práctica clínica, los productos, los procedimientos o el sistema. Esta posición está basada en la publicación del informe sobre las muertes por errores médicos en Estados Unidos por Kohn, Corrigan y Donaldson (1999), llevando al diseño de programas de seguridad en los hospitales que favorecen la organización de los servicios (Fermariello 2016). Estos programas han sido desarrollados en Centroamérica desde el año 2010, pero, formados desde la universidad en la idea que los mejores médicos/as tienen los mejores conocimientos y habilidades para “no hacer daño” y “hacer el bien” de los/las enfermos/as (Slavin 2016), tanto los/las docentes como los/las residentes focalizaron su empeño en mejorar su intervención en clínica, delegando las demás medidas a otro personal de salud.

Los hospitales pediátricos en Panamá han permitido la presencia permanente de la madre o un familiar cercano durante las 24 horas desde los años ochenta, siguiendo la iniciativa del Hospital del Niño. Esta presencia ha permitido reforzar la seguridad en las salas de hospitalización, pero la comisión de docencia ha observado dos posiciones por parte de los/las

médicos/as: una posición defensiva con la prohibición a los/las MR de actuar sin su visto bueno en todos los casos o al contrario una delegación de la responsabilidad a la madre cuidadora. Por otra parte, el acento puesto por las administraciones sanitarias sobre la legalidad de los actos sanitarios, ha relegado la reflexión sobre la relación clínica a un segundo plano y el proceso de consentimiento informado se ha transformado en un acto administrativo legal, aumentando el miedo de los médicos residentes. Por todas estas razones, los docentes entrevistados consideran que no se puede dejar de lado la responsabilidad individual del residente como resultado de un proceso de reflexión frente a sus obligaciones.

Al mismo tiempo, la formación del cuerpo clínico docente en educación superior y su práctica tutorial le permite entender las dificultades de las/los residentes como se observa en sus respuestas sobre la posibilidad de flexibilizar el desarrollo del programa curricular.

A su vez, las/los residentes están atrapados entre sus múltiples responsabilidades: paciente y su familia, tutor(a) y subespecialistas. Además deben cumplir con el plan de aprendizaje teórico, tomando en cuenta el tiempo otorgado para cada una de ellas (Hospital del Niño, 2015). El enfoque de calidad exige un alto nivel de cumplimiento de las tareas asignadas y la falta de conocimientos y/o de habilidades es asimilada a una incapacidad y una falta de responsabilidad para ser un buen médico (caso dos). Frente a estas expectativas, las/los residentes ponen a su salud en segundo lugar negando su depresión (caso 1), hasta que los problemas rebasan su capacidad de adaptación (AdamedTV,



2016). Esto lo llevara a cometer errores e incumplir sus funciones llegando a poner en peligro a sus pacientes con daños irreversibles (Conquero, 2015). Frente esta posibilidad, el CD insiste sobre la responsabilidad individual para la seguridad del/la paciente y la calidad de la atención. Los/las residentes están sometidos a los reglamentos administrativos institucionales además de los reglamentos docentes. Éstos se refieren únicamente al desempeño académico y a los deberes y derechos como “estudiante/aprendiz”, con enfoque en la responsabilidad individual, aun cuando permite una adaptación del programa académico-clínico por motivos de enfermedad y dentro de unos límites aceptados por la universidad, el hospital-docente y los gremios médicos como apunta el JD. Pero los reglamentos administrativos están basados en la relación contractual entre el/la residente y la institución, lo cual limita la organización docente (JD).

## 5.2. SALUD MENTAL Y FUNCIONALIDAD

La OMS (2016) define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” Las dificultades de diagnóstico, de comunicación con familiares y colegas, de confrontar la muerte de un(a) niño/a, representan diferentes grados de estrés durante la residencia, que deben ser “superados” para seguir adelante como recuerda la JMR. No hay ningún curso del pensum académico en Panamá que incluya estos temas y el aprendizaje se hace durante las

rotaciones clínicas a través de la cultura de las instituciones y de los grupos (De-Camp 2016). El estado base de la salud mental del/la MR favorecerá un proceso más o menos rápido de este aprendizaje. Solo recientemente se han introducido seminarios sobre “humanización” de la atención en los cuales participaron el CD, y en los cuales se abordan temas como resiliencia y empatía, comunicación e información. Sin embargo, no se ha evaluado el impacto de estos cursos sobre el programa de enseñanza-aprendizaje ni sobre la salud mental de los residentes.

Para la OMS (2016), la depresión es un trastorno mental y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. El paciente con depresión presenta pérdida de interés y falta de concentración. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana, hasta el suicidio (caso 1). Sin embargo, la depresión puede ser tratada eficazmente si se tiene en cuenta los factores psicosociales de riesgo, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos (caso 2). Por ello, todos las/los entrevistados consideran que el diagnóstico psiquiátrico de funcionalidad es esencial.

La prevalencia de la depresión o de síntomas depresivos entre los médicos residentes del mundo varía entre 20,9% y 43,2%, o sea casi el doble de la población general (Macpherson 2015) y las ideas suicidas se encuentran en cerca de 11% de los estudiantes de medicina (Rotenstein 2016). En este hospital, los casos presentados constituyeron la primera experiencia de intervención del equipo docente y representaron una señal de alarma para el mismo.



El concurso de ingreso a la universidad y luego a la residencia exige la presentación de un certificado de buena salud mental y física. El propio candidato a la residencia puede negar su patología debido al desconocimiento de sus consecuencias o al miedo de ser rechazado porque su experiencia académica y clínica como estudiante le enseñó que la depresión se asocia a la falta de excelencia (Ansoleaga, 2015) tal como expresa el CD entrevistado. La solicitud de un examen y seguimiento psicológico durante los primeros meses de la residencia, así como el derecho a la información de los responsables docentes, propuesto por todos los entrevistados refleja su preocupación.

Pero el psicólogo institucional se muestra muy celoso de la confidencialidad de la relación clínica y admite una ruptura de esta confidencialidad solo cuando se trata de medicina forense por las obligaciones legales de sus funciones. La posición del CD puede tener varias explicaciones: –la responsabilidad hacia la población vulnerable que atiende– el paternalismo/maternalismo hacia los/las residentes y la presión externa que vigila la seguridad de las/los pacientes con una cultura de culpabilidad que afecta a los menos experimentados (Feldman L. y col.) –el Juramento Hipocrático que pone la prioridad sobre la no-maleficencia hacia las/los pacientes.

La solidaridad nacida de problemas comunes, favorece la aceptación de los/las colegas con problemas, como reporto la JMR. Además, los hospitales pediátricos en Panamá han tenido una visión de salud integral desde los años setenta alrededor de la niñez y su familia, y las respuestas del CD revela que aplica esta visión a las/los residentes de la misma manera que lo

hace para los/las pacientes; esto concuerda con la recomendación de la AMM en 2015 sobre el bienestar del médico para “prevenir o tratar las enfermedades crónicas que sufren los médicos”. Esta solidaridad efectiva puede ayudar al residente a superar su dificultad de relaciones con las demás personas (en primer lugar con su familia que puede estar al origen o parte importante de esta depresión), pero también con sus compañeras/os (casos 1 y 2) tal como señala la JMR.

Hay muchos estudios sobre el agotamiento (“burn out”) del personal sanitario y su repercusión sobre su salud y desempeño: la funcionalidad se pierde porque el/la médico/a pierde su capacidad de actuar como tal. La depresión ha sido menos estudiada porque la psiquiatría es considerada como una ciencia “suave” (Slavin 2016) o que la discapacidad provocada depende de las interpretaciones culturales condicionadas por los valores, el contexto, el lugar y el tiempo socio-histórico (Egea García, 2001). La Clasificación de la OMS (DSM-IV) define varios estados de discapacidad correspondientes a su funcionalidad, los cuales son importantes para objetivar la conducta de los/las residentes con depresión: es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un(a) residente (Feldman y col, 2008). Las respuestas de los/las entrevistados revelan que comparan esta visión desde una evaluación de la relación riesgos-beneficios, y por lo tanto no consideran adecuado que una persona con depresión no tratada y no controlada estudie medicina y menos pediatría.

Los Programas de Salud Médica han sido desarrollados en hospitales de Es-



tados Unidos desde 1970, para responder temprano, facilitar el tratamiento u ofrecer seguimiento a los problemas de agotamiento o de uso de medicamentos/drogas; la persona afectada firma un contrato que permite informar a su familia y sus empleadores de su participación en el programa cuando su salud/vida está en peligro; otros programas han privilegiado la tutoría personalizada (Baker y Sen, 2016)). En España, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) considera que es un deber ético de “inducir” la voluntariedad (como en nuestro primer caso) y la denuncia formal cuando el médico no brinda la información sobre su patología y pone así en peligro a los pacientes, (Artículo 22 del Código de Deontología Médica Español, Buenas Prácticas del Colegio Médico de Barcelona 2006). El Código de Ética del Colegio Médico de Panamá (2011), dictamina que las/los médicos tienen la responsabilidad personal de reconocer su enfermedad o dificultades para trabajar de manera eficaz y solicitar atención (Artículo 70), o de aceptar la recomendación de un(a) colega de hacerlo y que el Colegio Médico sea informado porque “El bien de los pacientes debe ser siempre prioritario.” (Artículo 71). La Comisión de Docencia actuó en este marco en ambos casos y todos las/los entrevistados mostraron su acuerdo con estos planteamientos en sus respuestas.

### 5.3. CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Los prejuicios sociales hacia las enfermedades mentales y la intromisión de los medios de comunicación en la vida privada de personas públicas en años recientes, puede ser una de las por las cuales el primer residente “borro” su enfermedad de sus

pensamientos. Sin embargo, la comisión de docencia ha promovido la enseñanza de la ética médica en el hospital y todos los entrevistados y en particular el psicólogo aseguraron que la confidencialidad y la privacidad son valores esenciales de la relación clínica y que se aplican a las/los médicos como enfermos, reflejando una directiva de la Asociación Médica Mundial de 2015: “Los médicos que evalúan y tratan a sus colegas no deben informar sobre ningún aspecto de la atención médico-paciente de ninguna manera, al igual que para sus pacientes que no son médicos.” Al mismo tiempo, el CD considera que el informe de funcionalidad de las/los residentes a su cargo, no viola este principio porque esta información se da entre colegas y es necesaria para la seguridad de todos. El programa de Salud Mental de la Universidad de Michigan delega a algunos psiquiatras la evaluación inicial de los residentes sin consignarla en su expediente clínico, con tratamiento fuera de la institución si fuera necesario, asegurando así la confidencialidad y privacidad (Baker y Sen 2016). En ambos casos presentados los psiquiatras tratantes no pertenecían al hospital y solo otorgaron un certificado de funcionalidad para la residencia y recomendaciones de protección del propio residente. Los docentes entrevistados no piden más y consideran que esta responsabilidad le compete a los psiquiatras y no a ellos.

### 5.4. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

En este hospital pediátrico las actividades lúdicas para las y los pacientes incorporan al personal de salud y le ofrecen momentos de descanso y relajamiento. Los programas académicos han integrados tiem-



pos de descanso post-turnos y horarios más corto (Ministerio de Salud, 2011). Pero las exigencias de un comportamiento honesto y responsable de las y los residentes no ha disminuido (Malouf, 2014), como lo subrayan nuestras entrevistas y como se ejemplariza en el segundo caso. Todos los docentes consideran que la responsabilidad institucional es hacia los/las pacientes; cuando existe un diagnóstico de depresión, el/la residente se transforma en enfermo/a y la responsabilidad institucional es de considerarlo como tal, ofreciéndole las garantías reconocidas (entrevistas).

Los programas de promoción de la salud mental hacen hincapié en la transformación del ambiente institucional y la organización del trabajo, y presentan a las personas afectadas como “víctimas” de un ambiente poco amistoso o con sobrecarga de trabajo individual. La cultura de “ausencia total de estrés” no favorece el proceso de madurez y responsabilidad necesario, si bien ha permitido mejorar la responsabilidad institucional. El rol del comité de bioética institucional es de provocar las discusiones sobre todos los aspectos de la relación clínica y del proceso de aprendizaje de los médicos y otras especialidades de salud. Así mismo participar en las decisiones de la comisión de docencia para que sea las más justas posibles.

## 6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Los derechos humanos y los valores de libertad, justicia social y dignidad de las personas, son esenciales para el desarrollo humano. En este marco es importante reconocer los factores de vulnerabilidad de los propios médicos para el desarrollo

de más investigaciones y así tomar medidas de protección de todos los actores de la relación clínica. El cuerpo docente clínico debe utilizar su sensibilidad médica para detectar algún problema de salud de los médicos en formación de manera temprana. El cuerpo docente entrevistado en un hospital pediátrico universitario de Panamá conviene que es necesario evitar el desarrollo de depresión con: adaptación del programa de enseñanza y de pasantías clínicas y de los turnos, tutoría personalizada, ambiente amigable y apoyo de una clínica institucional. Estas medidas responden a la primacía de la seguridad de las/los niños hospitalizados. En este marco consideran que la pediatría exige un alto sentido de autoresponsabilidad y funcionalidad, que la depresión puede anular por lo que aceptar un(a) residente con depresión es riesgoso y demanda información de su estado y supervisión. Será necesario realizar más investigaciones sobre la salud mental de los médicos residentes antes, durante y al terminar su formación, así como sobre los factores protectores y los agravantes y el impacto de las medidas desarrolladas. Esto es especialmente relevante dada la limitación a dos casos de este estudio, por lo que ampliar el tamaño de la muestra será un requisito indispensable para obtener resultados más significativos en esos futuros estudios e investigaciones.

Los dos primeros casos de médicos con depresión obligaron a la comisión de docencia a investigar sobre el tema y a repensar la organización académica de la residencia tomando en cuenta las prioridades del sistema de salud y las aspiraciones de las/los residentes:



- Considerando los cambios sociales que influyen sobre el desempeño de los residentes, los encargados de docencia deben estar atentos a toda nueva situación sin esperar que se acumulen casos similares, para estudiar estos problemas.
- Considerando el derecho humano a la seguridad de la atención de salud, es necesario realizar investigaciones sobre las posibilidades y los límites de la inserción de personas con discapacidad emocional/de salud mental en las carreras de salud según el perfil de funciones de cada una de estas.
- La información sobre los problemas psicológicos que pueden desarrollar los estudiantes de medicina frente a situaciones de estrés a veces sin tiempo de recuperación, debería hacer parte de la orientación al momento de elegir esta carrera y nuevamente antes de concursar para una residencia. Esta evaluación le permitiría “conocerse a sí mismo/a” y los límites de sus capacidades; paralelamente crear cursos o seminarios sobre los aspectos positivos y negativos de las diferentes especialidades médicas para que la elección sea debidamente razonada (similar al proceso de consentimiento informado para los procedimientos clínicos o las investigaciones).
- La educación médica debe tomar en cuenta las influencias de los determinantes de la salud sobre el proceso de salud-enfermedad. Por lo tanto, la residencia debe ser diseñada diferenciando la formación de especialistas hospitalarios de la atención primaria. En este segundo caso, la pasantía hospitalaria debe ser más corta y dirigida

hacia el conocimiento de las medidas de atención de urgencia y de las posibles complicaciones de una atención inapropiada en el primer nivel.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adamedtv, 2016, “Cuando los pacientes con enfermedades mentales son profesionales médicos” 25 enero, 2016 <http://www.adamedtv.com/trastornos-mentales/cuando-los-pacientes-con-enfermedades-mentales-son-profesionales-medicos/>.
- Ansoleaga, E., “Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público”. *Rev. méd. Chile* [online]. 2015, vol.143, n.1 [citado 2016-10-07], pp.47-55. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000100006&lng=es&nrm=iso). ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100006>.
- Asamblea Legislativa de Panamá, “Decreto Ejecutivo 119 Del reglamento general de los médicos internos y residentes”, *Gaceta Oficial* 24816, 08-06-2003, República de Panamá, [http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/de\\_119-de-2003-reglamento\\_med\\_res\\_e\\_internos.pdf](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/de_119-de-2003-reglamento_med_res_e_internos.pdf).
- Asociación Médica Mundial, “Declaración sobre el Bienestar de los Médicos”, 66a Asamblea General de la AMM, Moscú, Rusia, octubre 2015, <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/p9/>.
- Baker K., SEN, S., “Healing Medicine’s Future: Prioritizing Physician Trainee Mental Health”, *AMA Journal of Ethics*,



- Medical Education, Estados Unidos, June 2016, Volume 18, Number 6: 604-613, 2016, [www.amajournalofethics.org](http://www.amajournalofethics.org).
- Colegio Médico de Barcelona, “Com actuar quan un metge és portador del virus de la immunodeficiència humana o dels virus de l’hepatitis B o C”, Segona edició del *Quaderns de la Bona Praxi*, núm.7, 2006.
- Colegio Médico de Panamá, “Código de ética del Colegio Médico de Panamá 2011”, Panamá, <http://www.colegiomedicopanama.com/es/código-de-ética>.
- Conquero, B. V., “Los problemas de salud mental aumentan entre los médicos jóvenes”, *La Razón*, 15 de abril de 2015. [http://www.larazon.es/atusalud/los-problemas-de-salud-mental-aumentan-entre-los-medicos-jovenes-HF9456108?sky=Sky-Mayo-2016#Ttt119YP\\_fmplignV](http://www.larazon.es/atusalud/los-problemas-de-salud-mental-aumentan-entre-los-medicos-jovenes-HF9456108?sky=Sky-Mayo-2016#Ttt119YP_fmplignV).
- Decamp M., Riggs K.R., “Navigating Ethical Tensions in High-Value Care Education”, *Jama*, 2016;316(21):2189, doi: 10.1001/jama.2016.17488. <http://click.alerts.jamanetwork.com/click/dpx26-5c70n4-4yhd82p8/>.
- Egea García, C., Sarabia Sánchez, A., “Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad”, *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 2001 número 50, p 15-30, 2001, ISSN: 1696-0998 Murcia, España, [www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia\\_clasificaciones.pdf](http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf).
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N, De Pablo, J., “Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos”, *Univ. Psychol*, vol. 7, no. 3, p. 739-751, Bogotá Sep. / Dec. 2008.
- Editorial, “Patient safety is not a luxury”, *The Lancet*, Volume 387, No. 10024, p1133, 19 March 2016, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30003-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30003-4).
- Horton, R., “Offline: The rule of law-an invisible determinant of health”, *The Lancet*, p. 1260, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), Vol. 387, No 10025, p 1260, March 2016, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30061-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30061-7).
- Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, “Programa de residencia de pediatría” <http://hn.sld.pa/wp-content/uploads/2016/07/Programa-universitario-de-residencia-de-pediatria.pdf>.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S., Editors, “To Err is Human: Building A Safer Health System”, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine Health and Medicine Division, The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine, Washington, 1999 DOI: 10.17226/9728 <http://www.nap.edu/download/9728>.
- Macpherson, A., “El 30% de residentes deprimidos”, *La Vanguardia*, 28/12/ 2015 <http://www.lavanguardia.com/vida/20151228/301066447471/30-medicos-residentes-deprimidos.html>.
- Malouf, W., “Winning Essay Redefining Professionalism in an Era of Residency Work-Hour Limitations”, *AMA Journal of Ethics*. Estados Unidos, February 2015, Volume 17, Number 2: p 124-128. Conley Essay Contest <http://journalofethics.ama-assn.org/2015/02/conl1-1502.html>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), “Seguridad del paciente”, 2004, <http://www.who.int/patientsafety/es/>.



