



ISSN: 1886-5887

Revista de Bioética y Derecho

Publicación del Máster en Bioética y Derecho

EDITORIAL

Entre el fiel y el impasse de los DH

Entre el fiel y el impasse de los DH

No se añade nada nuevo si se afirma la politización publicitaria de los DH por parte de los estados y las instituciones, la existencia de diferencias profundas en la forma de conceptualizarlos y aplicarlos y la proliferación de retóricas que encubren toda suerte de abusos. La cuestión es hasta qué punto esta generalización de los DH, que oscila entre la buena fe de asumirlos como una propiedad democrática para aleccionar a los demás, la mala fe de la negociación interesada y la moda de lo políticamente correcto, pone en jaque su utilidad social y moral. Esto es, su viabilidad para dirimir y orientar las consecuencias sociales del impacto de la crisis económica -el antagonismo entre el estado que procura por su mantenimiento financiero y la decisión ciudadana que busca generar energías compensatorias-, su imparcialidad cuando se activan movimientos sociales de toda suerte que reclaman derechos civiles y justicia social, y, entre otros más, su aplicabilidad como referente clave en territorios disciplinares emergentes o en expansión como la bioética y la ética de la investigación.

Se predicán los DH como universales y están ligados al marco y las cualidades abstractas de las disciplinas, ideologías y leyes que los expresan, pero si son de interés para la Bioética como fiel de la balanza y si algún sentido tienen socialmente, ese es histórico y local, lo que se acepta en cada momento, lugar y generación, la comprensión, el uso y la decisión que dirime entre valores y necesidades, lo cual no queda lejos de los cambios a realizar respecto a lo que amparan las constituciones, sea la reproducción asistida, la interrupción del embarazo, la objeción de conciencia y otras discusiones que hoy tienden a ser propiciadas por la Bioética. En este territorio, no hay peligro en aceptar el contexto, sino en hacer de los principios y los argumentos representaciones y posiciones programáticas no co-extensivas con la comprensión y la praxis de los DH. En este sentido, la Bioética ha entrado en los DH como un revulsivo, de ser éstos el referente fidedigno a plantearse la insuficiencia de sus contenidos ante la complejidad de las cuestiones que abren los avances tecnocientíficos y la pluralidad cultural de las sociedades y colectivos. De ahí el interés de la UNESCO por modular esta relación con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos en 2005, y que ha promovido vivas discusiones como las que registra el libro *Sobre la Dignidad y los Principios*, análisis de la DU sobre Bioética y Derechos Humanos coordinado por M. Casado (2009). Y, recientemente, algunos miembros del OBD han participado en el Simposio de las Cátedras UNESCO en Derechos Humanos, Bioética, Paz, Democracia y Tolerancia (http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/index.php?option=com_events&task=view_detail&agid=215&year=2011&month=03&day=16&Itemid=80), con el lema "Desarrollar juntos un partenariado para establecer una cooperación reforzada", en la Universidad de Bergamo, en marzo de 2011. En diferentes sesiones se trataron cuestiones relativas a los mecanismos de coordinación para reforzar las redes de las cátedras de Derechos Humanos (Alfa, AECID, entre otros), formulas para implementar un plan de acción educativa y desarrollar planes docentes orientados a la formación de los DDHH así como se debatieron vivamente las relaciones entre la Bioética y los Derechos Humanos. La relación entre Bioética y DH es un debate abierto que entra de pleno en la reflexión sobre el futuro de la bioética y la bioética en el futuro, temas clave del próximo congreso de la IAB Thinking Ahead. Bioethics and the Future, and the Future of Bioethics (<http://bioethicsrotterdam.com/>) que se celebrará en Rotterdam, del 26 al 29 de junio de 2012.

ARTÍCULO

**La ética médica cuando se violan los Derechos Humanos
La participación médica en el Terrorismo de Estado
Los procesados y condenados**

CLAUDIO FRANCISCO CAPUANO*

* Claudio Francisco Capuano: Médico. Máster en Bioética y Derecho, Universidad de Barcelona, Promoción 2007-2009. Coordinador de la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina. Director del Centro de Documentación Pedro de Sarasqueta, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El ser médico y sus prácticas distan de ser una actividad más. El acceso al cuerpo del paciente y el manejo de variables dicotómicas de la envergadura de salud-enfermedad, vida-muerte, obligan a un control de aquellos que ejercerán tal profesión. La violación a los derechos humanos mediante el exterminio por motivos políticos, raciales, culturales o religiosos, ha sido uno de los ejes de la construcción y/o del ejercicio del poder. La Argentina no fue ajena a estos procesos de violencia y exterminio. El 24 de marzo de 1976 se instaló una dictadura militar en manos de las Fuerzas Armadas nacionales, que se autodenominó "Proceso de Reorganización Nacional", el cual implementó un plan sistemático represivo que requirió de una necesaria participación médica. En este artículo me propongo revisar en los juicios por violaciones a Derechos Humanos, cuántos médicos hay procesados y por qué delitos, cuántos pertenecieron o pertenecen a las Fuerzas Armadas y cuántos son civiles.

Palabras clave: derechos humanos; ética médica; juicios; bioética.

Abstract

Being a doctor and their practices are far from being just another activity. Access to the patient's body and management of dual variants of the size of health and illness, life-death requiring a control of those who exercise this profession. The violation of human rights through the extermination of political, racial, cultural or religious, has been one of the pillars of the construction and / or exercise of power. Argentina was not alien to these processes of violence and extermination. On March 24, 1976 was installed a military dictatorship in the hands of the national Armed Forces, which called itself "National Reorganization Process", which implemented a systematic plan of repression that required for necessary medical involvement. In this article I propose to review in court for violations of Human Rights, how many doctors are prosecuted and for what crimes, how many are or were part of the Armed Forces and how many were civilians.

Keywords: human rights; medical ethics; trials; bioethics.

“...sin médicos no hay tortura, el odontólogo que arrancaba la muela equivocada, el psiquiatra que retiraba la medicación...”

De la sentencia del CCD Unidad 9, La Plata, 23 de noviembre de 2010

Introducción

El ser médico y sus prácticas distan de ser una actividad más. El acceso al cuerpo del paciente y el manejo de variables dicotómicas de la envergadura de salud-enfermedad, vida-muerte, obligan a un control de aquellos que ejercerán tal profesión, control que, desde los orígenes de la medicina a la actualidad, pretendió ser garantizado por códigos, juramentos y oraciones en todas las sociedades. Por este medio, las comunidades sumaban un marco moral al saber técnico que brindaba la formación, con la creencia de reasegurar una práctica eficaz y ética de la medicina, enmarcándola, en algunos casos, en su rol social.

Desde lo que conocemos como civilización pre moderna y moderna, la violación a los derechos humanos mediante el exterminio por motivos políticos, raciales, culturales o religiosos, como uno de los ejes de la construcción y/o del ejercicio del poder, ha sido una de las formas en que las clases dominantes han logrado mantener y sojuzgar a los grupos o clases subordinados.

La Argentina no fue ajena a estos procesos de violencia y exterminio. El 24 de marzo de 1976 se instaló una dictadura militar en manos de las Fuerzas Armadas nacionales, que se autodenominó “Proceso de Reorganización Nacional”, con el fin de imponer un proyecto económico y social, en el que se cometieron delitos de lesa humanidad en el marco de un genocidio¹ que abarcó a todo el territorio nacional. En lo ideológico, las pautas eran de lucha contra el comunismo y el marxismo internacional y cualquier otro pensamiento que intentara cuestionar al capitalismo, y se materializaban en la llamada “Ideología o Doctrina de Seguridad Nacional”, elaborada por intelectuales y militares de Estados Unidos y que fue adoptada también por otras dictaduras contemporáneas de la región.

El plan de represión abarcó a todo el territorio nacional y parte del continente americano, donde actuaban en forma coordinada las fuerzas represivas de otros países, en el marco del Plan Cóndor.²

¹ Veredicto en esta causa N° 2251/06 procedente del Juzgado Federal N° 3 de la ciudad de La Plata (Septiembre 2006) contra Miguel Osvaldo Etchecolatz: *“Fue una acción de exterminio, que no se hizo al azar, de manera indiscriminada, sino que respondía a la voluntad de destruir a un determinado sector de la población, un grupo sumamente heterogéneo, pero diferenciado. El grupo perseguido y hostigado estaba integrado por aquellos ciudadanos que no respondían al tipo prefijado por los promotores de la represión como propio del orden nuevo a instaurar en el país. El grupo lo integraban ciudadanos contrarios al régimen, pero también ciudadanos indiferentes al régimen. La represión no pretendió cambiar la actitud del grupo en relación con el nuevo sistema político, sino que quiso destruir el grupo, mediante las detenciones, las muertes, las desapariciones, sustracción de niños de familias del grupo, amedrentamiento de los miembros del grupo. Esto hechos imputados constituyen delito de genocidio.”*

² Fue un Plan coordinado por la CIA (Central Intelligence Agency) del gobierno de Estados Unidos y las dictaduras militares de Sur América; en ese plan estaban los países: Argentina, Chile, Uruguay, Brasil, Bolivia, Paraguay, Perú y Ecuador, entre otros. Se basa en las experiencias de las guerras de Vietnam y Argelia, aplicando la política de terror por el Estado, y a través de las Fuerzas Armadas de estos países, combatían a

Estas acciones se llevaron a cabo mediante la creación de Centros Clandestinos de Detención, donde se comprobaron desaparición y muerte de miles de personas, tortura sistemática a los opositores y la apropiación de los niños nacidos en cautiverio.

El Estado, mediante una acción punitiva y con las Fuerzas Armadas como ejecutoras, cometió estos crímenes operando en funciones policiales y no bélicas.

En este plan sistemático represivo, se requirió de la necesaria participación médica, no ya para preservar la vida humana o tratar o prevenir la enfermedad, sino para mantenerla bajo tormento, utilizando métodos médicos para ejecuciones: adormecer a los prisioneros para luego tirarlos vivos en los vuelos de la muerte, permitir que lleguen a término los embarazos y así apropiarse de sus hijos, etc.

La participación de médicos que cometieron violaciones a los derechos humanos se enmarca en la trama que generó una serie de directivas, leyes y decretos que dieron forma administrativa a nivel nacional a la ejecución del horror en forma clandestina³, dictados en el año 1975 bajo el gobierno de María Estela Martínez de Perón. Su finalidad fue garantizar que no existiese oposición, para imponer un proyecto económico y sociocultural que fundamentó discursivamente al golpe cívico-militar.

En este artículo me propongo revisar cuántos médicos hay procesados y por qué delitos, en los juicios por violaciones a Derechos Humanos, y cuántos de ellos pertenecieron o pertenecen a las Fuerzas Armadas y cuántos no, con el propósito de comenzar a iluminar una zona oscura de nuestro pasado para que tengamos un presente más justo.

grupos de ideología marxista, catalogados como subversivos. Su acción derivó en cientos de miles de presos políticos, desaparecidos, asesinados y menores apropiados.

³ El llamado **Juicio a las Juntas Militares**, al dictar sentencia en la causa 13/84, realizó un análisis del contexto histórico y normativo en el cual sucedieron los hechos:

“La gravedad de la situación imperante en 1975...”