- Organización Mundial de la Salud (OMS), “Determinantes Sociales de la Salud”, 28 ago 2008, [www.who.int/social\\_determinants/final.../csdh\\_report\\_wrs\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final.../csdh_report_wrs_es.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (OMS), “Salud mental: un estado de bienestar”, 2016, [www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).
- Organización Mundial de la Salud (OMS), “Trastornos mentales”, Nota descriptiva N° 396, Abril de 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Mphil, Torre M., “Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Jama*, 2016; 316(21):2214, doi:10.1001/jama.2016.17324, <http://click.alerts.jamanetwork.com/click/dpx26-5c70nc4yhd82p5/>.
- Slavin S. J., “Editorial: Medical Student Mental Health”, *Jama*, 2016; 316(21):2195, doi:10.1001/jama.2016.16396, <http://click.alerts.jamanetwork.com/click/dpx26-5c70nf-4yhd82p8/>.
- Wasson L. T., Wasson, M. D., M. P. H., Amberle Cusmano, M. A., Laura Meli, M. S., Ed., et al., “Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being: A Systematic Review”, *Jama*, 2016;316(21):2237, doi:10.1001/jama.2016.17573, <http://click.alerts.jamanetwork.com/click/dpx26-5c70ne-4yhd82p7/>.

---

# PERSPECTIVAS BIOMÉDICAS DE LA MATERNIDAD SUBROGADA\*

---

NICOLÁS JOUVE DE LA BARREDA

## RESUMEN

La maternidad subrogada se refiere a la implantación de un embrión creado por la tecnología de la fecundación in vitro (FIV) en una madre sustituta, o madre gestante, mediante un contrato con ella. Puede implicar a las familias naturales (mujer y hombre) con problemas de infertilidad o no, o a familias monoparentales o biparentales del mismo sexo. Atendiendo al origen de los gametos usados en la FIV surgen diversas situaciones en la relación genética del niño con la madre gestante y los padres comitentes. La maternidad subrogada se planteó en principio como una opción para solucionar problemas de infertilidad. Sin embargo, se ha convertido en una práctica posible y atractiva como fuente de recursos económicos para mujeres pobres. Los casos de maternidad por acuerdo, sin mediar un contrato, son excepcionales y no son apropiadamente “maternidad subrogada” sino de “maternidad altruista” debiendo ser considerados como casos de fertilización in vitro heteróloga. En este artículo se analizan las indicaciones sobre la utilización de la maternidad subrogada. También se tratan los aspectos médicos, genéticos y bioéticos que plantea esta nueva derivación de la fecundación in vitro. Como puntos de especial atención se plantean una serie de preguntas: ¿Se utiliza preferentemente para solucionar problemas de infertilidad?, ¿No es esto en la práctica una nueva forma de utilización de la mujer?, ¿no supone un atentado a la familia natural?, ¿No supone además un atentado a la dignidad de los seres humanos?

*Palabras clave:* FIV, madre genética, madre subrogada, maternidad subrogada, padres comitentes

## 1. ¿EN QUÉ CONSISTE LA MATERNIDAD SUBROGADA?

La maternidad subrogada implica el nacimiento de un niño que es gestado por una mujer ajena a quien desea tener el hijo, bien una pareja con problemas de infertilidad, una mujer sola o un varón solo. Para ello se utiliza alguna de las alternativas que ofrece la reproducción humana asistida, pudiendo el óvulo ser aportado

por la mujer que va a gestar, en cuyo caso se recurre a la inseminación artificial, o ser implantando un embrión producido por fecundación in vitro (FIV) procedente o no de los padres que van a adoptar al niño.

En este tipo de actividad, como en otros relacionados con las aplicaciones biomédicas en el campo de la reproducción humana hay un cierto abuso del lenguaje y se tienden a utilizar los eufemismos. Bien está tratar de explicar las cosas de

---

\* *Cuadernos de Bioética*, XXVIII 2017; 2: 153-162.

modo suave y decoroso, –como define los eufemismos la RAE–, pero es importante no enmascarar el auténtico significado de los hechos que se practican. Lo cierto es que las expresiones “vientres de alquiler”, “maternidad por sustitución” e incluso “gestación subrogada”, que son las usualmente utilizadas, adolecen de cierta opacidad respecto al hecho al que se refieren. En primer lugar, no se trata de un vientre de alquiler, sino de una “madre de alquiler”, ya que lo que se está haciendo es contratar a una persona en su integridad, no solo su vientre, para que lleve a cabo la gestación que quien la contrata no desea o no puede llevar a cabo. Tampoco parece correcto hablar de “maternidad por sustitución” ya que desde la perspectiva biológica y genética la maternidad no es sustituible y o hay maternidad genética (la madre que aporta el óvulo) o hay maternidad fisiológica (la madre gestante). Por último, denominar a esta práctica “gestación por sustitución” es precisamente ocultar la palabra maternidad, lo que resulta inadecuado pues ser madre supone mucho más que gestar y dar a luz un hijo. Por todo ello, parece más adecuado hablar de “madre de alquiler” o “maternidad subrogada”, que es lo que describe mejor los hechos que se llevan a cabo.

En la práctica jurídica se denominan “padres comitentes” a los que contratan la gestación y después adoptarán al niño y “madre gestante” o “madre subrogada” a la mujer contratada para llevar a cabo el embarazo. Este tipo de reproducción se presta tanto a su aplicación a las familias biparentales de varón y mujer, como a parejas de homosexuales varones o mujeres, mujer sola o varón solo.

Atendiendo a la procedencia de los gametos que generan el embrión producido por fecundación *in vitro* que anidará en el útero de la madre gestante, habría que distinguir varios tipos de subrogación: “sin donación” ajena a los padres comitentes, de modo que el embrión se genera con óvulo y espermatozoide de ambos; de “donación total”, cuando ninguno de los dos gametos proceden de quien hace el contrato, en cuyo caso el embrión que se implanta proviene de donantes normalmente anónimos, por lo que ni la madre gestante ni los padres adoptivos tienen relación genética con el bebé; de “donación parcial de comitente”, cuando uno de los gametos es del padre o la madre comitente y el otro de un donante, en cuyo caso hay una semivinculación genética entre el padre o madre comitente y el niño (el 50% de sus genes); y de “donación parcial de gestante”, cuando la madre gestante aporta el óvulo, lo que supone que existe un vínculo genético entre ella y el niño.

Dado que la maternidad subrogada puede implicar a familias naturales (mujer y varón) o a familias monoparentales o biparentales del mismo sexo, en la práctica de la maternidad subrogada resultan implicadas muchas personas: la madre genética o biológica –la donante del óvulo– (que podría ser la madre gestante, o la comitente o una donante ajena); el padre genético o biológico que es el donante del espermatozoide; la madre gestante o fisiológica; el marido o pareja de la madre gestante; la mujer o varón comitente, que ha encargado el bebé; y la pareja de la mujer o varón comitente. No es extraño que dada esta complejidad de participantes haya una amplia casuística de casos conflictivos, casi siempre por disputa de derechos sobre el niño.



## 2. ¿QUIÉN O QUIÉNES RECURREN A LA MATERNIDAD SUBROGADA?

Al igual que la fecundación in vitro, la maternidad subrogada se planteó en principio como una opción para solucionar problemas de infertilidad con el fin de ayudar a que las mujeres con problemas médicos claramente definidos pudieran tener sus propios hijos genéticos. Los problemas de infertilidad se pueden deber a diferentes causas: útero no receptivo, abortos espontáneos recurrentes, fallo repetido de FIV u otros problemas médicos. Sin embargo, de acuerdo con Van den Akker<sup>1</sup> en un estudio que incluye datos actuales de todo el mundo, solo una mínima parte del 15% de las parejas que tienen problemas de infertilidad recurren a la maternidad subrogada como un recurso alternativo a la FIV debido a que la posibilidad de obtener el hijo deseado por este procedimiento es tan baja como por la propia tecnología de la FIV.

Lo cierto es que la contratación de una mujer para gestar un hijo, se ha convertido en una práctica posible y atractiva como fuente de recursos económicos a cambio de un embarazo para mujeres pobres en los países en que esta práctica está autorizada. Es además el modo en que una mujer estéril o no, con pareja o no, un varón o una pareja de homosexuales, con suficientes recursos económicos, pueden conseguir un hijo mediante un contrato de una mujer gestante. Por ello, cuando se habla de maternidad subrogada se habla de una gestación por encargo, que quien puede costearlo lo hace, con independencia de

las razones, sean médicas o para satisfacer un deseo personal de tener un hijo.

También se suele incluir en el mismo contexto el caso de un acuerdo entre personas allegadas, por medio del cual una mujer ajena a quien desea tener un hijo, se presta a llevar a cabo el embarazo casi siempre por motivos de vínculos familiares o de amistad y sin que medie un contrato remunerado. En realidad estos son casos excepcionales y tampoco deben considerarse con propiedad una “maternidad subrogada”. Más bien se debería llamar “maternidad altruista” o “acuerdo de gestación altruista” y debería ser considerada como un caso más dentro de fecundación in vitro heteróloga.

## 3. MATERNIDAD SUBROGADA

### Y REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

No es posible hoy ni previsible en el futuro la utilización de “incubadoras artificiales” por lo que la maternidad subrogada solo es viable acudiendo a las tecnologías de la reproducción humana asistida y contando con una madre gestante. Hay que dejar a un lado las fantasías sobre cualquier alternativa futura de carácter tecnológico. Una placenta humana no es sustituible por ningún medio artificial. El desarrollo de un embrión tras la fecundación hasta la octava semana y del feto a partir de la novena semana, es un proceso de expresiones genéticas programadas por el genoma del propio embrión y reguladas espacio-temporalmente. Se trata de un proceso delicado y muy dependiente de las condiciones ambientales.

En el claustro materno y durante la gestación se está produciendo un traslado de metabolitos entre el embrión y la madre.

1 Van den Akker, O. “Surrogate motherhood: a critical perspective”. *Expert review of obstetrics & gynecology*. 5 (1), (2010), 5-7.



Hay un diálogo molecular que comunica al feto en crecimiento con la madre que lo acoge, de lo que depende el desarrollo armónico del nuevo ser<sup>2</sup>. La placenta humana es tan compleja que penetra en el útero materno, y el feto, al tiempo que se desarrolla, debe poder captar los nutrientes suficientes y eliminar sus productos de desecho mientras permanece en el útero, lo que requiere una interacción complejísima imposible de suplantar por ninguna tecnología que se desee aplicar.

Las técnicas de reproducción humana asistida surgieron a finales de los años setenta como una tecnología de apoyo a las parejas con problemas de infertilidad. Se trata de una tecnología desarrollada por los Dres. Robert Edwards y Patrick Steptoe en Gran Bretaña y cuyo primer logro se produjo en 1978 con el nacimiento de la niña Louise Joy Brown en el Reino Unido<sup>3</sup>. Hoy se estima que nacen cerca de cuatro millones de niños al año en el mundo por esta tecnología<sup>4</sup>. Aunque hay diferentes modalidades de FIVET, dependiendo de la procedencia de los gametos y los modos de llevar a cabo la fecundación y/o la implantación, el éxito es muy bajo sin que tras años de aplicación se haya

conseguido elevar el rendimiento por encima de un 40%, dependiendo de los centros en que se lleva a cabo. También hay que señalar el cúmulo de derivaciones y problemas éticos que ha generado esta tecnología, casi todos ellos relacionados con la instrumentalización de los embriones, que son congelados, seleccionados, eliminados o utilizados en experimentación o en investigación biomédica.

Desde un punto de vista biológico cuando hablamos de reproducción solo cabría hablar de los padres biológicos o genéticos, la madre que aporta el óvulo y el padre que aporta el espermatozoide. Sin embargo, la FIVET introdujo como novedad los casos de fecundación heteróloga, con óvulo y/o espermatozoide de donantes. Esto implica, en los casos de maternidad subrogada con donación total o parcial de gametos, la pérdida total o parcial del vínculo genético del hijo que nacerá tras la implantación del embrión en el útero de una mujer ajena, pudiendo quedar en el anonimato la relación del embrión con sus auténticos progenitores genéticos. No debe despreciarse además el hecho del esfuerzo físico, fisiológico y psicológico de la madre que lleva en su seno al bebé. La ley señala que la madre gestante tiene a su favor la presunción de maternidad derivada del parto, pero deja de aplicarse cualquier derecho sobre el hijo cuando exista una prueba genética de filiación que no la favorezca.

Dada la posibilidad de llevar a cabo una maternidad subrogada con gametos o embriones ajenos a los padres comitentes y la madre gestante, pueden surgir problemas para el niño que es concebido en estas condiciones cuando más adelante desee saber su origen genético. En caso de conflicto, o de dudas sobre quien donó el

2 López-Moratalla, N. «Comunicación materno-fetal en el embarazo». *Cuadernos de Bioética*. XX(3), (2009), 303-315.

3 El 4 de octubre de 2010 la Academia Karolinska de Estocolmo hizo público la concesión del Premio Nobel de Fisiología o Medicina al fisiólogo Robert Edwards por su contribución al desarrollo de la tecnología de la fecundación in vitro. Esta concesión se produjo más de treinta años después del nacimiento del primer niño por este procedimiento.

4 En marzo de 1984 nació en Los Ángeles el primer bebé de un óvulo fertilizado de una mujer diferente a la gestante (donación de óvulo, o fecundación in vitro heteróloga). En abril del mismo año, nació en Melbourne, la niña Zoe Leyland de un embrión previamente congelado.



óvulo o el espermatozoide, es decir quién es la madre o el padre biológico del niño cuya maternidad o paternidad se disputa, se puede recurrir a las pruebas de paternidad a partir del ADN de los potenciales donantes, pero para eso hace falta tener datos de su trazabilidad.

Con las pruebas de ADN se podría acreditar la filiación o vínculo genético de los verdaderos padres, lo que se sobrepondría al derecho por razón de la gestación.

#### 4. ASPECTOS BIOMÉDICOS

La maternidad subrogada supone un largo proceso que implica a varias personas y requiere varios tipos de procedimientos: la obtención de los gametos: óvulos y espermatozoides, la producción de los embriones mediante FIV, y su transferencia al útero de la mujer contratada para la gestación. En cada una de estas fases, que pueden afectar a distintas personas existen problemas de diferente índole que han de tenerse en cuenta y que exigen el obligado “consentimiento informado” y la libre aceptación por parte de todas las personas implicadas.

En primer lugar, la madre genética, que es la que aporta el/los óvulo/s necesario/s para la FIV –que podría ser la comitente, la gestante o una donante ajena al contrato de la maternidad subrogada–, debe conocer los posibles riesgos que conlleva el procedimiento de estimulación ovárica. Se trata de crear un ambiente hormonal que estimule el desarrollo celular múltiple a nivel folicular de forma sincrónica hasta el estado de madurez, con el fin de producir la ovulación y provocar la liberación de uno o más óvulos en un ciclo estimulado farmacológicamente. Para ello,

existen diferentes tipos de tratamiento y cierta discusión sobre los protocolos y dosis de su administración. La estimulación ovárica es un tratamiento agresivo para la fisiología femenina ya que fuerza un tipo de ovulación múltiple contra natura, con el fin de obtener en un ciclo el mayor número de óvulos para su uso posterior en la FIV. El método habitual consiste en un tratamiento con gonadotropina coriónica humana (hCG) para activar la ovulación<sup>5</sup>. La mayoría de los centros en los que se practica la reproducción asistida llevan a cabo este tratamiento hormonal con el fin de lograr la estimulación ovárica y la producción de múltiples folículos que faciliten la aspiración folicular<sup>6</sup>.

La administración de la hCG para ayudar a activar la ovulación puede inducir el llamado “síndrome de hiperestimulación ovárica” (OHSS) que puede tener menor o mayor gravedad y puede llegar a afectar al 10% de las mujeres que donan sus óvulos. El OHSS es una complicación iatrogénica de la tecnología de reproducción asistida que se caracteriza por el agrandamiento quístico de los ovarios y una expulsión de fluido del espacio intravascular debido a un aumento de la permeabilidad capilar y una neoangiogenesis ovárica<sup>7</sup>. Su impacto en la salud general de la mujer así tratada puede ser muy perjudicial y en ocasiones se han producido alteraciones muy graves. La relación entre la hCG y el OHSS

- 5 Diedrich K., Van der Ven H., Al-Hasani S., and Krebs D. «Ovarian Stimulation for in-vitro fertilization». *Hum. Reprod.* 3, (1988), 39-44.
- 6 Steptoe P.C, Edwards R.G, «Reimplantation of a human embryo with subsequent tubal pregnancy». *Lancet.* 1, (1976), 880.
- 7 Kumar, P., Farouk Sait, S., Sharma, A., Kumar, M. «Ovarian hyperstimulation syndrome». *J Hum Reprod Sci.* 4(2), (2011), 70-75.



se piensa que es debida a la producción de una molécula angiogénica, un factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF). Se estima entre 3 y 6% la incidencia de un OHSS moderado, mientras que la forma severa puede ocurrir en 0,1-3% de todos los ciclos<sup>8</sup>.

La mayoría de las mujeres que padecen la afección tienen síntomas tales como distensión abdominal, dolor leve en el abdomen y aumento de peso. En algunos casos, las mujeres pueden tener síntomas más serios, como aumento considerable de peso, dolor intenso o hinchazón en el abdomen, disminución de la micción y dificultad para respirar. Dados todos estos riesgos es obligado el conocimiento de los mismos y el “consentimiento informado” por parte de la mujer que se somete a estimulación ovárica.