Ello motivó que se dictara una legislación especial para la prevención y represión del fenómeno terrorista, debidamente complementada a través de reglamentaciones militares”.

*El gobierno constitucional, en ese entonces, dictó los **decretos 261/75** de febrero de 1975, por el cual encomendó al Comando General del Ejército ejecutar las operaciones militares necesarias para neutralizar y/o aniquilar el accionar de los elementos subversivos en la Provincia de Tucumán; el **decreto 2770** del 6 de octubre de 1975, por el que se creó el **Consejo de Seguridad Interna**, integrado por el Presidente de la Nación, los Ministros del Poder Ejecutivo y los Comandantes Generales de las fuerzas armadas, a fin de asesorar y promover al Presidente de la Nación las medidas necesarias para la lucha contra la subversión y la planificación, conducción y coordinación con las diferentes autoridades nacionales para la ejecución de esa lucha; el **decreto 2771** de la misma fecha que facultó al Consejo de Seguridad Interna a suscribir convenios con las Provincias, a fin de colocar bajo su control operacional al personal policial y penitenciario; y **2772**, también de la misma fecha que extendió la «acción de las Fuerzas Armadas a los efectos de la lucha antisubversiva a todo el territorio del país»”.*

Los juicios por violaciones a derechos humanos

A mediados de la década del setenta, ante la masificación de la violación a los derechos humanos, familiares de las víctimas comienzan a organizarse, y junto con los organismos de derechos humanos que ya existían⁴ y con la creación de otros, buscan la manera de enfrentar estos crímenes. Comienzan denunciando estas violaciones por varios medios; en juzgados de todo el país, presentaban habeas corpus, que en la mayoría de los casos no prosperaban por la connivencia del poder judicial con quienes ocupaban sucesivamente el poder ejecutivo. En el año 1979, llega a nuestro país la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos (CIDH), donde el número de denuncias, a pesar de la campaña de hostigamiento por la dictadura y la complicidad de los medios de comunicación, supera las cinco mil.

Con la asunción del gobierno democrático del Dr. Raúl Alfonsín el 10 de diciembre del año 1983, a instancias de organismos de Derechos Humanos y luego desde el Poder ejecutivo, se abren nuevas causas a las ya existentes, vinculadas a violaciones de Derechos Humanos y a la desaparición forzada de personas ocurridas desde el 24 de Marzo de 1976 hasta el 10 de diciembre de 1983, las cuales se asentaron en diversos Juzgados y Cámaras de Apelaciones.

A partir de entonces, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal de la Capital Federal analizó los hechos ocurridos en el país durante el autodenominado "*Proceso de Reorganización Nacional*" en lo atinente, entre otros aspectos, al sistema represivo creado desde la cúpula del aparato estatal en la causa 13/84 (también denominada "Causa originariamente instruida por el Consejo Supremo de las Fuerzas Armadas en cumplimiento del decreto 158/83 del Poder Ejecutivo Nacional"), y en la causa 44/86 seguida contra los ex-jefes de la Policía de la Provincia de Buenos Aires, llevada adelante por el decreto 280/84 del Poder Ejecutivo Nacional.

En dicho conjunto de actuaciones, quedó acreditada la organización y funcionamiento de una estructura ilegal, organizada y dirigida por las Fuerzas Armadas, la cual tenía como propósito llevar adelante un plan clandestino de represión.

Así, la Cámara antes mencionada en ocasión del llamado **Juicio a las Juntas Militares**, al dictar sentencia en la causa 13/84, realizó un análisis del contexto histórico y normativo en el cual sucedieron los hechos.

El plan sistemático de represión de las Fuerzas Armadas tuvo un patrón común de acción, que la Cámara Federal, en la sentencia señalada precedentemente, sistematizó.⁵ Dentro de ese patrón, los médicos formaron parte del sistema represivo.

⁴ La Liga Argentina por los Derechos del Hombre (LADH) fue fundada en el año 1937; Servicio de Paz y Justicia (SERPAJ), en el año 1974: su presidente, Adolfo Pérez Esquivel, obtiene el premio Nobel de la Paz en el año 1980; Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. en el año 1975; Familiares de Desaparecidos y Detenidos por razones políticas, en enero de 1976; Movimiento Ecueménico por los Derechos Humanos (MEDH), en febrero de 1976; Madres de Plaza de Mayo, en abril de 1977; Abuelas de Plaza de Mayo, en mayo del año 1977.

⁵ La Cámara Federal sistematizó la represión de la siguiente manera:

En la actualidad

Según el informe sobre el estado de las causas por violaciones a los derechos humanos cometidas durante el terrorismo de Estado del 29 de diciembre de 2010, de la *Unidad Fiscal de Coordinación y Seguimiento de las causas por violaciones a los Derechos Humanos cometidas durante el terrorismo de Estado*, se han obtenido datos acerca del desarrollo de las causas en trámite en todo el país con el fin de conocer la cantidad de personas juzgadas, condenadas, procesadas y detenidas hasta fin de 2010, tomando como una de las principales referencias la cantidad de personas con, al menos, un auto de procesamiento dictado en su contra. De acuerdo a esto, son **820** la cantidad de personas procesadas. Es importante destacar que en los juicios por crímenes cometidos durante el terrorismo de Estado se han juzgado hasta el momento a 217 personas (juicios concluidos), de las cuales 196 fueron condenadas y 21 resultaron absueltas⁶. De los condenados, sólo 41 de ellos registran condenas firmes. El resto de los condenados tiene aún sus condenas en instancias de revisión.

La estructura de “sanidad” dentro del Terrorismo de Estado

En los juicios que se desarrollaron hubo testimonios acerca de cómo funcionaba la estructura de sanidad; esto da a suponer que se encuadraban a partir de los decretos y órdenes anteriormente citadas. Por ejemplo:

“...1) Los secuestradores eran integrantes de las fuerzas armadas, policiales o de seguridad, y si bien, en la mayoría de los casos, se proclamaban genéricamente como pertenecientes a alguna de dichas fuerzas, normalmente adoptaban precauciones para no ser identificados, apareciendo en algunos casos disfrazados con burdas indumentarias o pelucas [...]”

“2) Otra de las características que tenían esos hechos, era la intervención de un número considerable de personas fuertemente armadas [...]”.

“3) Otra de las características comunes, era que tales operaciones ilegales contaban frecuentemente con un aviso previo a la autoridad de la zona en que se producían, advirtiéndose incluso, en algunos casos, el apoyo de tales autoridades al accionar de esos grupos armados”.

“El primer aspecto de la cuestión se vincula con la denominada «área libre», que permitía se efectuaran los procedimientos sin la interferencia policial, ante la eventualidad de que pudiera ser reclamada para intervenir [...]”.

“4) El cuarto aspecto a considerar con característica común, consiste en que los secuestros ocurrían durante la noche, en los domicilios de las víctimas, y siendo acompañados en muchos casos por el saqueo de los bienes de la vivienda [...]” (cfr. La Sentencia..., Tomo I, pág. 97 y sig.).

“La planificación general y la supervisión táctica [del plan represivo estatal] estuvo en manos de los más altos niveles de conducción castrense, y los oficiales superiores no desdeñaron participar personalmente en tareas de ejecución, poniendo de relieve el carácter institucional de la acción y el compromiso colectivo. Las órdenes bajaban, por la cadena de mandos, hasta los encargados de la ejecución, los Grupos de Tareas [...] La represión fue, en suma, una acción sistemática realizada desde el Estado”.

⁶ Estos datos incluyen las sentencias dictadas por la Cámara Nacional en lo Criminal y Correccional Federal en las causas n° 13 y n° 44 el 9/12/85 y el 2/12/86, respectivamente. El número de 217 personas juzgadas se refiere a individuos distintos (algunos han sido juzgados más de una vez). Las 21 personas absueltas no recibieron condena en ningún juicio.

- ◆ Campo de Mayo operó, en su parte técnica, bajo la dependencia del Comando de Sanidad Militar y, en lo táctico u operacional, a través del Comando de Institutos Militares, como refiere el testimonio del General Agatino Di Benedetto en el Juicio a las Juntas.⁷
- ◆ En el Juicio al Centro de Detención Unidad 9 de La Plata⁸, donde fueron condenados tres médicos⁹, diversos testimonios dieron cuenta de la existencia de médicos y médicos de guardia.
- ◆ En cuanto a la apropiación de menores, el Ejército contaba con varios reglamentos de lucha antiterrorista. Uno de ellos disponía cómo proceder con los recién nacidos clandestinamente. Otros establecían que en los enfrentamientos no debían quedar sobrevivientes¹⁰ y, además, que se debía separar a los chicos de sus padres en caso de secuestros.

El general Martín Balsa¹¹ informó que el reglamento que hace referencia a cómo actuar en el caso de los hijos de detenidos desaparecidos fue obtenido de Estados Unidos.

Además de estos reglamentos, Julio César Caserotto, que fuera mayor médico y jefe de Ginecología del hospital militar de Campo de Mayo en aquella época, declaró ante el juez Dr. Adolfo Bagnasco que *“existían órdenes verbales y escritas por la superioridad, para que se asistiera a las parturientas traídas por personal de inteligencia”*.

Las órdenes escritas tenían como título “Plan de Operaciones Normales para con el personal de Inteligencia” y estaban firmadas por el director del hospital, general médico Agatino Di Benedetto.

Cabe aclarar que los documentos a los que hicieron referencia los militares antes citados en los juicios, todavía no han sido encontrados, pero da una pauta de lo organizado que fue el plan de exterminio y en él, el rol que ocupaba la estructura de sanidad.

La participación médica en el Terrorismo de Estado

Según los testimonios de la CONADEP, Juicios por la Verdad, por apropiación de menores, juicios que se llevan a cabo en la actualidad y los ya concluidos, la participación médica en la estructura del terrorismo de Estado se manifiesta con las siguientes características:

- ◆ Ejecuciones utilizando métodos médicos.¹²

⁷ Agatino Federico Di Benedetto (fs. 1557/1562). Subdirector del Hospital Militar de Campo de Mayo entre los años 1976 y 1977 y a cargo de la dirección del mismo nosocomio entre los años de 1978 y 1979.

⁸ En cada guardia había un médico, era imposible ignorar lo que estaba pasando lo mismo que el director de la unidad. Sentencia Unidad 9, La Plata, foja 220

⁹ Particularmente hay que destacar el rol de los médicos, actuaban humillando a los prisioneros, avalando o encubriendo golpes y torturas; había una sobre oferta de psicofármacos, que su finalidad era producir adicción a estos para luego restringirlos y así poder quebrar la voluntad del detenido. Y cuando se necesitaban a los médicos por enfermedad, esto ni siquiera aparecían.

¹⁰ El RC - 8 - 2, Reservado, “OPERACIONES CONTRA FUERZAS IRREGULARES- Tomo III (Guerra revolucionaria)” ambos del **20 de septiembre de 1968**, todos puestos en vigencia por el Comandante en Jefe de la época, Tte. Gral. Alejandro Agustín Lanusse. Se lee: *“El concepto rector será que el delincuente subversivo que empuña armas debe ser aniquilado”*

¹¹ El general Martín Balsa se desempeñó como jefe del Ejército Argentino entre el 4 de noviembre de 1991 y el 10 de diciembre de 1999.