El tratamiento de FIVET que se sigue para la maternidad subrogada es el rutinario en cuanto a la transferencia de los embriones, que pueden ser frescos o descongelados. Los resultados del tratamiento también son similares a una FIVET ordinaria con embriones derivados de mujeres jóvenes transferidos a mujeres fértiles también jóvenes. En cualquier caso también habrá que informar al/los comitente/s sobre el bajo éxito de la FIVET, y sobre los procedimientos médico-asistenciales que fuere necesario atender en su caso a la madre gestante.

Respecto al rendimiento de la aplicación de la maternidad subrogada a partir de la FIVET, hasta hace poco los estudios se limitaban a pequeñas series de casos, con un resultado en cuanto a tasas de embar-

zo del 17 al 50%. Sin embargo, en el año 2015 se publicó una revisión sintetizando la mayor serie de datos de maternidad subrogada mediante FIVET<sup>9</sup>. El estudio incluye los aspectos médicos, psicológicos y legales y se basa en los datos de 333 ciclos consecutivos de maternidad subrogada llevados a cabo en Canadá entre 1998 y 2012. De los 333 ciclos de estimulación ovárica se lograron 178 embarazos (53,4%), incluyendo la transferencia de óvulos frescos y congelados. En el 49,2% de los ciclos, fueron utilizados óvulos autólogos y en el 50,8% restante los óvulos eran de donante. De los 178 embarazos, 142 siguieron su curso hasta superar las 20 semanas o terminar con un nacimiento y los 36 embarazos restantes no llegaron a término al producirse un aborto espontáneo (25,4%). El éxito global de la FIV aplicada la maternidad subrogada fue del 42,6%.

El estudio incluye una clasificación de los casos de maternidad subrogada en dos grupos. El primero (n = 96; 132 ciclos, tasa de embarazo 50,0%) responde a la solicitud de maternidad subrogada por madres habían recurrido previamente a la FIVET con fallo recurrente de la implantación de los embriones, más los casos de mujeres con abortos espontáneos recurrentes.

El segundo grupo (n = 108, 139 ciclos de embarazo tasa de 54,0%) correspondía a mujeres con “embarazo imposible”, e incluía casos de síndrome de Asherman<sup>10</sup>

8 Diedrich K., et al, op.cit. 39.

9 Dar, S., Lazer, T., Swanson, S., Silverman, J., Wasser, C., Moskovtsev, S.I., Sojecki, A., Librach, C.L. «Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issues: experience from a large surrogacy». *Hum Reprod.* Feb;30(2), (2015) 345-352.

10 El síndrome de Asherman es una afección poco común. Consiste en la formación de tejido cicatricial



grave, agenesia uterina, malformaciones uterinas y enfermedades médicas maternas. Se analizó por separado un tercer grupo de parejas del mismo sexo masculinas y solteros ( $n = 52$ , 62 ciclos, tasa de embarazo 59,7%). Los resultados son los siguientes.

El primer grupo, de madres de una edad media de 40,3 años, dio como resultado 66 embarazos (50,0%) con 17 abortos (25,8%) y 46 nacimientos confirmados (34,8%). Respecto al segundo grupo, de madres de una edad media de 35,9 años y “embarazo imposible” dio como resultado 75 embarazos (54,0%) con 15 abortos (20,0%) y 56 nacimientos confirmados (40,3%). El embarazo, aborto y las tasas de nacidos vivos entre los dos grupos no fueron significativamente diferentes. En resumen, hubo alrededor de un 25% de abortos y se produjeron un 9,8% de complicaciones en la madre gestante durante el embarazo. Por otra parte, el 1,8% de los bebés nacidos presentaron anomalías fetales. Todos estos datos se pueden considerar muy semejantes a los derivados de la práctica común de la FIVET<sup>11</sup>.

Desde la perspectiva biomédica hay que tener en cuenta las implicaciones psicológicas para todos los sujetos implicados en la maternidad subrogada. Aunque esta práctica es reciente y no hay grandes series de datos sobre estudios psicológicos, son cada vez más los expertos que destacan la importancia de los vínculos afectivos creados entre la madre gestante y el bebé

durante la gestación. No es descabellado asumir, que tras un embarazo, rota la relación con un hijo tras el nacimiento, pueda quedar afectado el desarrollo psicológico normal del niño o la niña, particularmente cuando él o ella se enteran de su origen por subrogación, si llegan a enterarse, y también de la madre gestante. Es un daño potencial que debe ser considerado.

En un estudio sobre la aplicación de la maternidad subrogada a personas homosexuales y transexuales se señala que aunque estas personas no deben ser discriminadas respecto a la aplicación de esta tecnología por su orientación sexual, sí constituye un motivo de preocupación los posibles efectos negativos para el desarrollo psicológico de los niños<sup>12</sup>.

Durante el embarazo se establece una relación íntima y de simbiosis entre el bebé y la madre gestante que quedará interrumpida tras el nacimiento. La dependencia tiene su reflejo en la fisiología del cerebro de la madre durante el embarazo en íntima relación con los patrones de desarrollo del niño. De acuerdo con estudios sobre la fisiología del cerebro materno, durante un embarazo se produce una adaptación múltiple de la fisiología de la madre para optimizar el crecimiento y el desarrollo fetal, con el fin de proteger al feto, preparar el parto y asegurar un cuidado maternal adecuado después del parto. Muchas de estas adaptaciones son organizadas por el cerebro de la madre mediante cambios en el sistema neuroendocrino, bajo la in-

en la cavidad uterina. En la mayoría de los casos, el problema se presenta después de una cirugía en el útero en mujeres que se han sometido a algunos procedimientos de dilatación y legrado.

11 Dar, S., et al., op.cit. 345.

12 DeWert, G., Dondorp, W., Shenfield, F., Barri, P., Devroey, P., et al. «ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people». *Human Reprod.* 29(9), (2014), 1859-1865.



fluencia de las hormonas del embarazo<sup>13</sup>. Se ha demostrado que hay una sincronía que coordina los patrones de cuidado maternal, mediado por la presencia de la oxitocina<sup>14</sup> y otros neuropéptidos que influyen en el estado de stress y tensión psicológica de la madre, como respuesta a las señales procedentes del feto durante el embarazo<sup>15</sup>. También se han demostrado efectos sobre los patrones de vínculo de la madre con el hijo a través de la detección de estímulos, mediante electroencefalogramas en madres de 3 a 6 meses de embarazo, que evidencian la especial sensibilidad hacia el hijo que gestan<sup>16</sup>.

Además, existe evidencia de que células troncales procedentes del feto pasan a la sangre circulante durante el embarazo y llegan a instalarse en diferentes tejidos maternos, contribuyendo incluso a la reparación de algún daño<sup>17</sup>. Por poner un ejemplo, estudios con ratones han demostrado que cuando la madre sufre

un problema vascular durante el embarazo, como un infarto miocárdico, el feto proporciona células troncales para la regeneración del tejido fino cardíaco dañado<sup>18</sup>. ¿Puede haber una demostración más patente de la simbiosis entre el hijo y su madre gestante? El hijo protege a su madre a cambio de que la madre le dé cobijo y contribuya a alimentarle y a completar su desarrollo durante el embarazo. Pero además, las células madre del feto van a quedar dispersas por el organismo de su madre a lo largo de su vida, como un recuerdo del embarazo y un seguro para su propia salud. Esto unido a los efectos sobre el desarrollo del cerebro refuerza la afirmación de la relación psicológica imborrable que se establece entre la madre gestante y el niño.

Por último, los padres comitentes también sufren la presión psicológica. Estos no pueden estar completamente seguros de que la madre sustituta no romperá el contrato durante los nueve meses del embarazo, o que incluso uno de los donantes genéticos no intente demandar la custodia del niño.

## 5. ASPECTOS BIOÉTICOS

La maternidad subrogada se enfrenta a una serie de situaciones que se añaden a las cuestiones habitualmente atribuidas a la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida. Como temas específicos se plantean una serie de preguntas: ¿Se trata sólo de solucionar problemas de infertilidad?, ¿no estamos ante una nueva

- 13 Brunton, P.J., Russell, J.A. "The expectant brain: adapting for motherhood". *Nature Reviews Neuroscience*. 9, (2008), 11-25.
- 14 La oxitocina es un neuropéptido cuyos efectos son de bienestar, confianza y efectos sobre la predisposición ante los demás. Por eso la oxitocina juega un papel fundamental en el vínculo entre la madre y el feto durante la gestación y con y el cuidado del bebé después del nacimiento.
- 15 Atzil, S., Hendler, T., Feldman, R. «Specifying the neurobiological basis of human attachment. Brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers». *Neuropsychopharmacology*, 36 (13), (2011), 2603–2615.
- 16 Bornstein, M.H., Arterberry, M.E., Mash, C. «Differentiated Brain Activity in Response to Faces of "Own" Versus "Unfamiliar" Babies in Primipara Mothers: An Electrophysiological Study». *Dev Neuropsychol*, 38(6), (2016), 365-385.
- 17 Demirhan, O., Çekin, N., Taştemiz, D., Tunç, E., Güzel, A.I., Meral, G., Demirbek, B. «Are there fetal stem cells in the maternal brain?». *Neural Regen Res*. 5, 8(7), (2013), 593–598.

- 18 Kara, R.J. et al. «Fetal Cells Traffic to Injured Maternal Myocardium and Undergo Cardiac Differentiation». *Circulation Research*. Nov. 14, (2011). DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.111.249037



forma de explotación de la mujer?, ¿no supone un atentado a la familia natural?, ¿no supone además un atentado a la dignidad del hijo? En los párrafos siguientes veremos algunos aspectos de todas estas cuestiones.

Respecto a la cuestión de si se trata sólo de solucionar problemas de infertilidad es evidente que la respuesta ha de ser negativa. Los sectores interesados en la regularización jurídica de la maternidad subrogada piensan en extender esta práctica a los casos de las familias no naturales o de personas solas, asumiendo el inexistente derecho a tener un hijo. Sin embargo, se recurre a la emotividad y se utiliza como argumento la solución del problema de las madres que tienen dificultades para procrear. También se hace más énfasis en los escasísimos casos de maternidad altruista que se ponen como ejemplo de lo que es la maternidad subrogada a pesar de su escasísima incidencia con respecto a la práctica habitual en que existe un contrato.

En determinados sectores, y especialmente en el momento presente en que la maternidad subrogada no está autorizada en España por la Ley de Reproducción Humana Asistida<sup>19</sup>, la maternidad subrogada se ofrece desde una perspectiva médica positiva, haciendo énfasis sólo en la posibilidad de solucionar los problemas de infertilidad. El procedimiento de recurrir a la salud para justificar la maternidad subrogada es una argucia parecida a

la que se utilizó para introducir el aborto como una práctica lícita en numerosos países. Como cuando se decía en España que se trataba de evitar los riesgos de los 100.000 abortos clandestinos al año, cifra que tras la implantación en 1985 de la primera ley del aborto se demostró que era falsa, ya que hubieron de transcurrir veinte años para llegar a esa cifra tras la legalización. Es el mismo método que se está utilizando para otras prácticas, como la conveniencia del cambio de sexo de los niños que presentan “disforia de género” en las leyes de no discriminación de la transexualidad en España, para un fenómeno que apenas alcanza a un 20 a 40 por millón de habitantes en la población mundial occidental<sup>20</sup>.

Quizás el aspecto más espinoso con relación a la ética de la maternidad subrogada es el que alude a la cuestión de si no estamos ante una nueva forma de explotación de la mujer. Dejando a un lado los escasísimos casos de maternidad altruista, que más bien deben considerarse de FIVET heteróloga, es evidente que en la maternidad subrogada se paga un servicio para que otra mujer geste el bebé para satisfacer el deseo de tener un hijo de quien paga. Hay un contrato, unos contratantes, una mujer contratada y un producto. En la maternidad subrogada la mujer gestante es utilizada como una incubadora, lo cual ya de por sí atenta a la dignidad de las mujeres. Por otra parte, como en toda transacción económica se imponen unas exigencias de calidad, aquello que lo hará más o menos caro, lo que a su vez puede

19 El Art 10.1, de la Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida (Ley 14/2006, BOE 27 de Mayo de 2006) señala que: “Será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero”.

20 Mayer, L.S., McHugh, P.R. «Sexuality and Gender. Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences». *The New Atlantis*. 50, (2016), 20160819\_TNA50SexualityandGender.pdf



afectar a múltiples factores del servicio: donación de gametos, óvulos y/o espermatozoides, recurso a varios ciclos de estimulación ovárica, utilización de embriones frescos o congelados, calidad del servicio de la FIV, salud de la madre gestante, sus cuidados médicos, su alimentación, etc. Teniendo en cuenta todos estos factores, como si de un producto cualquiera se tratara, a mayor precio mejor calidad. En función de todo esto los precios totales actuales en diferentes países y compañías que ofrecen este servicio en diferentes países oscilan entre los 30.000 y los 100.000 €. Es evidente, que en todo esto lo que subyace es una mentalidad mercantilista en la que las mujeres gestantes son utilizadas en este negocio como una mera factoría que fabrica bebés para otros.

Aparte del liberalismo predominante en los EE.UU., donde la maternidad subrogada está autorizada y en donde han crecido las clínicas de reproducción humana asistida como negocio, hay algunos países en vías de desarrollo donde se han creado centros para la explotación de la maternidad subrogada como una fuente de divisas, dando paso a una auténtica industria reproductiva. Así, en la India por ejemplo, se han creado granjas de reproducción, donde cientos de mujeres se utilizan con la única misión de ser utilizadas para la reproducción por encargo, bajo la interesada vigilancia de su salud y alimentación durante el tiempo de la gestación. En muchos de estos casos, debido a la carencia de una legislación apropiada, hay una verdadera explotación de las madres gestantes y el beneficio económico de este negocio se lo llevan usualmente los intermediarios y las agencias comerciales. No hay transparencia en el sistema y por ello

esta práctica es una fuente de problemas legales<sup>21</sup>.

Por otra parte, la implantación de la maternidad subrogada entra de lleno en el debate de la ideología de género al ofrecer la oportunidad de tener un hijo a las familias monoparentales, biparentales de igual sexo y transexuales, que, desde el punto de vista biológico, ecológico y ético no pueden ser consideradas opciones equivalentes a la familia natural, la formada por padre, madre e hijos. Al margen de los posibles efectos psicológicos para los niños, este tipo de familias no contribuyen al mantenimiento del nivel de reposición poblacional, ni favorecen a la sociedad del mismo modo que una familia natural en aspectos formativos de carácter intelectual, cultural y moral. Las empresas que se dedican a esta práctica, como las americanas Circle Surrogacy o Center for Surrogate Parenting Inc., la Clínica ucraniana del Profesor Feskov, o la Gestational Surrogacy India, por poner solo algunos ejemplos, destacan en sus ofertas comerciales los aspectos idílicos y situaciones beneficiosas para quienes desean tener un hijo, independientemente de la situación familiar del contratante, y señalan, en contra de muchas de las cuestiones de carácter médico indicadas anteriormente, que todos los intervinientes ganan: los padres comitentes, el niño y la madre gestante.

La realidad es bien distinta y cuando se habla de maternidad subrogada no se puede perder de vista la dignidad de la madre gestante, ni tampoco al más vulnerable de

21 Saxena, P., Mishra, A., Malik, S. «Surrogacy: Ethical and Legal Issues». *Indian J Community Med.* 37(4), (2012), 211-213.



los sujetos implicados en este asunto, que es el niño, cuyo destino puede ser incierto por la inseguridad que generan por una parte los contratos y por otra el anonimato de su procedencia genética. Lo cierto es que el hijo que se gesta de esta manera se convierte en un objeto comercial que sufrirá las consecuencias en el caso relativamente frecuente de un desacuerdo o una ruptura del contrato de subrogación. ¿Qué ocurre en los casos en que los contratantes o la gestante no asumen su responsabilidad? Como muestra se pueden citar un par de casos.

El primero lo cita Susanna Sommer en su libro “Genética, clonación y Bioética”<sup>22</sup>. Se trata de Jaycee Louise Buzzanca, una niña nacida en EE.UU. en 1995 fruto de una gestación subrogada tras reproducción asistida a partir de un embrión de padres genéticos diferentes a los comitentes y sin relación genética con la madre gestante. La niña nació después de que los padres contratantes se separaran y la madre gestante pidió la custodia de la niña, pero luego se arrepintió. Al final, la niña fue declarada huérfana por un juez. Se da la paradoja de que una niña que había tenido cinco padres, los comitentes, la madre gestante y los padres genéticos del embrión implantado, resultó ser declarada huérfana.

El segundo caso es el de Gammy, un niño nacido en el verano de 2014 que fue gestado por una mujer tailandesa casada y necesitada de recursos económicos, Pattaramon Chanbua. Esta mujer había sido contratada por una pareja austri-

liana como madre de alquiler y se quedó embarazada de gemelos, de los que tras realizar las pruebas de diagnóstico genético prenatal, a uno se le diagnosticó un Síndrome de Down. La pareja comitente pidió a la madre gestante que abortara a este bebé, pero la madre se negó. Finalmente, nacieron los dos niños y los comitentes australianos se llevaron solo al niño sano. Pattaramon, como una prueba más de los vínculos afectivos de la madre gestante hacia su hijo, se quedó con Gammy, el niño con Síndrome de Down. Gammy es ahora, en palabras de su madre un niño sociable, amable y muy querido por todos, un niño normal que necesita amor como todas las personas humanas<sup>23</sup>.

Casos como el de Jaycee y Gammy demuestran que en la tecnología de la maternidad subrogada muchas veces interesa menos el niño que la satisfacción del deseo de quienes lo encargan. En estos y muchos otros casos, el niño es tratado simplemente como un producto comercial o una mercancía que debe cumplir unos estándares de calidad y que a veces, incluso cumpliéndolos es objeto de devolución.

En una reciente revisión publicada en *Human Reproduction*<sup>24</sup>, que recoge información de 1795 artículos sobre datos de carácter biomédico de la maternidad subrogada, se señala entre sus conclusiones

22 Sommer, S. E. *Genética, clonación y bioética. ¿Cómo afecta la ciencia nuestras vidas?* Biblos, Buenos Aires, 1998, 69-70.

23 Scott Sills, E. (Ed.). *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues*, Cambridge University Press, Cambridge, 2016, 26-27.

24 Söderstm-Anttila, V., Wennerholm, U.B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki K, Romundstad, L.B., Bergh, C. «Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families -a systematic review». *Hum Reprod*, Update Mar-Apr 22(2), (2016), 260-76.



que a la edad de 10 años no había diferencias psicológicas importantes en los niños procedentes de la maternidad subrogada con respecto a los procedentes de FIVET o concepción natural y se advierte como un tema sensible que merece atención, el caso de los niños al cuidado de padres gays.

Otro aspecto que afecta al niño es el hecho de que la maternidad subrogada impide al niño conocer su origen e identidad genética. Esto constituye una fuente de conflictos pues muchos niños cuando llegan a adultos desean conocer su verdadero origen genético y esto solo sería posible en el caso de que un juez lo dictamine, por las razones de derecho que lo justifiquen, y siempre que se disponga de muestras de ADN de las posibles personas implicadas. Sin duda, la casuística a la que se podría aplicar las pruebas de ADN, en caso de que no haya habido donación anónima, es más extensa y prolija que en las pruebas de paternidad habituales al estar implicadas más personas. En algunos casos sería imposible cuando no hay registro ni hay trazabilidad que permita conocer los donantes de los gametos o la procedencia de los embriones.

En otros habría que determinar cuál de dos padres es el donante del espermatozoide que fecundó el óvulo, sí, como ocurre en algunos casos descritos de maternidad subrogada por encargo de una pareja de gays se mezclaron las muestras de semen, etc. Todo un mundo de problemas añadidos al ya complicado panorama derivado de las nuevas tecnologías de la Biología y la Medicina aplicadas al nuevo marco social de dominio sobre la naturaleza humana en el aspecto sexual y reproductivo.

## REFERENCIAS

- Atzil, S., Hendler, T., Feldman, R. «Specifying the neurobiological basis of human attachment. Brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers». *Neuropsychopharmacology*. 36 (13), (2011), 2603-2615.
- Bornstein, M.H., Arterberry, M.E., Mash, C. «Differentiated Brain Activity in Response to Faces of “Own” Versus “Unfamiliar” Babies in Primipara Mothers: An Electrophysiological Study». *Dev Neuropsychol*. 38(6), (2016), 365-385.
- Brunton, P.J., Russell, J.A. “The expectant brain: adapting for motherhood”. *Nature Reviews Neuroscience*. 9, (2008), 11-25.
- Dar, S., Lazer, T., Swanson, S., Silverman, J., Wasser, C., Moskovtsev, S.I., Sojecki, A., Librach, C.L. «Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issues: experience from a large surrogacy». *Hum Reprod*. Feb; 30(2), (2015) 345-352.
- Demirhan, O., Çekin, N., Taştımır, D., Tunç, E., Güzel, A.I., Meral, G., Demirebek, B. «Are there fetal stem cells in the maternal brain?». *Neural Regen Res*. 5, 8(7), (2013), 593-598.
- DeWert, G., Dondorp, W., Shenfield, F., Barri, P., Devroey, P., et al. «ESHRE-Task Force on Ethics and Law23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people». *Human Reprod*, 29 (9), (2014), 1859-1865.
- Diedrich K., Van der Ven H., Al-Hasani S., and Krebs D. «Ovarian Stimulation for in-vitro fertilization». *Hum. Reprod*. 3, (1988), 39-44.



- Kara, R. J. et al. «Fetal Cells Traffic to Injured Maternal Myocardium and Undergo Cardiac Differentiation». *Circulation Research*. Nov. 14, (2011). DOI: 10.1161/ CIRCRESAHA.111.249037.
- Kumar, P., Farouk Sait, S., Sharma, A., Kumar, M. «Ovarian hyperstimulation syndrome». *J Hum Reprod Sci*. 4(2), (2011), 70-75.
- López-Moratalla, N. «Comunicación materno-fetal en el embarazo». *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(70): 303-315.
- Mayer, L. S., McHugh, P.R. «Sexuality and Gender. Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences». *The New Atlantis*. 50, (2016).
- Saxena, P., Mishra, A., Malik, S. «Surrogacy: Ethical and Legal Issues». *Indian J Community Med*. 37(4), (2012), 211-213.
- Scott Sills, E. (Ed.). *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues*, Cambridge University Press, Cambridge, 2016, 26-27.
- Sommer, S. E. *Genética, clonación y bioética. ¿Cómo afecta la ciencia nuestras vidas?* Biblos, Buenos Aires, 1998.
- Söderstm-Anttila, V., Wennerholm, U.B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki K, Romundstad, L.B., Bergh, C. «Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families -a systematic review». *Hum Reprod*, Update Mar-Apr 22(2), (2016), 260-76.
- Steptoe P.C, Edwards R.G, «Reimplantation of a human embryo with subsequent tubal pregnancy». *Lancet*. 1, (1976), 880.
- Van den Akker, O. “Surrogate motherhood: a critical perspective”. *Expert review of obstetrics & gynecology*. 5 (1), (2010), 5-7.



---

# USO DEL TÉRMINO “PREEMBRIÓN” EN LA LITERATURA BIOMÉDICA DESDE SU ORIGEN HASTA LA ACTUALIDAD\*

---

MODESTO FERRER COLOMER / LUIS MIGUEL PASTOR

## RESUMEN

En este artículo se realiza un estudio del uso del término “preembrión” desde su origen en junio del año 1979 hasta el final del año 2014 tanto en la literatura científica como la bioética. Se compara su evolución en el tiempo con otros términos usados corrientemente en la embriología. Así mismo, se estudia cuáles son las revistas en las que más aparece este término, su índice de impacto dentro de las revistas de su ámbito y cuáles son los autores que más lo emplean. El término “preembrión” surge en la literatura científica en 1979, permaneciendo durante unos 6 años sin volver a aparecer en la bibliografía científica. Después, tras un aumento de artículos que abarca la década de los años 90 empieza a decrecer su uso sin haber llegado a desaparecer del todo. Este estudio pone además en evidencia que el uso de la palabra “preembrión” no se ha incrementado con el paso del tiempo; al contrario, cada vez es menos utilizada en la literatura biomédica. Esto no sucede con otros términos que denominan al embrión antes de la implantación, que no han cesado de aumentar durante estos años, tanto referido a la especie humana y a otras especies animales. Así mismo, esta palabra tiene un uso hipertrofiado en seres humanos sin un motivo aparente, lo cual avalaría el carácter artificial de este término. Por último, el término “preembrión” aparece muy poco en revistas del área de biología de la reproducción, pero sí lo hace en las de obstetricia y ginecología, donde se publican muchos artículos sobre reproducción asistida. En conclusión, en vez de sustituir a clásicos términos embriológicos, la palabra “preembrión” parece no afectar el uso de ellos y en las discusiones actuales sobre la condición humana del embrión ya no es utilizado este término.

*Palabras clave:* embrión, preembrión, embrión preimplantatorio, embrión temprano, blastocisto, cigoto

---

\* *Cuadernos de Bioética*, XXVIII 2017; 2: 111-124.

## 1. INTRODUCCIÓN

Es muy bien conocido por los expertos que se dedican al estudio de las cuestiones bioéticas en el inicio de la vida la importancia que tuvo la acuñación del término “preembrión” en las discusiones sobre el estatuto del embrión al inicio de la fecundación in vitro como posteriormente en su desarrollo durante los debates sobre su licitud o legalidad. En esos debates el uso de este término se utilizó con la finalidad de afirmar que la realidad existente durante los primeros 14 días del desarrollo embrionario no sería un embrión humano, sino una realidad previa a él, que algunos llamaron “preembrión”.

En el año 2007 ya estudiamos con profundidad muchas de estas cuestiones<sup>1</sup> realizando una investigación sobre los aspectos históricos que dieron lugar a la aparición del término “preembrión”, a las bases biológicas que pretendían sustentarlo y al uso que había tenido este término en la literatura científica<sup>2</sup>, y bioética con la finalidad de conocer si la realidad “preembriónica” partía de principios científicos sólidos y hasta qué punto el concepto que subyace en este término había sido algo compartido por la comunidad científica y bioética. Los aspectos más relevantes de esa historia ya han sido publicados<sup>3</sup>.

Allí dejamos claro que este término fue el “caballo de Troya”<sup>4</sup> que permitió la aprobación de la investigación con embriones humanos en relación con la fecundación “in vitro” en Gran Bretaña<sup>5</sup> y en Estados Unidos<sup>6</sup> y que facilitó la extensión de esa aprobación a otros países como también sucedió en España. Pero al cabo de muy pocos años ese término desapareció de los principales documentos de los países y sociedades que lo habían promocionado<sup>7</sup>. Un caso especial es España que sigue

toria de un mito biológico. Ediciones Palabra, Madrid, 2013, 41-65. También se puede consultar el estudio bibliométrico de Vivanco, L., Bartolomé B., San Martín, M y Martínez, A. “Bibliometric analysis of the use of the term preembryo in scientific literature”. *Journal of the American Society for information science and technology*, 62 (5) (2011), 987-991.

- 4 Mulkay, M. “The Triumph of the Pre-embryo: Interpretations of the Human Embryo in Parliamentary Debate over Embryo Research”, *Social Studies of Science*, 24 (1994), 611-39.
- 5 Voluntary Licensing Authority for Human In vitro Fertilisation and Embryology, *Guidelines for both clinical and research applications of Human In vitro Fertilisation*, London 1985.
- 6 American Fertility Society, “Ethical Consideration of the New Reproductive Technology”, *Fertility and Sterility*. Sept; 46 (1986), nº 3, suppl, 1s-94s.
- 7 Jones, H. W. Jr. “The Status of Regulation of Assisted Reproductive Technology in the United States”, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 10 (1993), 331-336, ver 333. National Institutes of Health (NIH), *Report of the Human Embryo Research Panel (HERP)*. 2 vols. Bethesda, MD: NIH, 1994. Tauer, C. A. “Embryo Research and Public Policy: a Philosopher’s Appraisal”, *Journal of Medicine and Philosophy*. 22 (1997), 423-439. National Bioethics Advisory Commission, *Ethical Issues in Human Stem Cell Research: Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission*, NBAC, Rockville, MD, 1999. Chief Medical Officer’s Expert Group, *Stem Cell Research: Medical Progress with Responsibility*. A Report from the Chief Medical Officer’s Expert Group Reviewing the Potential of Developments in Stem Cell Research and Cell Nuclear Replacement to Benefit Human Health. London, 2001, Department of Health. ESHRE Task Force on Ethics and Law, “The moral status of the pre-implantation embr-

- 1 Ferrer Colomer, M. El término “preembrión”: génesis, bases biológicas que lo sustentan y uso en la literatura científica y bioética. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, 2007: 394.
- 2 Ferrer Colomer, M., Pastor García, L.M. “Génesis y uso del término ‘pre-embrión’ en la literatura científica actual”. *Persona y Bioética*, Año 2, nº 2 (1998), 3-27.
- 3 Ferrer Colomer, M., Pastor, L.M. “La vida breve del preembrión. Historia de una palabra. The preembryo’s short lifetime. The history of a word”. *Cuadernos de Bioética*, Sep-Dec; 23 (2012/3), 677-694. Ver también el capítulo 1 de: Herranz, G. El embrión ficticio. His-



manteniendo este término en su legislación<sup>8</sup> a pesar de que no viene recogido en el Convenio de Oviedo de 1997<sup>9</sup>.

En algunos de estos trabajos hicimos una revisión bibliográfica que abarcaba el periodo comprendido entre el inicio de aparición de la palabra “preembrión” (fundamentalmente desde 1975) hasta el año 2004. En la búsqueda efectuada en aquel momento se encontraron 391 artículos en 138 revistas que utilizaban el término y pudimos analizar bibliométricamente la evolución de esta palabra. Desde ese año, como hemos indicado, se han sucedido diversos avances biotecnológicos que han tenido como centro la utilización de embriones humanos y, hoy en día, la discusión sobre la condición humana del embrión vuelve a ser de actualidad, por

cuestiones como la clonación terapéutica, la formación de embriones híbridos o el uso de las técnicas de fecundación in vitro en la que participan tres progenitores<sup>10</sup>. En consecuencia con ello nos hemos planteado si en estos nuevos debates en los que la condición humana del embrión ha vuelto a estar presente, esto se ha podido reflejar en una mayor o menor utilización de este término. En este sentido nos hemos propuesto conocer lo que ha sucedido con el uso de esta en estos últimos 10 años y presentar los resultados globales hasta 2014. Para la realización de este objetivo general pretendemos los siguientes particulares: a) obtener todos los artículos que hacen referencia a “preembrión”, ver su distribución por años, por revistas y por autores; b) revisar los títulos de los artículos que contienen el término “preembrión” para saber el número de los que, bien porque aparece como tal en el título o bien por el contexto de lo indicado en el mismo, hacen referencia a la persona humana y aquellos que, por el contrario, se refieren a especies animales. De este modo, pretendemos saber si hay diferencias en el uso del término “preembrión” según se trate de la especie humana o de otras especies. Así mismo, comparar el término “preembrión” con otros términos de la embriología bien conocidos porque también son usados para denominar al embrión en el periodo de

yo”, *Human Reproduction*. 16 (2001), 1046-1048, ver 1047. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) nº 347, *Using Preimplantation Embryos for Research*, [Pub. en línea] <http://www.acog.org/~/media/ACOG/~/media/Pubs/~/media/ethics/co347.pdf> [Consulta: 21/01/2017].

- 8 Después del Informe Palacios de abril de 1986, se aprobaron en España dos leyes en 1988. La Ley 35/1988 sobre reproducción asistida y la Ley 42/1988 sobre donación y utilización de embriones y fetos o de sus células, tejidos u órganos. Es la única legislación a nivel nacional que incorporó el término “preembrión” o los primeros 14 días como “periodo preembrionario”. Ver: Eisenberg, V. H., Schenker, J. G. “The ethical, legal and religious aspects of preembryo research”, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 75 (1997), 11-24, ver 17. En las nuevas leyes sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (Ley 14/2006) y la de Investigación Biomédica (Ley 14/2007) se mantiene el término. Muchos autores se han manifestado en contra de mantener este término. Véase como ejemplo: Lacadena, J. R. “La Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida: consideraciones científicas y éticas”, *Law and the Human Genome Review*. Jan-Jul; 24 (2006), 157-184, ver 161.
- 9 Convenio de Oviedo, Artículo 18: “Experimentación con embriones *in vitro*”.

- 10 Maureen L., C. “The Role of Maternal-Effect Genes in Mammalian Development: Are Mammalian Embryos Really an Exception?”. *Stem Cell Reviews and Reports*. 12 (2016), 276-284. Piciocchi, C., Martinelli, L. “The change of definitions in a multi-disciplinary landscape: the case of human embryo and pre-embryo identification”. *Croatian Medical Journal*. 57 (2016), 510-515. Nisker, J. “The Latest Thorn by Any Other Name: Germ-Line Nuclear Transfer in the Name of ‘Mitochondrial Replacement’”. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 37 (9) (2015), 829-831.



los primeros 14 días; c) conocer cuál es el ámbito de publicación de la revista (revista de biología, biología celular, biología del desarrollo, ginecología, etc.) y su índice de impacto dentro de las revistas de su mismo campo; y d) saber cuáles son los autores –el estudio se limita al primer autor del artículo– que más han publicado usando el término “preembrión”.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se ha realizado en PubMed<sup>11</sup> por la ventaja que proporciona para hacer también la búsqueda de otros términos usados corrientemente en embriología como: “embryo”, “blastocyst”, “preimplantation embryo”, “early embryo” o “zygote”, así como para hacer búsquedas tanto en general como referidas a “human” y a otras especies animales, especialmente “mouse”. Además, PubMed recoge también las revistas biomédicas dedicadas a bioética y ética médica. Las búsquedas realizadas han sido muy variadas con la finalidad de intentar conocer lo mejor posible cuáles son los datos numéricos más reales para poder hacer después una adecuada comparación. Los relativos a “preembrión” están claros después de obtener el número completo de artículos. En la literatura científica aparece en inglés la palabra “*preembrión*” escrita de dos maneras que son “*preembryo*” y “*pre-embryo*”, tanto en singular como en plural, por lo que se ha hecho la búsqueda con los cuatro términos. Siempre que usemos en castellano la palabra “*preembrión*” o en inglés “*preembryo*” nos estaremos refiriendo a los cuatro términos ingleses en conjunto. La palabra escrita separada por un

guión (“pre-embryo”) es la forma escrita que sigue siendo más empleada. Como en castellano no se suele usar la palabra con un guión de separación hablaremos de “preembrión”. Al obtener todos los artículos, revisando los títulos de los mismos podremos contestar a la primera cuestión que nos proponemos saber (objetivo a).

Para poder contestar a la segunda cuestión (objetivo b) era necesario conocer el número de artículos de los otros términos con los que se quiere comparar el término “preembrión”. El problema surgió cuando algún término podía escribirse tanto en singular como en plural, como por ejemplo “preimplantation embryo” o “preimplantation embryos”, pues es fácil que algunos de los artículos obtenidos estén también incluidos en la otra búsqueda. Debido a la dificultad de poder excluir los repetidos por el gran número de los obtenidos, se decidió utilizar el número que resultase más numeroso de ambas búsquedas efectuadas, sabiendo que probablemente se quedarían algunos artículos fuera de la búsqueda. Esto se supo por la búsqueda que primero se realizó con las cuatro formas inglesas de escribir “preembrión”. De hecho, salvo que se diga otra cosa, cada vez que se indique un número referente a “preembrión” este sí que es el número real ya que se han cotejado los resultados obtenidos en singular y plural.

Al hacer la búsqueda de un término en PubMed, se puede hacer de varios modos. La más elemental es la que se hace sin poner límites, escribiendo simplemente el término en el buscador. Pero por esto mismo es un dato muy general. Se puede mejorar la indagación en la medida en que se ponen límites para que la búsqueda del térmi-

11 El término “preembryo” no aparece entre los HMS-Terms de búsqueda en PubMed.



no se efectúe, por ejemplo, en el título del artículo o en el abstract o en ambas cosas. Si se escoge delimitar la búsqueda sólo al título, como luego se podrá ver mirando los resultados encontrados con “preembrión”, se quedan fuera de la misma muchos artículos. Y si esto pasa con el término “preembrión”, el número de artículos que no se obtienen cuando la búsqueda se hace con otros términos mucho más utilizados en embriología como “embryo”, “preimplantation embryo”, etc. es mucho mayor.

Obtuvimos 437 artículos con el término “preembrión” que hacen relación al término buscado en general. La comparación con los otros términos que finalmente nos ha parecido más adecuada para hacer el estudio estadístico fue haciendo la búsqueda solo en el título y en el abstract del artículo, pero poniendo las palabras entre comillas<sup>12</sup>. Para el estudio estadístico se ha realizado un análisis de regresión y correlación tomando como variable independiente los años y como variable dependiente los distintos términos de la embriología. Se ha considerado como significativo una  $P < 0,05$ . El paquete estadístico usado ha sido el SPSS 19.0 de IBM. Para conocer cuál es el ámbito de publicación, que es la tercera cuestión que queríamos conocer (objetivo c) se ha realizado la búsqueda de las diferentes revistas que usan el término “preembrión” en la Web of Science para conocer las que allí están recogidas así como el índice de impacto (Journal Im-

pact Factor) de cada una de ellas dentro de su ámbito propio. El último aspecto que investigamos se realizó revisando en cada uno de los artículos obtenidos sobre el “preembrión” el o los autores –primeros firmantes– que publican más artículos usando este término (objetivo d).