- ◆ Labores médicas en lugares de detención.¹³
- ◆ Torturas y tratos crueles según criterio médico.¹⁴
- ◆ Utilización de drogas con fines no terapéuticos.¹⁵
- ◆ Utilización de técnicas psicológicas.¹⁶
- ◆ Labores médico-forenses.¹⁷
- ◆ Apropiación de la descendencia.¹⁸

¿Cuántos médicos hay procesados y por qué?

De la suma de todos los juicios por violaciones por derechos humanos, hay 820 procesados hasta el momento, de los cuales 23 son médicos, el 2.8 % del total.

De estos 23 médicos, 7 son procesados por apropiación de menores, y el resto por privación ilegal de la libertad y tormento seguido de muerte.

¹² Son claros los ejemplos que surgen del Juicio a las Juntas Militares del año 1986.

"Un médico con el alias "Tommy", formaba parte de la Marina con el grado de Teniente de navío médico hasta diciembre de 1981, en el Departamento de Sanidad. Asesinó a Norma Arrostito, prisionera política que se encontraba en ese momento desaparecida, aplicándole una inyección, en enero de 1978. Practicó el parto de Silvia Dameri en la ESMA."

¹³ Testimonio de Víctor Bastera, sobreviviente del CCD ESMA. *"Tampoco, señor; luego de esa... prosigo con el relato, posteriormente, tengo otro paro cardíaco y me atiende otro médico; ése sí, posteriormente lo reconocí como un médico naval"*

¹⁴ El Dr. Norberto Liwski, víctima del terrorismo de Estado, relata: *"Señaló que Vidal estaba presente en muchas de las treinta sesiones de tortura a las que fue sometido. "Una vez dijo que quería hablarme "de colega a colega". Me explicó el mecanismo químico que generaba la descarga eléctrica. Dijo que se podía llegar a la muerte de la persona", señaló el ex detenido."*

¹⁵ Según el testimonio de Carlos Muñoz, sobreviviente del CCD ESMA. *"manifestó que conoció al médico "Tommy" -Teniente de Fragata Carlos Capdevila- quien aplicaba personalmente inyecciones de "pentonaval" a los detenidos en forma previa a sus traslados (ejecución)".*

¹⁶ El Reglamento RC - 5 - 1 "Operaciones psicológicas del Ejército": *Establece que el método de acción compulsiva actuará sobre el instinto de conservación del hombre.- La presión, insta por acción compulsiva, apelando casi siempre al factor miedo.- La presión psicológica engendrará angustia; la angustia masiva y generalizada podrá derivar en terror. - La fuerza implicará la coacción y hasta la violencia mental.- Por lo general, este método será impulsado, acompañado y secundado por esfuerzos físicos o materiales de la misma tendencia.*

¹⁷ El funcionamiento de la Morgue Judicial durante la dictadura militar muestra a las claras la complicidad de algunos de los médicos con el régimen, y además permite entender cómo era el funcionamiento administrativo de este sector. Algunos de los detenidos desaparecidos, una vez asesinados, eran llevados a la Morgue Judicial para que se les realizara autopsia, allí escuetamente "certificaban" la causa de muerte. Luego estos cadáveres eran devueltos al personal de las fuerzas armadas para que fueran inhumados en fosas comunes como NN sin informar a sus familiares.

¹⁸ La apropiación de recién nacidos cuyas madres estaban detenidas desaparecidas por parte de los represores, constituyó un procedimiento habitual, entregando luego a ese niño o niña a personas que no tenían ningún tipo de parentesco, sustituyendo su identidad.

Hay 8 condenados, 2 por apropiación de menores y los demás por tormentos seguidos de muerte.

Cuántos pertenecen a las FFAA

De los 23 procesados, 20 pertenecen o pertenecieron a las Fuerzas Armadas, y 3 son civiles. Se comprueba que 10 pertenecen al Ejército, 3 al Servicio Penitenciario Federal (SPF), 4 a la Marina y 3 son policías.

De los 8 condenados, 3 son del SPF, 2 son del Ejército, 2 son de la Marina, 1 de la Policía Bonaerense.

Sin embargo, cabe suponer que la participación de médicos en la estructura del terror fue aún mayor que la que fue investigada en los juicios, y además que fue planificada y organizada para darle soporte, no sólo logístico, sino también para ayudar a quienes reprimían clandestinamente, siendo parte misma de los grupos de tareas, utilizando métodos médicos para reprimir, torturar, secuestrar y ejecutar. En su mayoría, los médicos acusados y procesados pertenecían a las Fuerzas Armadas y trabajaban como médicos en las instituciones militares.

A modo de ejemplo, en los juicios por apropiación de menores, se constató que la apropiación de recién nacidos cuyas madres estaban detenidas, desaparecidas por parte de los represores, constituyó un procedimiento novedoso y habitual, entregando luego a ese niño o niña a personas que no tenían ningún tipo de parentesco, sustituyendo su identidad.

Estas apropiaciones se realizaban en los Centros Clandestinos de Detención, en los que siempre había implicados médicos, desde el cuidado a la detenida desaparecida, hasta el parto o la cesárea y la atención del recién nacido. Esta situación implicaba la concurrencia de más de un profesional de la salud, donde intervendrían un clínico para evaluar a la prisionera, obstetras, parteras, anestesiastas, en el caso de que el parto no fuera viable y se necesitara cirugía, un neonatólogo para atender al neonato, y luego quien firmaría el certificado fraudulento de nacimiento para terminar sustituyendo la identidad del niño.

La prisionera, una vez despojada de su bebé, era anestesiada o sedada profundamente, para ser luego arrojada al vacío en un vuelo de la muerte o ejecutada por otro medio.