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. RESULTADOS DE 1979 A 2004

Tras eliminar los artículos repetidos se encontraron 391 artículos. Los datos recogidos en la tabla empiezan a partir del año 1985.

Como ya se explicó en otros trabajos solo se encontró un artículo anterior a 1985, cuyo autor fue Clifford Grobstein<sup>13</sup> en el que usa este término referido al embrión humano. Este artículo fue contabilizado como si fuera del año 1985.

#### 3.2. RESULTADOS DE 2005 A 2014

Los resultados de la búsqueda efectuada a partir del año 2005 vienen recogidos en la siguiente tabla. Son 46 artículos publicados por 26 revistas de las que 18 no habían publicado ningún artículo antes de 2005.

#### 3.3. NÚMERO DE REVISTAS Y REVISTAS QUE PUBLICAN MÁS ARTÍCULOS

Por lo tanto, en la actual muestra tenemos 437 artículos en 156 revistas; 104 de ellas han publicado durante estos 35 años un sólo artículo; 22 revistas solo 2 artículos, 9 tenían 3 artículos y 10 publicaron 4 artículos. Las restantes 11 revistas tenían publicados 5 o más artículos. Hay tres revistas con un mayor número de artículos: *Hu-*

12 Poner las palabras entre comillas hace que el buscador nos muestre las palabras cuando están juntas. Como luego se explicará esto necesariamente deja fuera de la búsqueda artículos en los que las palabras pueden estar presentes pero separadas en el título o en el abstract. Esto afecta a los otros elementos de la embriología que han sido buscados pero no al término “preembrión” del que se buscaron todos los artículos y luego se eliminaron los repetidos.

13 Grobstein, C. “External Human Fertilization”. *Scientific American*. vol. 240, (June 1979), 33-43.



*man Reproduction* (73), *Fertility and Sterility* (72) y *Journal Assisted Reproduction Genetic* (28). Las tres acumulan 173 artículos, lo que supone el 39,5% de los artículos. De hecho, estas tres revistas acumulan casi el mismo número de artículos que las 135 revistas que tienen 3 o menos artículos publicados. En total se han encontrado 110 artículos que trataban de aspectos éticos o jurídicos del “preembrión” distribuidos en 69 revistas lo que supone el 25,1% de los artículos, lo que indica la importancia que ha tenido el uso de la palabra “preembrión” en este campo. Las dos revistas que han publicado más artículos sobre estos aspectos durante estos 35 años son *Fertility and Sterility* con 7 artículos y *Journal of Medicine and Philosophy* con 6.

Como complemento a los datos obtenidos, un hecho no menos llamativo es el observado en otras revistas que también han publicado varios artículos en el intervalo estudiado pero que concentraban sus artículos en unos pocos años y algunas de ellas en un solo año. Luego ya no han publicado ningún otro artículo. A continuación se expone algunos ejemplos:

- J In vitro Fert Embryo Transf.* Publicó 7 artículos de 1989 a 1991. Dos de los artículos son del mismo número.
- JAMA.* Tiene 5 artículos en el año 1990 y 1 en el año 2000. Los cuatro

artículos del año 1990 corresponden al mismo número de la revista.

- Kennedy Inst Ethics J.* Tiene 3 artículos en 1991 y 1 en 1994.
- Mol Cell Endocrinol.* Tiene 4 artículos, todos en un mismo número del año 2000.
- Lancet.* Publicó 6 artículos de 1985 a 1990.
- Mol Hum Reprod.* Publicó también 6 artículos de 1995 a 1998.

#### 4. ANÁLISIS DEL TÉRMINO “PREEMBRYO”

##### 4.1. BÚSQUEDA DEL TÉRMINO “PREEMBRIÓN” LIMITADA AL TÍTULO

Para ver cuál ha sido la evolución del término “preembrión” por años desde 1985 hasta 2014 inclusive se ha hecho otra tabla, en la que se comparan cuatro aspectos basados en el análisis de los títulos de los 437 artículos encontrados sobre el término “preembrión”, que es la primera cosa que queríamos saber:

- Número total de artículos de “preembryo”.
- Número de artículos en los que aparece el término “preembryo” en el título del artículo, bien en humanos, bien en animales o sin que por el título

TABLA 1 ARTÍCULOS ENCONTRADOS CON LA PALABRA “PREEMBRIÓN” DISTRIBUIDOS POR AÑOS.

Revistas	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	Total
Total preembryo	3	4	10	10	20	30	25	25	28	26	22	27	35	23	20	23	16	21	15	8	391

TABLA 2 ARTÍCULOS ENCONTRADOS CON LA PALABRA “PREEMBRIÓN” DESDE 2005 A 2014.

Revistas	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Total preembryo	7	6	6	9	5	2	2	4	2	3	46



- lo se sepa con seguridad de qué especie se está hablando.
- c. Número de artículos en los que expresamente se cita “human” o un término semejante o en los que –por el título– se entiende que se está refiriendo a la especie humana y en los que se usa expresamente la palabra “preembryo”.
  - d. Número de artículos referidos por el título a “mouse” y en los que se usa expresamente el término “preembryo”.

#### 4.2. BÚSQUEDA EMPLEADA PARA HACER EL ESTUDIO ESTADÍSTICO

Como indicamos en Material y Métodos, para conocer los datos numéricos necesarios para responder a la cuestión b) con la mayor exactitud posible se realizó la búsqueda con las palabras exactas –es decir, escritas entre comillas– sólo en el título y el abstract del artículo.

Se ha comparado, como siempre, el término de nuestro estudio –“preembrión”– con los otros términos ya indicados a excepción del término “embryo/s” ya que si se contabilizaba, este término estaría también incluido en dos de los otros términos usados en la búsqueda (“early embryo” o “preimplantation embryo”). De todos modos hay que hacer una aclaración. El término que menos se verá afectado y que por lo tanto saldrá siempre beneficiado en cualquier comparación que realicemos es el término de estudio pues en las tablas en las que aparece el término “preembryo”, bien sólo o bien con un adjetivo que lo delimita, los números allí indicados hacen referencia al número exacto de artículos existentes –437– que han sido revisados uno a uno. En cuanto a los demás términos que se usan para la comparación, como se

ha comentado, no han sido revisados uno a uno por el trabajo tan considerable que supondría tener que hacerlo. Por ejemplo, si hubiera que revisar cada uno de los 2173 artículos que aparecen como “preimplantation embryo/s” desde 1975 hasta 2014 o los 359 de “early mouse embryo/s” de ese mismo periodo de tiempo, y así sucede con los demás elementos de la búsqueda efectuada. Aunque los datos que se han obtenido de esta manera pueden dejar fuera artículos en los que los términos de la búsqueda pueden estar escritos por separado en el título y en el abstract del artículo es la que nos ha parecido más sencilla para hacer el estudio estadístico.

El hecho de no haber tenido en cuenta el término “embryo” en la comparación que es objeto de este estudio se basa en la razón señalada anteriormente de que puede acabar siendo contabilizado inadvertidamente dentro de los otros términos usados. Esto también juega a favor de la comparación con el término “preembryo”. La razón es que entre 1985 –momento en el que aparecen las primeras citas de “preembryo”– y el final del año 2014, el término “embryo” en “general” –es decir, sin ninguna delimitación– tiene 293795 citas; si se busca que aparezca “embryo” en el título del artículo, en el periodo de tiempo indicado, hay 17574 citas. Si lo hiciéramos sólo en un año, por ejemplo, en el año 1997 que es cuándo más citas se han encontrado de “preembryo” –hay 35– las cifras de “embryo” para ese mismo año son 9208 en la búsqueda general y 546 sólo en el título del artículo.

Se puede objetar que el término embrión incluye un periodo de tiempo bastante superior a los 14 primeros días de su desarro-



TABLA 3 NÚMERO TOTAL DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS CON EL TÉRMINO “PREEMBRIÓN” CUANDO LA BÚSQUEDA SE HACE EN EL TÍTULO DEL ARTÍCULO, BIEN SEA EN GENERAL O BIEN SEA REFERIDO EXPLÍCITA O IMPLÍCITAMENTE A “HUMAN” Y “MOUSE” DESDE 1985 A 2015. EN EL AÑO 1985 ESTÁ INCLUIDO EL ARTÍCULO DE GROBSTEIN DE 1979. SE PUEDE OBSERVAR MUY BIEN LA EVOLUCIÓN DEL USO DEL TÉRMINO CON EL PASO DE LOS AÑOS.

Revistas	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
Nº Total	3	4	10	10	20	30	25	25	28	26	22	27	35	23	20	23
Nº Total en el título	2	4	5	6	8	20	15	14	9	8	10	9	13	6	2	4
Nº human	1	3	3	2	4	11	12	11	2	4	10	5	13	5	3	1
Nº mouse	0	1	0	1	2	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0

Revistas	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	Total
Nº Total	16	21	15	8	7	6	6	9	5	2	2	4	2	3	437
Nº Total en el título	7	10	9	2	4	1	3	3	0	0	0	1	0	2	177
Nº human	4	5	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	107
Nº mouse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14

llo que es el considerado como correspondiente al “preembrión”. Es cierto. Pero si se revisan los artículos que obtenemos con cualquiera de las búsquedas reseñadas de “embryo” se ve enseguida que existe un gran número de artículos en los que se está hablando del embrión en sus primeros 14 días de desarrollo<sup>14</sup> y para los que quizá sus

autores bien podrían haber usado otros términos con toda propiedad para denominar al embrión o para delimitar mejor de lo que están hablando y que, como consecuencia, engrosarían el número de algunos de los términos que sí están incluidos entre los términos de comparación.

La comparación también se hizo en esta tabla referida a la persona humana y a “mouse”. Esto se debe a que se ha buscado el término “preembrión” hasta en 12 diferentes especies animales y sólo se ha encontrado en cuatro: principalmente en “mouse”, y muy pocas veces en “rat”<sup>15</sup>, “monkey”<sup>16</sup> y “bovine”<sup>17</sup>.

14 Así podemos constatarlo, a modo de ejemplo, en los siguientes artículos: De Sutter P., Dozortsev D., Quian C., Dhont M. “Oocyte Morphology does not Correlate with Fertilization Rate and Embryo Quality after Intracytoplasmic Sperm Injection”, *Human Reproduction*. vol 11, nº 3 (1996), 595-597. Pollard J.W., Plante C., Leibo S.P. “Comparison of Development of Pig Zygotes and Embryos in Simple and Complex Culture Media”, *Journal of Reproduction and Fertility*. 103 (1995), 331-337. Barnett D.K., Bavister B.D. “Inhibitory Effect of Glucose and Phosphate on the Second Cleavage Division of Hamster Embryos: is it Linked to Metabolism?”, *Human Reproduction*. vol 11, nº 1 (1996), 177-183. Bernardi M.L., Delouis C. “Sex-related Differences in the Developmental Rate of in-vitro Matured/ in-vitro Fertilized Ovine Embryos”, *Human Reproduction*. vol 11, nº 3 (1996), 621-626. Kligman I., Benadiva C., Alikani M., Munné S. “The Presence of Multinucleated Blastomeres in Human Embryos is Correlated with Chromosomal Abnormalities”, *European Society for Human Reproduction and Embryology*, vol 11, nº 7 (1996), 1492-1498.

15 Barmat LI, Worrirow KC, Paynton BV. “Growth factor expression by human oviduct and buffalo rat liver coculture cells”. *Fertility and Sterility*. Apr; 67 (4) (1997), 775-779.

16 Johnson DE, Hodgen GD. “Syndrome-associated toxicity of culture media on mouse and monkey preembryos”. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*. Aug; 8 (4) (1991), 198-201.

17 Machaty Z, Paldi A, Csaki T, et al. “Biopsy and sex determination by PCR of IVF bovine embryos”. *Journal of Reproduction and Fertility*. Jul; 98 (2) (1993), 467-470. Gurevich M, Shemesh M. “Induction of cyclooxygenase and prostaglandin E2 production



Hechas estas aclaraciones, obtuvimos una tabla que es la que se ha usado para hacer el estudio estadístico que presentamos a continuación.

### 4.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y COMENTARIO

Se ha estudiado estadísticamente los valores numéricos encontrados en la tabla y la evolución de los mismos respecto a los demás valores incluidos en relación con el paso del tiempo, por cada periodo de 5 años y en el total de tiempo contemplado (Ver Tabla 4).

Del estudio estadístico lo primero que se observa es que se ha alcanzado una significación estadística entre muchas de las variables consideradas. Esa importante significación estadística entre muchos de los elementos comparados aún podría haber sido mayor si, aunque existe una diferencia de valores numéricos absolutos tan grande entre algunos de los diferentes términos considerados –entre ellos, el término que es objeto de nuestro estudio (preembrión)– pudiéramos haber realizado un mayor número de comparaciones, pues en algunos de los elementos a comparar no se pudo hacer porque el valor encontrado ha sido 0.

- a. Respecto a los términos más usados durante los 40 años de seguimiento observamos:
- b. Cuando tenemos en cuenta todo el periodo de tiempo de seguimiento –los 40 años que hay desde 1975 a 2014– la tendencia de crecimiento en el tiempo se ha producido para las pa-

labras “blastocyst” y “zygote” y, para “early embryo/s”, “preimplantation embryo/s” y “early mouse embryo/s”, todos ellos con valores estadísticos altamente significativos ( $P < 0,0005$ ).

- c. También presentan valores estadísticamente significativos las cifras de “human blastocyst/s”, “human y mouse zygote/s” (los tres con  $P < 0,001$ ), “mouse preimplantation embryo/s” ( $P < 0,004$ ) y human preimplantation embryo/s” ( $P = 0,012$ ).
- d. Aunque el incremento en números absolutos se ha mantenido en el tiempo no ha sido estadísticamente significativo para “early human embryo/s” ( $P = 0,07$ ) y “mouse blastocyst/s” ( $P = 0,099$ ).
- e. Es evidente que se ha producido un continuo aumento del número absoluto de citas en cada uno de los términos usados por cada uno de los periodos de tiempo estudiados a excepción del término “preembryo/s” que después de un incremento importante en los comienzos de la década de los años 90 no ha cesado de disminuir.

Además se puede comprobar en que se ha producido un evidente descenso en el número de citas encontradas con el paso de los años sobre “preembrión”<sup>18</sup>.

by the bovine pre-embryo”. *Reproduction Fertility and Development*. 6 (6) (1994), 687-691.

18 En contra de lo que algún autor asegura: “el término tiene cierto éxito, como lo acredita su utilización reiterada en los últimos cinco años”, ver en: De Miguel Beriain, I. “*El embrión y la biotecnología. Un análisis ético-jurídico*”, Biblioteca de Derecho y Ciencias de la Vida. Edit. Comares. Granada. 2004, 149, nota al pie 308. El autor suponemos que se refiere probablemente a los últimos cinco años con respecto a su libro, que debe corresponder desde 2000 a 2004. En el año 2000 se encontraron 23 citas, en el 2001 fueron 16, en el 2002 fueron



TABLA 4 NÚMERO DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS CADA 5 AÑOS, DESDE 1975 A 2015, CON DIFERENTES TÉRMINOS USADOS EN EMBRIOLOGÍA CUANDO LA BÚSQUEDA SE HACE CON LAS PALABRAS EXACTAS (ESCRITAS ENTRE COMILLAS) EN EL TÍTULO Y EN EL ABSTRACT DEL ARTÍCULO, BIEN SEA EN GENERAL O BIEN SEA REFERIDO EXPLÍCITA O IMPLÍCITAMENTE A “HUMAN” Y “MOUSE”, CON SU VALOR ESTADÍSTICO. SIGNIFICATIVO  $P < 0,05$ . \* NO SIGNIFICATIVO.

En título + abstract	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014	Totales	P
“early embryo/s”	67	116	212	321	338	453	495	520	2522	<0,0005
“preimplantation embryo/s”	43	82	140	267	352	380	442	467	2173	<0,0005
“blastocyst/s”	302	383	505	921	1096	1452	1736	1992	8387	<0,0005
“zygote/s”	133	140	260	380	534	630	694	720	3491	<0,0005
“preembryo/s”	0	0	25	66	40	32	11	3	177	0,83*
General total	545	721	1142	1955	2360	2947	3378	3702	13048	
“early human embryo/s”	2	7	21	10	23	26	21	16	126	0,07*
“human preimplant embryo”	0	3	14	29	68	43	37	58	252	0,012
“human blastocyst/s”	1	1	4	12	26	72	72	86	274	<0,0005
“human zygote/s”	1	0	9	12	15	13	14	20	84	<0,0005
“human preembryo/s”	0	0	13	40	36	15	2	1	107	0,936*
Human total	4	11	61	103	168	169	146	181	662	
“early mouse embryo/s”	17	35	41	42	53	49	61	61	359	<0,0005
“mouse preimplant embryo”	6	6	30	51	48	43	58	53	295	<0,004
“mouse blastocyst/s”	73	81	66	67	99	61	106	116	669	0,099*
“mouse zygote/s”	1	7	27	38	42	49	40	78	282	<0,001
“mouse preembryo/s”	0	0	4	9	0	1	0	0	14	
Mouse total	97	129	168	207	242	203	265	308	1311	

Reproduction Genetic En cambio, las tres revistas que más lo usan referido a “mouse” son distintas: *J In Vitro Fert Embryo Transf, Reprod Fertil Dev* y *Metabolism*, con muy pocos artículos cada una.

## 5. LAS REVISTAS Y EL TÉRMINO “PREEMBRIÓN”

Como se indicó hay 156 revistas que tienen publicados 437 artículos sobre el “preembrión”. Haciendo una revisión de estas revistas se puede concluir que son mayoritariamente revistas de Obstetricia-

Ginecología, de Biología de la Reproducción, de Ética o Ética Médica, algunas de Derecho y de Ciencias Sociales. Para responder al objetivo c) buscamos estas revistas en la Web of Science para conocer el índice de impacto de las mismas.