Un militar que participó de estos vuelos de la muerte en el Centro Clandestino de Detención de Campo de Mayo, testimonió que ese “trabajo” lo hacían médicos, quienes, luego de suministrar una inyección de Paranoval (un relajante neuromuscular que se utiliza en anestesia), le producían una relajación farmacológica con el consecuente paro respiratorio y, a los minutos, la muerte por anoxia (falta de oxígeno), estando el prisionero siempre consciente. Luego de esto, el médico volvía a la cabina del avión y no ayudaba a empujar a la víctima al mar por el “*Juramento Hipocrático*”.

Se estima que existen más de 500 niños apropiados, de los cuales se recuperaron 102. No obstante, sólo 7 médicos están procesados y 2 condenados por estos juicios.

Hasta el día de la fecha se comprobaron más de 500 Centros Clandestinos de Detención, algunos de ellos funcionaron en instituciones médicas militares o civiles. Suponiendo que al menos un

médico esté a cargo de ese centro todos los días del año, sumarían 500. Sólo hay 16 procesados y 6 condenados.

¿No son pocos?

Algunas reflexiones

Desde el 10 de diciembre de 1984 a la fecha, la sociedad argentina ha transitado un largo camino por la investigación, juicio y condena a quienes, utilizando el aparato estatal, violaron los derechos humanos. Este camino fue iniciado por los organismos de derechos humanos, con un acompañamiento creciente por parte de la sociedad. Hoy hay 820 procesados y 196 condenados por los peores crímenes que se pueden cometer contra la humanidad.

Ya en la CONADEP (Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas), en el Juicio a las Juntas Militares, en los Juicios por la Verdad y por apropiación de menores, se denunciaron a médicos que actuaban violando los derechos humanos, la ética médica y bioética. Hoy son 23 los médicos que están procesados, sólo el 2.8 %.

Ahora bien, si consideramos que esta forma de actuar de médicos implica una violación a la ética médica y, en consecuencia, a la bioética, ya que fueron conductas que violaron los derechos humanos, y teniendo en cuenta que la mayoría de los médicos procesados y condenados alegaron "obediencia debida", cabe, entonces, preguntarse: ¿Se puede ser ético en un lugar no ético? ¿Puede un médico ser ético habiendo participado de la represión en un centro clandestino de detención o dirigiendo un hospital que albergaba prisioneros en forma ilegal o participando de la apropiación de menores?

En el Protocolo de Estambul se plantea la doble obligación ética que atraviesa la profesión médica, una obligación primera hacia el paciente, la de promover los mejores intereses para esa persona, y una obligación general ante la sociedad, la de asegurar el triunfo de la justicia y de prevenir las violaciones de los derechos humanos.

¿La violación a los derechos humanos por parte de quienes aceptaron los deberes que impone el juramento hipocrático no es un agravante en la conducta ética y penal de estos médicos?

Durante la dictadura, como consecuencia del terrorismo de Estado, se produce un cambio profundo en las relaciones sociales, quebrándose la *solidaridad entre pares*¹⁹, produciendo una sociedad con miedo, autista, que ve al otro como delator o posible enemigo. Este proceso produjo una disminución o cambio en la autonomía, imponiendo una moral heterónoma en un contexto donde no había justicia.

Sin embargo, ante la moral heterónoma que imponía el proceso dictatorial, se construía paralelamente una moral autónoma, que permitía adquirir autonomía en las relaciones sociales, moral autónoma que era propiciada y alimentada por la conducta de los familiares de la víctimas, que iban

¹⁹ Concepto que Piaget denomina "reciprocidad entre pares", o sea que la capacidad de desarrollar una práctica autónoma está vinculada a la capacidad de comprensión del otro como par.

adquiriendo una autonomía social con su consecuente respaldo de algunos sectores, debido a lo justo y persistente del reclamo que levantaban, que era el de justicia. El ejercicio de la autonomía a que llamaba esta moral, permitía recuperar la *reciprocidad entre pares*, generando lazos para recomponer la solidaridad.

Ese sector, con su autonomía, fue el encargado de denunciar y velar los valores éticos de la sociedad y, en ella, los de la práctica médica. El proceso de denuncia y de apoyo a familiares y víctimas fue llevado adelante por los organismos de Derechos Humanos.

Es lamentable reconocer que, más tarde, una vez recuperada la democracia y las garantías constitucionales, las asociaciones de profesionales y colegios médicos nacionales y provinciales, salvo casos honrosos, no emitieron declaraciones o sanción ética alguna contra ningún médico participante de tan aberrantes delitos; este tipo de silencio, así como la falta de condena judicial, devienen en impunidad, dejando de lado todo principio de justicia.

Creo hoy que las instituciones ligadas a la enseñanza y práctica de la medicina deberían seguir el ejemplo de los organismos de Derechos Humanos y poder responder a preguntas que nos seguimos haciendo acerca de la actitud que tomaron en su momento los colegios y asociaciones médicas y las medidas que adoptaron cuando ya era de dominio público la existencia de la colaboración de algunos médicos en las prácticas genocidas.

Es obligación de la sociedad velar por la ética, generar y promover conductas morales que se ajusten a ella, y juzgar aquellas que no lo hagan, tanto en lo general y como en lo particular, como es el caso de la medicina. Estas obligaciones deben ser cumplidas por instituciones, como la justicia, los colegios y asociaciones médicas, y por los mismos ciudadanos.

Es sabido que quienes no asumen lo sucedido en el pasado están condenados a repetirlo.