De las 79 revistas de Obstetricia y Ginecología recogidas en esta área hay 19 revistas que tiene artículos publicados sobre el “preembrión”. Entre las 10 primeras revistas en el ranking por índice de impacto hay 6: está la primera (*Hum Reprod Update* con 3 artículos); la segunda (*Obstet Gynecol* con 2 artículos); la tercera (*Am J Obstet Gynecol* con 5 artículos); la cuarta (*Fertil Steril* con 72 artículos); la quinta (*Hum Reprod*, que es la que más artículos

21 y desde ese año no ha dejado de descender de un modo importante el número de artículos encontrado en *PubMed*.



ha publicado, con 73); y la octava (*Mol Hum Reprod* con 6 artículos). La otra revista que también tiene muchos artículos –28– es *J Assist Reprod Gen* que está en el puesto 42 del ranking.

Hay 30 revistas de biología de la reproducción recogidas, de las que 11 tienen artículos sobre el “preembrión”. Entre las 5 primeras por índice de impacto las 4 primeras tienen artículos: también está la primera (*Hum Reprod Update* con 3 artículos); la segunda (*Fértil Steril* con 72 artículos); la tercera (*Hum Reprod*, con 73) y la cuarta (*Mol Hum Reprod* con 6 artículos).

En un conjunto de otras revistas de biología es poco frecuente encontrar algunas de las revistas que tienen publicados artículos sobre el “preembrión”. Pondré algunos ejemplos de lo que se ha podido encontrar. De un total de 85 revistas de biología recogidas no se ha encontrado ninguna que tenga algún artículo. De 184 revistas de biología celular sólo se han encontrado 3 revistas con publicaciones: *Mol Cell Endocrinol*, la número 62 del ranking que tiene 4 artículos, todos en el año 2000; *Mol Cell Develop* que está en el puesto 119 y tiene 3 artículos publicados y *Hum Cell*, en el puesto 165, con solo 1 artículo. Entre una relación de 41 revistas de biología del desarrollo hay 4 con artículos: en el puesto 7º está *Mol Hum Reprod* que tiene 6 artículos de 1994 a 1998; en el 14º la revista *Reproduction* tiene 1 artículo; en el puesto 23º se encuentra *Mol Reprod Dev* que tiene 3 artículos; y en el 27º encontramos *Reprod Fert Develop* que tiene 4 artículos. De las 261 revistas de biología molecular recogidas solo encontramos en el puesto 114 *Mol Reprod Dev* que tiene 3 artículos.

Hay 167 revistas de genética de las que solo 6 tienen algún artículo. En 11º lugar está *Prenat Diagn* con 2 artículos; en 13º lugar *Reprod Biomed Online* con 2 artículos; en el 18º *J Med Genet* con 2 artículos; en el puesto 40º la revista *BMC Genomics* con 1 artículo; en el 86º *J Hum Genet* con 1 artículo y en el 120º *J Assist Reprod Med* que tiene 28 artículos publicados sobre el “preembrión”.

Hay 7 revistas de andrología de las que solo 2 tienen un solo artículo. En 2º lugar está *Andrología* y en 5º lugar *Asian J. Androl*.

De un total de 18 revistas de ética médica (no aparece bioética) se han encontrado solo 2 revistas. En quinto lugar está *J Med Ethics* con 3 artículos y en séptimo lugar *Bioethics* con 1 sólo artículo. Pero no aparece ningún artículo publicado en las 3 primeras revistas de este campo: *Am J Bioethics*, *Dev World Bioeth* y *Hastings Cent Rep*. De 52 revistas de ética (en general) se han encontrado solo 3 revistas. En 5º lugar está *J Med Ethics* con 3 artículos; en 7º lugar *Bioethics* con 1 sólo artículo y en el puesto 23º está *J Med Philos* con 6 artículos. Pero no aparece ningún artículo en las 4 primeras revistas de este campo: *Am J Bioethics*, *Dev World Bioeth*, *Bus Ethics Q* y *Hastings Cent Rep*.

Hay 17 revistas de derecho, cada una de las cuales tiene un solo artículo que, en la mayoría de estas revistas, ha sido publicado en los últimos cinco años. Entre la relación de las 143 revistas recogidas en la Web of Science hay 4 revistas de las 17. La de mayor índice de impacto de las 143 es *Harv Law Rev*, que publicó un artículo en el año 2001. Las otras tres están en los puestos 10º, 43º y 70º.

Hay otros grupos de revistas de Salud Pública y Servicios, de Asuntos Sociales o de Ciencias Sociales, en los que está incluida alguna de las revistas, pero ninguna de ellas es importante dentro de su grupo y no añade mucho más a lo indicado hasta aquí.

## 6. Los autores y el “preembrión”

El último aspecto que investigamos (objetivo d) es el de los autores –primeros firmantes– que publican más artículos sobre el “preembrión”. Revisando los 437 artículos se ha encontrado 56 autores que han publicado más de dos artículos; de ellos 10 tienen 3 artículos; 7 autores tienen 4 artículos y 5 autores más de 6 artículos (Andersen CY, Sauer MV, Schenker JG, Fukuda M y Veeck LL).

Algunos de los autores que han publicado más artículos son también coautores firmantes de otros artículos de modo que incrementarían su número total. Por ejemplo, Andersen CY es también uno de los firmantes de los 6 artículos de Fukuda M. También por ejemplo, Veeck LL que participa en otros 8 artículos. Otro autor, Schenker JG colabora en otros 5. En cuanto a Sauer MV que tiene 7 artículos, 6 de ellos son publicados del año 1989 a 1991.

Otro aspecto sobre el que nos parece interesante llamar la atención es que algunos de los autores que son especialmente conocidos porque empezaron a usar el término en los primeros años o por estar presentes en las primeras discusiones sobre el “preembrión” tienen pocos artículos, que además son publicados en los primeros años y que luego dejan de publicar sobre el tema o que incluso no usan la palabra en el título de otros artículos publicados con posterioridad. Ejemplos de esto son Anne

McLaren (2 artículos en 1987), Clifford Grobstein (3 artículos, uno en 1979, otro en 1988 y otro en 1989), Howard Jones Jr (1 artículo en 1989), Richard McCormick (3 artículos, uno en 1987 y dos en 1991) y John Robertson (3 artículos, dos de 1991 y uno de 1992). Muchos de los autores de los que hemos hablado al inicio de este apartado llegan a esta cuestión más tarde en el tiempo y una gran parte de sus artículos son principalmente de temas relacionados con las técnicas de reproducción asistida.

Por último hay autores que por el contenido de sus artículos o, simplemente, por el título de los mismos, podemos comprobar que su artículo es una crítica a este término o no están de acuerdo con su uso<sup>19</sup>.

19 Kischer, CW. “The big lie in human embryology: the case of the preembryo”. *The Linacre Quarterly*. Nov; 64 (1997), 53-61. Pellegrino, E.D. “The pre-embryo: an illusory category of convenience”. *Pediatrics in Review*. Aug; 20 (1999), e32-34; discussion, e38-39. Sermonti, G. “Preembryos for Molocho”. *Rivista di Biologia*. 79 (1986), 377-378. McCormick, R.A. “Ethics of reproductive technology: AFS recommendations, dissent”. *Health Progress*. Mar; 68 (1987), 33-37. Sermonti, G. “The sacrifice of pre-embryos”. *Rivista di Biologia*. 79 (1986), 377-380. Jones, D.G., Telfer, B. “Before I was an embryo, I was a pre-embryo: or was I?”. *Bioethics*. Jan; 9 (1995), 32- 49. Thorne, R., Kischer, C.W. “Embryos, preembryos, and stem cells”. *Fertility and Sterility*. Dec; 78 (2002), 1355. Nathanson, B. “Of pre-embryos and Bourbon kings”. *Ethics & Medicine*. Spring; 8 (1992), 1-3. Macklin, R. “Splitting embryos on the slippery slope: ethics and public policy”. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. Sep; 4 (1994), 209-225. Sureau, C. “Reproductive medicine – moral, conceptual and ethical considerations”. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. Jun 7; 178 (1994), 1145-1154. Mulkay, M. “The triumph of the pre-embryo: interpretations of the human embryo in Parliamentary debate over embryo research”. *Social Studies of Science*. Nov; 24 (1994), 611-639. Corral García, E. “The juridical desprotection of the human embryos post the new law of human assisted reproduction and the law of



## 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos podemos enunciar con claridad una serie de hechos relacionados con la utilización de la palabra “preembrión” en la literatura biomédica:

El término “preembrión” apareció en la literatura biomédica en 1979, permaneciendo durante unos 6 años sin volver a aparecer, y tras un aumento de artículos que abarca la década de los años 90 –con un máximo en el año 1997 de 35 artículos– empieza a decrecer su uso sin haber llegado a desaparecer del todo. Esto sucede tanto con el término empleado en general como cuando se usa referido a la especie humana. Este proceso es mucho más acusado referido a las especies animales. Mientras se da este proceso con el término “preembrión”, es muy evidente que el resto de los términos sinónimos –“embrión”, “embrión preimplantatorio”, “embrión temprano”, “blastocisto” y “cigoto”– su uso no ha cesado de crecer durante estos años, con muy pocas excepciones, tanto en general como referido a la especie humana y a otras especies animales, siendo mayor el aumento de algunos de estos términos referidos a “mouse” que a la especie humana, cosa que nunca ocurre con el término “preembrión”.

Además, si atendemos a otras cifras, por ejemplo, la utilización del término “embryo” es mayor que la del término “preembryo” en una cantidad absolutamente relevante. Así, en el año 1997 que es el

año de mayor número de citas del término “pre-embryos”, éste sólo es citado 35 veces en general y 26 como “human pre-embryos” frente a 9371 “embryos”, 5205 “human embryos”, 1656 “early embryos”, 696 “human early embryos”, 777 “preimplantation embryos”, 389 “human preimplantation embryos”, 355 “human blastocyst” y 81 “human zygote”. En ese mismo año hay 1783 citas de “mouse embryos”, 465 “mouse early embryos”, 258 “mouse preimplantation embryos” y 244 “mouse blastocyst”<sup>20</sup>. En síntesis, esto indica que lejos de sustituir el término “preembrión” a los clásicos términos embriológicos que denominan al embrión antes de la implantación, la palabra “preembrión” parece no afectar al uso de los mismos. Es evidente que el término “preembrión” es cada vez menos usado en la literatura científica, confirmando la tendencia ya advertida en un anterior estudio hasta 2011<sup>21</sup>. Quizá se podría argüir que el término “embryos” abarca no sólo los 14 primeros días, sino un periodo de tiempo más largo, lo que haría que la comparación indicada anteriormente no fuera adecuada. Esto es cierto, pero al mismo tiempo hay que indicar que la fecundación “*in vitro*” ha impulsado enormemente los estudios de embriología concentrándose la mayoría de ellos en el embrión preimplantatorio o durante las primeras fases de su desarrollo. Además, muchos de los artículos en los que se usa el término “embryo” se refie-

biomedical investigation”. *Cuadernos de Bioética*. May-Aug; 20 (2009), 183-200. Ferrer Colomer M., Pastor LM. “The preembryo’s short lifetime. The history of a word”. *Cuadernos de Bioética*. Sep-Dec; 23 (2012), 677-694.

20 Ferrer Colomer, M. *El término “preembrión”: génesis, bases biológicas que lo sustentan y uso en la literatura científica y bioética*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, 2007: 394.

21 Vivanco, L., Bartolomé B., San Martín, M y Martínez, A. “Bibliometric analysis of the use of the term *preembryo* in scientific literature”. *Journal of the American Society for information science and technology*, 62 (5) (2011), 987-991.



ren al embrión de una, dos, cuatro, ocho o más células o, al menos, en sus primeras fases del desarrollo. Incluso bastantes de los artículos encontrados en la búsqueda sobre el “preembrión” usan en su título el término “embryo”. Es más, muchos de los artículos que se han comentado podrían engrosar otros de los términos como “preimplantation embryos”, “early embryos”, “blastocyst”, etc.

Así pues, como se puede deducir de los datos obtenidos en este trabajo, los autores de los artículos no tienen reparo en seguir usando una terminología distinta a la palabra “preembrión”, sino que también, y esto es muy importante, los miembros de los “editorial board” consienten estos términos en los artículos aceptados para su publicación.

También se ha encontrado una elevada proporción de uso del término “preembrión” referido a “human” en comparación con “mouse” y, aún más, respecto a otras especies animales, en los que casi no se usa. Nos parece pues, que se aprecia como un sesgo lingüístico que lleva a utilizar en el caso de los seres humanos más veces el término “preembrión” que cuando lo comparamos con lo que sucede con otras especies animales. De hecho, en ellos, el término “mouse” es muy frecuentemente encontrado en números absolutos acompañando a otros términos como: “preimplantation embryos”, “early embryos”, “blastocyst”. Incluso a veces con cifras más elevadas que aplicadas a “human”. El sesgo se pone de manifiesto en que no existe tanta diferencia entre lo encontrado en la especie humana y en las especies animales cuando se comparan los términos más habituales de la embriología

clásica referidos a las primeras fases del desarrollo y lo que sucede cuando entre los elementos de la comparación interviene el término “preembrión”. Esta palabra tiene un uso hipertrofiado en seres humanos sin un motivo aparente; da la sensación de que sólo, o mayoritariamente, son “preembriones” los humanos y no tanto los animales. Esto avalaría el carácter artificial de este término, pues si designara correctamente una fase concreta del desarrollo debería ser aplicado por igual en todas las especies estudiadas.

Por último, el término “preembrión” es utilizado un mayor número de veces por tres revistas. Estas son de alto índice de impacto en el área de obstetricia y ginecología, y acumulan una gran cantidad de artículos sobre reproducción asistida. En cambio, no aparece –o con muy pocas citaciones– en las mejores revistas de biología del desarrollo y en dos de las revistas dedicadas a revisiones sobre reproducción (“*Human Reproduction Update*” y “*Current Opinion in Obstetric and Gynecology*”). Estos hechos nos hacen pensar que el uso de la palabra “preembrión” se concentra en las revistas más conectadas con la difusión de los estudios de reproducción asistida in vitro.

Como decíamos en la introducción, después de unos años de relativa efervescencia con el uso del término “preembrión”, en los que dejaron una fuerte impronta los comités éticos de sociedades de fertilidad y los colegios profesionales de ginecología y obstetricia de Estados Unidos, Gran Bretaña y Australia, observamos que los diferentes comités éticos nacionales o internacionales que posteriormente han tenido la oportunidad de irse pro-



nunciado sobre los mismos temas de la fecundación *in vitro* o la investigación con embriones, o sobre la creación de embriones para investigar, o sobre otros asuntos novedosos como la clonación humana y el uso de células madre embrionarias-, todos estos comités, con pocas excepciones, han dejado de hablar del “preembrión”. Esto ha acabado teniendo un reflejo en el uso decreciente del término en la literatura científica y bioética y en los autores que lo emplean.

Incluso en los países que han tenido la mayor influencia para que se difundiera el término “preembrión” –Estados Unidos y Gran Bretaña–, no tardaron mucho en dejar de usarlo. En Estados Unidos, tras el informe del Comité Ético de la AFS de 1986, el siguiente Comité Ético, este, de nivel nacional, el HERP en 1994, dejó de usar el término, mientras emplea el de embrión “preimplantatorio”. Seis años duró la singladura del “preembrión”. En Gran Bretaña, la historia contada se podría resumir en que aparece muy poco tiempo en “unos papeles” del VLA en 1985, y desaparece casi más rápido de lo que había aparecido.

En conclusión, lejos de sustituir a clásicos términos de la embriología la palabra “preembrión” parece no afectar su uso y actualmente tiene un empleo residual. Así mismo, esta palabra ha tenido un uso hipertrofiado en seres humanos sin un motivo aparente, lo cual avalaría el carácter artificial de este término. Nos parece que no fue la existencia de una realidad que necesitara ser aclarada con la ayuda de una nueva palabra el origen de ella. Más bien fue el intento de crear una nueva entidad llenándola de contenido mediante

la transferencia a ella de ciertas argumentaciones nacidas en el debate cuando se deseaba justificar la destrucción de embriones que se produce en el entorno de la FIV. Esta afirmación quedaría avalada por el hecho de que en las discusiones actuales sobre la condición humana del embrión no es utilizado este término para justificar la destrucción o la manipulación del embrión humano que se está produciendo.

## REFERENCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) nº 347, *Using Preimplantation Embryos for Research*, [Pub. en línea] [http://www.acog.org/from\\_home/publications/ethics/co347.pdf](http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/co347.pdf) [Consulta: 21/01/2017].
- American Fertility Society, “Ethical Consideration of the New Reproductive Technology”, *Fertility and Sterility*. Sept; 46 (1986), nº 3, suppl, 1s-94s.
- Barmat LI, Worrilow KC, Paynton B. V. “Growth factor expression by human oviduct and buffalo rat liver coculture cells”. *Fertility and Sterility*. Apr; 67 (4) (1997), 775-779.
- Barnett D.K., Bavister B. D. “Inhibitory Effect of Glucose and Phosphate on the Second Cleavage Division of Hamster Embryos: is it Linked to Metabolism?”, *Human Reproduction*. vol 11, nº 1 (1996), 177-183.
- Bernardi M.L., Delouis C. “Sex-related Differences in the Developmental Rate of in-vitro Matured/in-vitro Fertilized Ovine Embryos”, *Human Reproduction*. vol 11, nº 3 (1996), 621-626.



- Chief Medical Officer's Expert Group, *Stem Cell Research: Medical Progress with Responsibility*. A Report from the Chief Medical Officer's Expert Group Reviewing the Potential of Developments in Stem Cell Research and Cell Nuclear Replacement to Benefit Human Health. London, 2001, Department of Health.
- Convenio de Oviedo, Artículo 18: "Experimentación con embriones *in vitro*".
- Corral García, E. "The juridical desprotection of the human embryos post the new law of human assisted reproduction and the law of biomedical investigation". *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20(69): 183-200.
- De Miguel Beriain, I. "El embrión y la biotecnología. Un análisis ético-jurídico", Biblioteca de Derecho y Ciencias de la Vida. Edit. Comares. Granada. 2004, 149, nota al pie 308.
- De Sutter P., Dozortsev D., Quian C., Dhont M. "Oocyte Morphology does not Correlate with Fertilization Rate and Embryo Quality after Intracytoplasmic Sperm Injection", *Human Reproduction*. vol 11, nº 3 (1996), 595-597.
- Eisenberg, V. H., Schenker, J. G. "The ethical, legal and religious aspects of pre-embryo research", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 75 (1997), 11-24, ver 17.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law, "The moral status of the pre-implantation embryo", *Human Reproduction*. 16 (2001), 1046-1048, ver 1047.
- Feng H.L., Wen X.H., Amet T., Presser, S. C. "Effect of Different Co-culture Systems in Early Human Embryo Development". *Human Reproduction*. vol 11, nº 7 (1996), 1525-1528.
- Ferrer Colomer, M., Pastor, L. M. "The preembryo's short lifetime. The history of a word". *Cuadernos de Bioética*. 2012; 23(79): 677-694.
- Ferrer Colomer, M. *El término "preembrión": génesis, bases biológicas que lo sustentan y uso en la literatura científica y bioética*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, 2007: 394.
- Ferrer Colomer, M., Pastor García, L. M. "Génesis y uso del término 'pre-embrión' en la literatura científica actual". *Persona y Bioética*, Año 2, nº 2 (1998), 3-27.
- Grobstein, C. "External Human Fertilization". *Scientific American*. vol. 240, (June 1979), 33-43.
- Gurevich M, Shemesh M. "Induction of cyclooxygenase and prostaglandin E2 production by the bovine pre-embryo". *Reproduction Fertility and Development*. 6 (6) (1994), 687-691.
- Herranz, G. *El embrión ficticio. Historia de un mito biológico*. Ediciones Palabra, Madrid, 2013, 41-65.
- Johnson D. E., Hodgen G. D. "Syringe-associated toxicity of culture media on mouse and monkey preembryos". *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*. Aug; 8 (4) (1991), 198-201.
- Jones, D.G., Telfer, B. "Before I was an embryo, I was a pre-embryo: or was I?". *Bioethics*. Jan; 9 (1995), 32-49.
- Jones, H. W. Jr. "The Status of Regulation of Assisted Reproductive Technology in the United States", *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 10 (1993), 331-336, ver 333.