Bibliografía

- ◆ A.P.D.H, La Plata. 2011, (en línea), Argentina (consulta: 5 de diciembre 2010) *Sentencia del Juicio de la Unidad 9 de La Plata*. Disponible en: <http://juiciounidad9.wordpress.com/sentencia/>
- ◆ Ibídem. (consulta 15 de noviembre de 2010), (en línea). *Veredicto y sentencia del juicio a Etchecolatz*. Disponible en: <http://juicioaetchecolatz.wordpress.com/category/veredicto-y-sentencia/>
- ◆ CUBELLUM, LEÓN. *Ética general y ética en medicina*, Tercera parte, HD vol. II buenos Aires, Argentina. (2004) 1: 28-31, Cd (2004).
- ◆ DOMINGUEZ, FABIAN; SAYUS, ALFREDO. *La sombra de Campo de Mayo*. La Hoja Ediciones. San Miguel. Argentina (1999).
- ◆ HEREÑU, ROLANDO C. *Ética en general y ética en medicina*. Partes primera y segunda. Ed. Del autor. Buenos Aires, (1999).
- ◆ Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos y col. Facultad de Medicina, UBA. *Las Cátedras de Derechos Humanos contra la Impunidad*, 2004 (en línea) (Consulta: 2 enero 2011). Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/ddhh/popup.htm>

- ◆ Ministerio Público Fiscal, Unidad Fiscal de Coordinación y Seguimiento de las causas por violaciones a los Derechos Humanos cometidas durante el terrorismo de Estado, (en línea), Argentina. Informe sobre el estado de las causas por violaciones a los derechos humanos cometidas durante el terrorismo de Estado -29 de diciembre de 2010- (consulta: 2 de enero 2011) Requiere Adobe Acrobat Reader. Disponible en:
http://www.mpf.gov.ar/Accesos/DDHH/Docs/Estado_Causas_Diciembre_2010.pdf
- ◆ Ibídem. Listado de Condenados (consulta: 20 de enero 2011) Requiere Adobe Acrobat Reader. Disponible en:
http://www.mpf.gov.ar/Accesos/DDHH/Docs/Listado_de_condenados_Diciembre_2010.pdf
- ◆ Ibídem Disponible en: <http://www.mpf.gov.ar/index.asp?page=Accesos/DDHH/ddhh1.html>
- ◆ Ibídem. (consulta: 20 de diciembre 2010) Sentencia del Juicio a los Comandantes. Causa 13/84. Requiere Adobe Acrobat Reader. Disponible en:
<http://www.mpf.gov.ar/Institucional/UnidadesFE/Tomo309-005-completo.pdf>
- ◆ Información del Centro de Documentación Pedro De Sarasqueta, dependiente de la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
- ◆ IZAGUIRRE INÉS y colaboradores. Lucha de clases. Guerra civil y genocidio en la Argentina. 1976-1983. Antecedentes desarrollos y complicidades. Eudeba, Buenos Aires (2010).
- ◆ Juicios a las Juntas Militares. Sentencia de fecha 9 de diciembre de 1985, Imprenta del Congreso de la Nación, Tomo I (1987).
- ◆ OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. Ginebra. PROTOCOLO DE ESTAMBUL. SERIE DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL N.O 8. NACIONES UNIDAS. Nueva York y Ginebra (2001). D. Profesionales de la salud con doble obligación.
- ◆ Proyecto Desaparecidos. 2011 (en línea) *Centros Clandestinos de Detención*. (consulta: 10 de noviembre de 2010) Disponible en: <http://www.desaparecidos.org/arg/centros/>
- ◆ RIQUELME HORACIO. *Entre la Obediencia y la oposición. Los médicos y la ética profesional bajo la dictadura militar*. Ed. Nueva Sociedad, Caracas (1995).
- ◆ ZAFFARONI, EUGENIO RAÚL (2010). *Crímenes de Masa*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. CABA, Argentina.

ARTÍCULO

Inicio y fin de la vida: “aspectos biojurídicos”¹

DR. HÉCTOR A. MENDOZA CÁRDENAS*

M.C. SONIA LÓPEZ GARCÍA*

Tabla de contenidos

- I. Introducción.
- II. Bioética, biojurídica y biopolítica.
- III. El inicio de la vida, un debate inacabado.
- IV. La persona humana como ficción jurídica.
- V. El final de la vida en la legislación mexicana.

¹ Este artículo es una adaptación de la ponencia del mismo nombre, presentada en el Primer Seminario Hispano-Mexicano de Bioética, celebrado en el mes de Abril del 2010 en la ciudad de Monterrey, N.L. México. Seminario co-organizado por el Observatorio de Bioética, el Colegio de Bioética, A.C y la propia Universidad Autónoma de Nuevo León.

* Profesores investigadores de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Resumen

Hablar del inicio y fin de la vida no es tarea fácil dados los tabús y la carga emocional que generalmente conllevan estas discusiones. Sin embargo, hoy más que nunca se hace necesario, frente al avasallador avance científico, abordar ambos temas y hacerlo desde una perspectiva multidisciplinaria, plural e incluyente.

En ese orden de ideas, el derecho, como regulador de la vida social de los individuos, está llamado a discutir las nuevas formas de generación de vida humana, así como los nuevos métodos de prolongación de la vida. Derivado de lo anterior, el derecho se ve actualmente obligado a nutrirse e interactuar con un área del conocimiento que hasta hace poco era ignorada por la ciencia jurídica, la biología.

Frente a la nueva conceptualización de la vida, tanto en sus inicios como en su final, surge la necesidad de analizar dichos fenómenos desde una perspectiva biojurídica e inclusive biopolítica. Hoy es necesario dar un paso más y transitar de la bioética al bioderecho.

Inicio y fin de la vida, implican ahora un debate que no debe ni puede ser aislado, un debate que nutrido del conocimiento científico se habrá de reflejar, tarde o temprano, en nuestra legislación nacional así como en las diversas formas de regulación de la vida social.

Palabras clave: bioética; biojurídica; bioderecho; inicio y fin de la vida; persona; persona jurídica; vida humana.