- Kischer, C. W. "The big lie in human embryology: the case of the preembryo". *The Linacre Quarterly*. Nov; 64 (1997), 53-61.
- Kligman I., Benadiva C., Alikani M., Muné S. "The Presence of Multinucleated Blastomeres in Human Embryos is Correlated with Chromosomal Abnormalities", *European Society for Human Reproduction and Embryology*, vol 11, nº 7 (1996), 1492-1498.
- Lacadena, J. R. "La Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida: consideraciones científicas y éticas", *Law and the Human Genome Review*. Jan- Jul; 24 (2006), 157-184, ver 161.
- Machaty Z, Paldi A, Csaki T, et al. "Biopsy and sex determination by PCR of IVF bovine embryos". *Journal of Reproduction and Fertility*. Jul; 98 (2) (1993), 467-470.
- Macklin, R. "Splitting embryos on the slippery slope: ethics and public policy". *Kennedy Institute of Ethics Journal*. Sep; 4 (1994), 209-225.
- Maureen L., C. "The Role of Maternal-Effect Genes in Mammalian Development: Are Mammalian Embryos Really an Exception?". *Stem Cell Reviews and Reports*. 12 (2016), 276-284.
- McCormick, R. A. "Ethics of reproductive technology: AFS recommendations, dissent". *Health Progress*. Mar; 68 (1987), 33-37.
- Mulkay, M. "The triumph of the pre-embryo: interpretations of the human embryo in Parliamentary debate over embryo research". *Social Studies of Science*. Nov; 24 (1994), 611-639.
- Nathanson, B. "Of pre-embryos and Bourbon kings". *Ethics & Medicine*. Spring; 8 (1992), 1-3.
- National Bioethics Advisory Commission, *Ethical Issues in Human Stem Cell Research: Report and Recommendations of the National Bioethics Advisory Commission*, NBAC, Rockville, MD, 1999.
- National Institutes of Health (NIH), *Report of the Human Embryo Research Panel (HERP)*. 2 vols. Bethesda, MD: NIH, 1994.
- Nisker, J. "The Latest Thorn by Any Other Name: Germ-Line Nuclear Transfer in the Name of 'Mitochondrial Replacement'". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 37 (9) (2015), 829-831.
- Pellegrino, E. D. "The pre-embryo: an illusory category of convenience". *Pediatrics in Review*. Aug; 20 (1999), e32-34; discussion, e38-39.
- Piciocchi, C., Martinelli, L. "The change of definitions in a multidisciplinary landscape: the case of human embryo and pre-embryo identification". *Croatian Medical Journal*. 57 (2016), 510-515.
- Pollard J. W., Plante C., Leibo S.P. "Comparison of Development of Pig Zygotes and Embryos in Simple and Complex Culture Media", *Journal of Reproduction and Fertility*. 103 (1995), 331-337.
- Sermonti, G. "The sacrifice of pre-embryos". *Rivista di Biologia*. 79 (1986), 377-380.
- Sermonti, G. "Preembryos for Moloch". *Rivista di Biologia*. 79 (1986), 377-378.
- Sureau, C. "Reproductive medicine – moral, conceptual and ethical considerations". *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. Jun 7; 178 (1994), 1145-1154.
- Tauer, C. A. "Embryo Research and Public Policy: a Philosopher's Appraisal", *Journal of Medicine and Philosophy*. 22 (1997), 423-439.

Thorne, R., Kischer, C. W. “Embryos, pre-embryos, and stem cells”. *Fertility and Sterility*. Dec; 78 (2002), 1355.

Vivanco, L., Bartolomé B., San Martín, M y Martínez, A. “Bibliometric analysis of the use of the term *prembryo* in scientific literatura”. *Journal of the American*

*Society for information science and technology*, 62 (5) (2011), 987-991.

Voluntary Licensing Authority for Human *In vitro* Fertilisation and Embryology, *Guidelines for both clinical and research applications of Human In vitro Fertilisation*, London 1985.



---

# LA CONVENCION SOBRE LA LUCHA CONTRA EL TRAFICO DE ORGANOS, UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA\*

---

MARÍA ÀNGELS PORXAS ROIG

## RESUMEN

El artículo analiza jurídicamente desde una perspectiva bioética el Convenio sobre la lucha contra el tráfico de Órganos del Consejo de Europa (2015). Se sistematizan y se reflexiona sobre los valores y novedades que aporta el Convenio: la mercantilización del cuerpo humano como vulneración de los derechos humanos y la delimitación de las donaciones de órganos a los actos de gratuidad con consentimiento informado. El Convenio es significativo por su aporte a los derechos humanos y al debate sobre la libre disponibilidad del cuerpo. Pero no se posiciona sobre ciertas cuestiones altamente controvertidas: la donación por parte de personas incapaces de consentir y la compensación por donación; dando un amplio margen de apreciación a los Estados que puede mermar su potencial efectividad.

*Palabras clave:* Convenio contra el Tráfico de Órganos; donación; bioética; trasplantes; compensación; mercantilización; consentimiento.

## 1. INTRODUCCIÓN

El Convenio contra el Tráfico de Órganos (CTO) del Consejo de Europa, abierto para firma y ratificación en marzo de 2015 en Santiago de Compostela, es el primer instrumento internacional vinculante dedicado exclusivamente a la lucha contra el tráfico de órganos.

La escasez de órganos disponibles ha llevado a muchos países a elaborar estrategias y sistemas nacionales de trasplante

destinados a aumentar su oferta<sup>1</sup>. Uno de los sistemas de trasplante globalmente reconocido y líder mundial, con más de 36 donantes por millón de población (pmp), es el Modelo Español. El éxito de este modelo se debe a un conjunto de medidas transversales que engloban aspectos legales, económicos, políticos y médicos: una coordinación a todos los niveles, una comunicación eficaz y transparente a la

---

1 Organización Mundial de la Salud, "Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos", WHA63.22, 21 de mayo de 2010, disponible en: <http://www.who.int/transplantation>.

\* Rev Bio y Der. 2017; 40: 141-155.

población sobre la donación y el trasplante, así como una legislación adecuada con claras definiciones de muerte encefálica, de las condiciones para la extracción de órganos, de la ausencia de motivación económica, etc. A pesar de ello, España cuenta con una lista de espera para recibir un órgano de aproximadamente 5000 personas y todavía un 10% de los pacientes mueren durante este período de espera<sup>2</sup>.

Se calcula que de los más de 119.000 trasplantes de órganos anuales<sup>3</sup>, entre un 5% y un 10% de los trasplantes de hígado provienen de transacciones comerciales<sup>4</sup>, con una clara tendencia a ser los países denominados “en vías de desarrollo” en las regiones de Asia, África, América Latina y Europa del Este los principales exportadores de órganos, y principalmente los habitantes de los países de Norte América, Europa Occidental e Israel, los recibidores de dichos órganos. La compraventa de órganos, pues, aunque difícilmente cuantificable debido a su naturaleza de comercio ilícito, es una realidad y está vinculada al denominado “turismo de trasplante”. Esta actividad ha sido descrita por la Declaración de Estambul como el movimiento de órganos, donantes, receptores o profesionales del trasplante a través de fronteras jurisdiccionales con objetivos de trasplante que implican tráfico de órganos o comercialización del trasplante.

En el campo de las transacciones comerciales de órganos humanos, Irán constituye una experiencia paradigmática. Este país, con una política de regularización de la compraventa de órganos monopolizada por el Estado, se vanagloria de haber eliminado las listas de espera de los enfermos que esperan un trasplante de órganos, así como el mercado negro de hígados<sup>5</sup>. A pesar de estos datos exitosos, su política de trasplante no se libra de críticas y debates, particularmente alrededor de la idea de la cosificación del cuerpo humano, la explotación de los pobres, la estigmatización de los donantes y la supresión de la donación altruista<sup>6</sup>.

El CTO, tal como se afirma en su preámbulo, viene a completar los instrumentos jurídicos existentes en el ámbito de la trata de seres humanos, mediante la tipificación de nuevos delitos. El Protocolo para Prevenir, Reprimir y Castigar la Trata de Personas, que suplementa el Convenio de Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000); el Convenio en Acción contra el Tráfico en Seres Humanos del Consejo de Europa (2005), que criminaliza el tráfico con humanos destinado a la extracción de órganos; así como el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (1997) y su Protocolo adicional sobre el trasplante de órganos y de tejidos de origen humano (2002), conforman el marco jurídico internacional que el CTO viene a suplir.

2 Organización Nacional de Trasplantes. Ver en: <http://www.ont.es/>.

3 Global Observatory on Organ Donation and Transplantation, “Report on Organ Donation and Transplantation Activities”, 2014, disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/reports/>.

4 Lopez Fraga, Marta *et al*: “A needed Convention against trafficking in human organs”, *The Lancet*, Vol 383, 28 de junio de 2014, 2187-2188

5 Aramesh, Kiarash, “A closer look at the Iranian Model of Kidney Transplantation”, *American Journal of Bioethics*, Vol. 14, núm. 10, 2014, 35-36.

6 Idem.



Ya encontramos una prohibición específica a las transacciones financieras con el cuerpo humano en el artículo 21 del Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina ; y más recientemente, también en el artículo 22 del Protocolo Adicional referente al Trasplante de Órganos y Tejidos de Origen Humano, se prohíbe de forma más concreta el tráfico con órganos y tejidos. El principio ético-filosófico de la prohibición de lucro con el cuerpo humano, sobre el que se basan estas restricciones, aunque generador de disenti- miento entre la doctrina<sup>7</sup>, fue incluido en 2010 entre los Principios Rectores de la Organización Mundial de la Salud sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos (2010).

Dos años antes, en 2008, el mismo fue acuerdo de consenso entre los partici- pantes en la Cumbre Internacional sobre turismo de trasplantes y tráfico de órganos y los miembros de *la Transplantation Society* y la Sociedad Internacional de Nefrología, propulsores de la Declaración de Estambul en Tráfico de Órganos y Turismo de Trasplante (2008), sin fuerza vinculante pero un referente en el asentamiento de los principios éticos del trasplante de órganos.

Fue también en 2008 cuando el Consejo de Europa y la Organización de las Naciones Unidas llevaron a cabo un Estudio Conjunto<sup>8</sup> sobre el tráfico de órganos, del que posteriormente nacería el CTO, con-

cluyendo con una serie de prioridades ne- cesarias: 1) Diferenciar claramente entre tráfico en seres humanos para la extrac- ción de órganos, y la extracción *per se*; lo que no se había hecho en un instrumento vinculante hasta el momento; 2) apoyar el principio de prohibición de lucrarse con el cuerpo humano o sus partes; 3) promover la donación de órganos; y 4) encontrar una definición consensuada internacio- nalmente para el tráfico de órganos, cé- lulas y tejidos.

En lo siguiente analizo la consecución de estos objetivos y reflexiono sobre los valo- res y novedades que aporta el Convenio jurídicamente y en clave bioética en el campo del tráfico de órganos y la protec- ción de los derechos humanos.

## 2. LOS PRINCIPIOS Y NOVEDADES DEL CONVENIO

El CTO es un convenio de derecho crimi- nal porque lucha contra el tráfico de órga- nos mediante la obligación a los Estados Parte de criminalizar dichas prácticas, particularmente mediante la introducción de nuevas ofensas que suplementan los instrumentos legales existentes. Su firma está abierta a Estados no parte del Con- sejo con el objetivo de contribuir de una forma significativa a la erradicación de estas prácticas.

La importancia del Convenio en relación a los derechos humanos radica en que re- conoce la extracción ilícita de órganos *per se* cómo un abuso de derechos humanos, independiente del uso posterior de los órganos y de la condición del donante de

7 Para más información leer: Koplin, J., (2014), y Zargooshi, J., (2014), S. Jecker, N., (2014) y Lawlor, R., (2011).

8 Caplan, Arthur *et al.*, "Trafficking in organs, tis- sues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs", Estudio Conjunto del Consejo de Europa/ Naciones Uni-

das, Directiva General de Derechos Humanos y Asuntos Jurídicos del Consejo de Europa, 2009.



persona explotada. Una necesidad que ya había sido puesta de manifiesto anteriormente<sup>9</sup>. Hasta ahora el tráfico estaba asociado a la explotación de la persona donante y al posterior trasplante de órganos; así, por ejemplo, aquellos que habían consentido a donar a cambio de un beneficio económico, o simplemente habían cedido bajo métodos manipulativos, pero donde no había mediado la fuerza o coerción, no entraban en el ámbito del tráfico de órganos, tampoco cuando el órgano extraído era usado para otros fines diferentes al trasplante. Con la introducción de este concepto de extracción ilícita desvinculado del contexto y del uso posterior que se haga de los órganos, se pretende conseguir un mayor alcance. Además, el uso subsecuente de los órganos ilícitamente extraídos, ya sea la implantación u otro distinto, también será considerado un delito separadamente, cuando cometido intencionadamente (art. 5). Este punto, por sí mismo, representa un gran avance para los derechos humanos.

El CTO construye el concepto de “órgano ilícitamente extraído” sobre los principios del consentimiento libre e informado y la gratuidad de la donación, claramente establecidos en el artículo 4 del texto y cuya ausencia es condicionante para la existencia de tráfico:

(...) deberá tipificarse como delito en el Derecho interno de los Estados Parte la extracción, intencionada, de órganos humanos de donantes vivos cuando esta se realiza sin el consentimiento libre,

informado y específico del donante o cuando a cambio de la extracción se haya ofrecido o se haya concedido al donante vivo, o a un tercero, un beneficio económico o ventaja comparable.

Respecto al donante cadáver y a su consentimiento, el Convenio establece que la extracción debe ser autorizada por la legislación interna, evitando posicionarse entre uno de los dos sistemas utilizados por los Estados para la extracción cadáver: el *opt-in*, aquél en que se exige el consentimiento previo del fallecido durante la vida, o en su forma más amplia, el de la familia del fallecido después de su muerte; o el *opt-out*, aquél en que se presume la voluntad de donar a no ser que el muerto se hubiera opuesto expresamente. Una regulación que se posicionara únicamente a favor de una de las dos prácticas hubiera implicado la criminalización automática de los sistemas nacionales de trasplante de algunos países. Así, se considerará extracción ilícita de órganos, y por lo tanto constituirán tráfico de órganos, aquellas extracciones con ausencia de consentimiento libre, informado y específico del donante o de la familia en caso de donación cadáver y/o en las que no haya gratuidad.

El Convenio establece un *catch-all approach*, en la que todos los actores involucrados en los actos de tráfico, tanto en su promoción, propuesta, captación, ofrecimiento, aceptación, preparación, preservación, almacenamiento, transporte, traslado, recepción, importación y exportación de órganos humanos ilícitamente extraídos (arts. 7 y 8), deberán ser criminalizados. Así, todo los que participen en alguno de estos actos, haciendo un énfasis especial en los profesionales sanitarios, tanto trabajadores públicos como de en-

9 Budiani-Saberi, Debra & Columb, Seán, “A human rights approach to human trafficking for organ removal”, *Medical Health Care and Philosophy*, Vol. 16, 2013, 897-914; Caplan, Arthur *et al.*, *op. cit.* 8.



tidades privadas, así como en las corporaciones, deberán ser perseguidos y se les exigirá responsabilidad. El Convenio solo es neutral respecto al donante y al receptor, a los que los Estados pueden optar discrecionalmente para criminalizar, o no hacerlo. Arriesgándose con esta ambigüedad a que estos sujetos pasen a ser a su vez víctimas y perpetradores.

### 3. CONTROVERSIAS Y CUESTIONES NO RESUELTAS: LA DONACIÓN DE PERSONAS QUE NO TIENEN CAPACIDAD PARA CONSENTIR Y LA COMPENSACIÓN POR DONACIÓN

El Convenio, como culminación de un proceso de negociación entre estados con sistemas legislativos y éticos diversos, encuentra en el consentimiento y la no mercantilización del cuerpo humano dos puntos de entendimiento con el consecuente aporte a la bioética. Pero estos principios no son absolutos:

Por un lado, respecto al consentimiento, se permite a los Estados hacer una reserva de ley a este punto; es decir, no vincularse opcionalmente al requisito del consentimiento libre, informado y específico. Las legislaciones nacionales son muy diversas y algunos Estados permiten la extracción de órganos de personas consideradas incapaces para consentir. Ante la ausencia de un posicionamiento ético compartido sobre esta cuestión, el Convenio opta por dar un amplio margen de apreciación a los Estados estableciendo dicha excepción, evitando así posicionarse al respecto de la delicada cuestión de la extracción a personas con graves deficiencias psíquicas o a personas cuyo estado no les permite expresar su consentimiento.

Existen dos posicionamientos irreconciliables en este ámbito: por un lado los que consideran que, por razones éticas, no puede permitirse la extracción a personas incapaces para consentir porque esto constituiría un abuso desconsiderado, una “obligación de donar” al discapacitado psíquico que no se requiere a los demás, y por lo tanto un trato desigual y discriminatorio. Por otro lado, los que consideran que es aceptable bajo ciertas circunstancias. Sus defensores argumentan que debe ponderarse el deber de proporcionar ayuda con el deber de proteger a las personas vulnerables y que, cuando la extracción no supone un agravio demasiado grande para la integridad del donante, pero el potencial beneficio para el receptor es significativo, el trasplante puede ser moralmente deseable. Desde esta posición suele defenderse la necesidad de la concurrencia de una serie de requisitos como, por ejemplo: que la donación de la persona incapaz sea el último recurso, que el receptor será familiar o persona estrechamente vinculada con el donante, que la condición médica del donante sea la adecuada y no concurra en un riesgo exagerado comparado con el esperado beneficio al receptor, así como que los posibles efectos psicológicos para el donante no sean negativos, o al contrario, que la donación le pueda proporcionar un efecto psicológico positivo<sup>10</sup>.

Conforme a estas dos líneas de pensamiento, en los sistemas nacionales hay diferentes formas de legislar la extracción de órganos a personas sin capacidad

10 Van Assche, Kristof *et al.*, “Living Organ Procurement from the Mentally Incompetent: The need for more appropriate guidelines”, *Bioethics*, Vol. 28, Núm. 3, 2014, 101-109.



para consentir. Así, encontramos Estados como Bélgica con legislaciones altamente permisibles, que consienten explícitamente este tipo de extracción, incluso para órganos que no se regeneran; u otras que no permiten la extracción a personas con discapacidades psíquicas ni en circunstancias excepcionales<sup>11</sup>. Con esta heterogeneidad de regularizaciones, lo que es lícito en un estado podría ser perseguido como tráfico de órganos en otro estado. Autores como Pietrobon A. (2016)<sup>12</sup> entienden que había formas más simples de resolver el problema. Por ejemplo, estableciendo la condición que la extracción estuviera “autorizada por la legislación interna”, igual que se resolvió con las donaciones procedentes de cadáver, logrando una mayor seguridad jurídica. Pero la divergencia era tal que los negociadores no pudieron llegar a ningún acuerdo y se optó para proveer dicha reserva de ley, “en casos excepcionales y de conformidad con las salvaguardias adecuadas”, al art. 4.1.a que exige el consentimiento libre, informado y específico del donante, lo que deja la puerta abierta a la extracción a personas sin capacidad para consentir, entre otras situaciones como podrían ser la extracción sin consentimiento en situaciones de urgencia, sin especificarse, además, cuáles son las salvaguardas adecuadas. En contraposición, la Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Biomedicina y su Protocolo Adicional establecen, en los artículos 20 y 14, respectivamente, que solo se podrá llevar a cabo la extracción de tejidos que se pueden regenerar a

una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento, bajo ciertos criterios exhaustivamente especificados<sup>13</sup>, pero no permiten bajo ninguna circunstancia la extracción de un órgano.

El requerimiento de algunas delegaciones durante la negociación del CTO de introducir dicha reserva<sup>14</sup>, pero sin las especificaciones de los Convenios anteriores, deja la puerta abierta a amplios margen de apreciación por parte de los Estados. Esta vaguedad, en países con legislaciones tan permisivas como la belga, o en sistemas donde no existen controles efectivos sobre el origen de los órganos, facilita la extracción sistemática a estas personas, e incluso a otros colectivos vulnerables.

A pesar de que, al llevar a cabo una reserva en este punto, el propio CTO exige que se mencione la norma nacional pertinente, en opinión de la autora esta no es garantía suficiente.

11 *Idem*.

12 Pietrobon, Alessandra. “Challenges in implementing the European Convention against Trafficking in Human Organs”, *Leiden Journal of International Law*, 2016: 29, pp. 485-502.

13 Los mismos requisitos se enumeran tanto en el artículo 20 del Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina, (1997); como en el artículo 14 del Protocolo adicional al Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina sobre el trasplante de órganos y de tejidos de origen humano (2002):i) si no se dispone de un donante compatible capaz de expresar su consentimiento; ii) si el receptor es hermano o hermana del donante;

iii) si la donación puede salvar la vida del receptor; iv) si el representante, una autoridad o una persona o instancia designada por la ley ha dado específicamente y por escrito su autorización, de acuerdo con la autoridad competente; v) si el donante potencial no expresa su rechazo a la misma.

14 Consejo de Europa, “Explanatory Report to the Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs”, *Series de Tratados del Consejo de Europa*, N° 216, Santiago de Compostela, 25 de marzo de 2015.



El amplio margen de apreciación otorgado a los Estados en este punto no resuelve el dilema que se origina por la necesidad de equilibrar el respeto por la dignidad y la autonomía de las personas y la obligación de ayudar a esos en situaciones clínicas desesperadas. Por lo general, el conflicto ético resultante de la necesidad de equilibrar el riesgo del trasplante y de sus consecuencias por parte del donante y el potencial beneficio del receptor, se resuelve con el ejercicio de autonomía del donante que expresa su consentimiento una vez ha conocido y comprendido toda la información al respecto. Esta autonomía solo se puede ver limitada por la práctica médica: cuando el beneficio del trasplante no pese más que los riesgos, o el riesgo para el donante es demasiado elevado, el profesional debe optar por no llevarlo a cabo. Precisamente, cuando un donante no puede consentir, este equilibrio se ve gravemente afectado. Además, como ya se ha mencionado, se le impone una obligación de ayudar que no se impone al resto de la población, un paradójico altruismo obligado.

Sin menoscabar la necesidad de diferenciar entre grados y formas de incompetencia, si consideramos que el consentimiento por parte de prisioneros de guerra o personas que son traficadas sería inválido porque sería imposible conocer si este ha sido viciado, deberíamos aplicar el mismo criterio al consentimiento dado por personas consideradas incapaces para decidir, ya que el mismo no se puede comprobar. De lo contrario, concurriríamos en un caso de discriminación, opuesto a uno de los principios rectores del CTO (art. 3). No permitimos bajo ninguna circunstancia la extracción de órganos a personas con ca-

pacidad para decidir sin su voluntad, pero establecemos ciertas excepciones en las que sí se permite la extracción de órganos a personas incapaces debido a la imposibilidad de conocer su voluntad al respecto. Priorizamos el beneficio del que recibirá el órgano a la autonomía del donante, lo que no hacemos cuando se trata de una persona con capacidad para consentir.

Analizar la ética de la donación por parte de personas incapaces para consentir sobrepasa el objeto de este estudio, pero es necesaria esta reflexión para comprender la importancia de la reserva establecida en el Convenio en este punto, que a pesar de ser consecuencia de la amplia divergencia ético-legislativa entre los estados en la cuestión, sitúa al CTO en contraposición con el Convenio de Oviedo y su Protocolo Adicional, los primeros tratados internacionales vinculantes que regulan cuestiones biomédicas y normativizan los principios bioéticos en el ámbito internacional.

En cambio, a pesar que el CTO no determina los requisitos para la validez del consentimiento, lo que también podría implicar diferencias sustanciales en su forma y contenido según la legislación nacional, el Informe que interpreta el Convenio<sup>15</sup> explica (pgf. 32) que el concepto de consentimiento debe ser idéntico al expresado en la Convención de Derechos Humanos y Biomedicina y su Protocolo. Por lo tanto, sí se remite a los precedentes para esta cuestión, aunque no para establecer una regla universal respecto la extracción a personas mentalmente incapaces.

15 Consejo de Europa, "Explanatory Report to the Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs", *Series de Tratados del Consejo de Europa*, Nº 216, Santiago de Compostela, 25 de marzo de 2015.



Otra cuestión controvertida y sobre la que el CTO no se ha posicionado claramente, hace referencia a la gratuidad de la donación. El Convenio especifica que “la compensación por pérdida de ganancias u otros gastos justificables causados por la extracción o las exámenes médicos pertinentes, o la compensación por daños que no sea inherente a la extracción de órganos, no serán considerados pago” (art. 4.3). Los negociadores consideraron necesario incluir esta especificación, que ya existe en el Protocolo Adicional, para distinguir claramente entre una compensación a los donantes regulada por los Estados, del beneficio económico procedente de la explotación del cuerpo o sus partes. Así, la expresión “ganancia económica o ventaja comparativa” no se aplica a un acuerdo autorizado bajo ley nacional como, por ejemplo, la donación por pares o cruzada o algún otro tipo de incentivo.

Con esta excepción a la gratuidad, lo que parecía un claro posicionamiento en contra del lucro del cuerpo, la postura más popular en Europa aunque controversia entre los bioeticistas, debemos preguntarnos si la intención del CTO es la de legitimar los mercados compensatorios regulados. Esta cláusula facilitará que Estados como, por ejemplo, Australia, donde se está llevando a cabo un programa para compensar económicamente a los donantes de órganos<sup>16</sup>, sean signatarios del Convenio, permitiendo a los gobiernos implementar políticas de provisión de compensaciones económicas a los donantes<sup>17</sup>.

16 Departamento de Salud del Gobierno Australiano, “Leave for Living Organ Donors”, ver en: <http://www.health.gov.au/>.

17 Este es un Convenio del Consejo de Europa cuya firma y ratificación está abierta a todos los Estados,

Pero, a su vez, esta vaguedad mantiene abierto el debate sobre la cosificación del cuerpo, los límites de la autonomía sobre el propio cuerpo y sus partes, y abre la puerta a las compensaciones por donación; compensaciones que son fuente de un sinnúmero de discusiones doctrinales respecto a sus impactos en la pobreza y la desigualdad; sin menoscabar la complicada tarea de delimitar dónde termina el pago y dónde empieza la compensación. En este sentido, tampoco existe evidencia sobre cuál es la opción más positiva.

Hay otras cuestiones éticamente controvertidas en la lucha contra el tráfico de órganos sobre las que el Convenio no consigue un consenso y no se pronuncia:

Primeramente, debe destacarse que el Convenio no establece una definición de tráfico de órganos, una de las cuatro necesidades primordiales destacadas por el Estudio Conjunto previo al documento<sup>18</sup>. Aunque sí diferencia por primera vez, como ya se ha mencionado más arriba, que la extracción ilegal de órganos pasa a ser una ofensa criminal en sí misma, sin necesidad de relacionarla con la explotación de personas. Lo que implica el reconocimiento internacional del tráfico de órganos como una violación de derechos humanos “per se”.

Por otro lado, reconociendo que esta es una práctica de carácter marcadamente transnacional, el Convenio establece obligaciones de cooperación entre los Estados (art. 17) y abre a Estados no parte del Consejo de Europa la firma y ratificación del mismo. Teniendo en cuenta que la

con el objetivo de conseguir más eficiencia.

18 Caplan, Arthur *et al.*, *op. cit.* 7.



obtención de órganos por nacionales de países económicamente más favorecidos en países menos desarrollados constituye una realidad y uno de los motores económicos del tráfico de órganos, la garantía que dichos trasplantes serán llevados a cabo bajo los principios del consentimiento informado y la gratuidad son dudosos, favoreciendo la explotación de los sujetos más vulnerables en las regiones con menos garantías. El artículo 10 del CTO, consecuente con la naturaleza transfronteriza de la práctica que se quiere eliminar y con el carácter de un instrumento criminal, establece la posibilidad de que los Estados Parte persigan las ofensas cometidas por alguno de sus nacionales o por los que residen ahí habitualmente, independientemente de donde se cometa dicha ofensa, así como la persecución de extracciones de órganos que se lleven a cabo fuera de su sistema de trasplante. Haciendo una lectura amplia de este artículo, existiría la posibilidad de luchar contra el “turismo de trasplante” mediante el ejercicio de la jurisdicción extraterritorial, aunque no hay una referencia explícita al mismo.

Pero en oposición a esta interpretación, en el párrafo 3 del mismo artículo se establece de nuevo una reserva de ley, dejando a discreción de las partes la persecución extraterritorial de sus nacionales; con lo que disminuye la eficacia total del Convenio. Sin menoscabar, por último aunque no menos importante, que no resuelve como debería ponderarse el deber de confidencialidad del médico y la obligación de denunciar a un paciente del que se tiene la duda o certeza que obtuvo un órgano en el extranjero.

#### 4. CONCLUSIÓN

El CTO es un instrumento fundamental para avanzar en la lucha contra el tráfico de órganos. A pesar de no conseguir un consenso para establecer una definición de tráfico de órganos, sí reconoce por primera vez la extracción ilícita de órganos como una violación de derechos humanos “per se” sin necesidad de estar relacionada con la explotación. Además, dedica una parte de sus provisiones a reforzar los derechos de las víctimas donantes así como a la promoción de sistemas nacionales de trasplantes transparentes y equitativos, lo que ayuda a reducir la solicitud de venta de órganos y promueve las donaciones altruistas. También establece el consentimiento informado y la gratuidad de la donación como principios rectores, aunque limita la eficacia de su potencial a la voluntad de los estados de comprometerse a las responsabilidades extraterritoriales, con lo que disminuyen las opciones de luchar eficazmente contra un fenómeno transnacional y uno de los motores económicos del tráfico de órganos: el denominado “turismo de trasplante”.

El Convenio evita entrar en terrenos ética y jurídicamente complejos como la licitud de la extracción de órganos a personas sin capacidad para decidir, una cuestión muy sensible regulada por los precedentes Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina y su Protocolo Adicional, pero sobre la que los negociadores del CTO no llegan a un acuerdo, otorgando, de nuevo, un amplio margen de apreciación a los Estados que puede desproteger a ciertos colectivos vulnerables. También adopta una posición imprecisa respecto las compensaciones económicas regularizadas, prohibiendo el beneficio económi-



co o ventaja comparable pero no la mera compensación económica, con la inseguridad jurídica que supone dejar la interpretación y definición de los límites de estos términos a los Estados, pudiendo variar significativamente según el contexto.

En conclusión, el amplio margen de apreciación otorgado a los Estados para implementar los que se erigen como sus principios rectores: el consentimiento y la gratuidad de la donación; y el ambiguo o nulo posicionamiento del Convenio en algunas cuestiones controvertidas, puede mermar su potencial efectividad. La lucha contra el tráfico de órganos requiere de un posicionamiento ético claro para una legislación igualmente clara.

De todas formas, el CTO proporciona a los Estados un marco ético general compartido y una guía de mínimos para mejorar problemas complejos de salud global imposibles de solucionar sin una respuesta colectiva. Se trata de un Convenio criminal internacional, lo que constituye una aproximación al problema para una regulación efectiva de este tema, pero no la única necesaria. La tipificación penal es el último recurso para terminar con ciertas prácticas consideradas indeseadas, y es necesario para la protección de derechos y libertades fundamentales que algunos actos sean criminalizados. Pero no se puede reducir el problema a una cuestión de provisión y demanda de órganos, de crimen organizado y justicia criminal, sino que se trata, a su vez, de un asunto de derechos humanos y justicia global, amenazados por una práctica que viola derechos fundamentales, perpetúa la explotación de personas e impacta negativamente en los sistemas públicos de salud de los países afectados, y por lo que debe situarse

también en relación con la actividad del turismo de trasplante. En este sentido, brillan por su ausencia en el texto términos como justicia, autonomía o igualdad. Será necesaria hacer una lectura transversal del Convenio junto con otros tratados de derechos humanos para que esta sea completa.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aramesh, Kiarash, “A closer look at the Iranian Model of Kidney Transplantation”, *The American Journal of Bioethics*, Vol. 14, núm. 10, 2014, 35-36.
- Budiani-Saberi, Debra & Columb, Seán, “A human rights approach to human trafficking for organ removal”, *Medical Health Care and Philosophy*, Vol. 16, 2013, 897-914.
- Caplan, Arthur *et al.*, “Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs”, Estudio Conjunto del Consejo de Europa/ Naciones Unidas, Directiva General de Derechos Humanos y Asuntos Jurídicos del Consejo de Europa, 2009.
- Conferencia Internacional sobre Turismo de Trasplante y Tráfico de Órganos, “La Declaración de Estambul sobre Tráfico de Órganos y Turismo de Trasplante”, Estambul, del 30 de Abril al 2 de Mayo, 2008, disponible en: <http://www.declarationofistanbul.org/> (último acceso 10 de octubre de 2016).
- Consejo de Europa, “Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medici-



- ne: Convention on Human Rights and Biomedicine”, *ETS* N° 164, Oviedo, 4 de abril de 1997, disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164> (último acceso 10 de octubre de 2016).
- Consejo de Europa, “Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin”, *ETS* N° 186, Strasbourg, 24 de enero de 2002, disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/186> (último acceso 10 de octubre de 2016).
- Consejo de Europa, “Convention on Action against Trafficking in Human Beings”, *ETS* N° 197, Varsovia, 16 de mayo de 2005, disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/197> (último acceso 10 de octubre de 2016).
- Consejo de Europa, “Explanatory Report to the Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs”, Series de Tratados del Consejo de Europa-*ETS* N° 216, Santiago de Compostela, 25 de marzo de 2015, disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/216> (último acceso 10 de octubre de 2016).
- Koplin, Julian, “Assessing the Likely Harms to Kidney Vendors in Regulated Organ Markets”, *The American Journal of Bioethics*, Vol. 14, núm. 10, 2014, 7-14.
- Van Assche *et al*, “Living Organ Procurement for the Mentally Incompetent: the need for more appropriate guidelines”, *Bioethics*, Vol. 28, núm. 3, 2014, 101-109.
- Lawlor, Rob, “Organ sales needn’t be exploitative (but it matters if they are)”, *Bioethics*, Vol. 25, núm. 5, 2011, 250-259.
- Lopez Fraga, Marta *et al*: “A needed Convention against trafficking in human organs”, *The Lancet*, Vol 383, 28 de junio de 2014, 2187-2188.
- Organización de las Naciones Unidas, Alto Comisionado para los Derechos Humanos, “Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional”, Palermo, 15 de noviembre de 2000, disponible en: <http://www.un.org/> (último acceso 10 de octubre de 2016).
- Organización Mundial de la Salud, “Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos”, WHA63.22, 21 de mayo de 2010, disponible en: <http://www.who.int/transplantation> (último acceso 10 de octubre de 2016).
- Organización Nacional de Trasplantes. Ver en: <http://www.ont.es/> (último acceso 10 de octubre de 2016).
- Pietrobon, Alessandra. “Challenges in implementing the European Convention against Trafficking in Human Organs”, *Leiden Journal of International Law*, 2016: 29, pp. 485-502.
- S. Jecker, Nancy, “Selling Ourselves: The Ethics of Paid Living Kidney Donation”, *The American Journal of Bioethics*, Vol. 14, núm. 10, 2014, 1-6.
- Zagooshi, J., “Iranian kidney donors: Motivations and Relations with Recipients”, *Journal of Urology*, Vol. 165, 386-392.
- Global Observatory on Organ Donation and Transplantation, “Report on Organ Donation and Transplantation Activities”, 2014, disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/reports/> (último acceso 10 de octubre de 2016).