Résumé

Parler du début et de la fin de la vie, ce n'est pas quelque chose si facile à faire étant donné les tabous et la charge émotionnelle que généralement ces discussions impliquent. Cependant, aujourd'hui plus que jamais il est nécessaire, contre l'avance scientifique asservissant, d'aborder les deux sujets et le faire avec une perspective multidisciplinaire, inclusive et plurielle.

Dans la même veine, le droit, en tant que régulateur de la vie sociale des individus, appelle à la discussion sur les nouvelles façons de génération de vie humaine, ainsi comme des nouvelles méthodes de prolongation de la vie. En raison de ce qui précède, le droit est actuellement obligé d'interagir et de se cultiver avec un domaine de connaissance qui jusqu'à récemment était ignoré par la science juridique, qui c'est la Biologie.

Face à la nouvelle conceptualisation de la vie, à ses débuts comme dans son final, il est nécessaire d'analyser ces phénomènes avec une perspective biojuridique et même biopolitique. Aujourd'hui nous devons aller plus loin et passer de la bioéthique au biodroit.

Le début et la fin de la vie, impliquent à ces temps-ci, un débat qui ne doit ni peut être isolé, un débat qui, alimenté de la connaissance scientifique, doit se refléter tôt ou tard, dans notre législation nationale ainsi comme dans les diverses formes de régulation de la vie sociale.

Mots clés: bioéthique ; biojuridique; biodroit; début et fin de la vie; personne; personne juridique; vie humaine.

"El formar parte de una sociedad democrática implica ser prisionero de la esperanza.

Y no es posible ser prisionero de la esperanza sin comprometerse en una forma de ardua lucha en el momento presente, que mantiene vivo lo mejor del pasado (...) Participar en esa lucha significa que se está siempre dispuesto a reconocer que el triunfo no se encuentra a la vuelta de la esquina, pero persistes por qué crees que es justo y correcto persistir.

West, Cornel²

Introducción

"El inicio y el fin de la vida desde la óptica biojurídica", es un título con afanes descomunales al estilo de García Márquez. Los autores de la siguiente propuesta estamos muy lejos de tales pretensiones. Por el contrario, nuestra intención es apenas plantear algunos conceptos que nos parecen fundamentales en torno a los tópicos que nos ha tocado abordar.

En primera instancia nos parece obligado destacar lo siguiente: siendo la bioética una disciplina joven y en proceso de construcción, surgida como respuesta a los dilemas éticos planteados por las nuevas biotecnologías³, y con el propósito de buscar soluciones seculares para hacer posible su aplicación a nivel global, la misma ha tenido, desafortunadamente, un lento avance.

Lo anterior, es seguramente una consecuencia de su vocación transgresora, ya que la principal finalidad de la bioética es cuestionar los paradigmas de las diversas áreas científicas y humanísticas involucradas, deconstruirlos y con ello cambiarlos y cambiarnos para adaptarnos a las nuevas circunstancias que afrontamos de manera cotidiana y que llegan incluso a amenazar la supervivencia planetaria.

Individuos y grupos sociales, solemos aferrarnos a costumbres y tradiciones, aún si éstas se han vuelto inoperantes, contradictorias u obsoletas.

En ese sentido, cabe decir que "el actual equilibrio de las cosas, se fundamenta en dos supuestos, la ignorancia y la impotencia". En ese orden de ideas tanto la bioética como la biojurídica se forjan en el plano de las nuevas sociedades democráticas y globalizadas,⁴ donde los temas se debaten continuamente, inclusive, a través de los medios masivos de comunicación.

Vivimos actualmente en una especie de "sociedades bloqueadas" que hablan continuamente del cambio, pero que en realidad se niegan a cambiar. De hecho, tal parece que solemos hacer únicamente los cambios indispensables, especialmente en términos discursivos, intentando en realidad que todo quede igual.

² West, Cornel, "The Moral Obligation of Living a Democratic Society, "The Good Citizen, p.12.

³ Véase: Cambrón, Ascensión, *Génesis y problemas de la Bioética*, en: Cambrón, Ascensión y otros, *Entre el nacer y el morir*, Comares, Granada, 1998.

⁴ Véanse en este sentido los argumentos de Habermas en el capítulo "La tolerancia religiosa como precursora de los derechos culturales" en: Habermas Jürgen, *Entre naturalismo y religión*, Ed. Paidós, México, 2006.

Bioética, biojurídica y biopolítica

Mientras que los avances científicos se acrecientan día con día, la bioética y su rama práctica, la biojurídica, se mantienen rezagadas de manera preocupante. Así pues, resulta imperativo que tanto la bioética como la biojurídica vayan a la par de las ciencias, so pena de profundizar la incertidumbre, el caos y la desorganización, debido a la inadecuada normativización legislativa.

Al respecto, podemos adelantar que en México, la escasa legislación existente, se produce generalmente en ausencia de un verdadero debate conducido desde la biopolítica.

La biopolítica⁵, impulsada como idea de Estado, termina por generar ideas o conceptos para el control masivo de los individuos, especialmente en lo relacionado con el ejercicio de su sexualidad, reproducción o conformación de los tipos de grupos familiares.

A partir de lo anterior es fácil entender por qué, la bioética es actualmente un campo de fricciones, oposiciones y eventualmente de limitación de las libertades. Siendo o no conscientes de ello la bioética constituye un lugar político en el que la sociedad enfrenta su futuro, convirtiéndose además un campo minado por luchas tras el poder."⁶

De ahí la importancia de espacios de reflexión y análisis, ya que como desde el siglo XIX lo señaló Joseph Joubert: "...es mejor debatir una cuestión sin resolverla, que resolver una cuestión sin debatirla."⁷

El inicio de la vida, un debate inacabado

Para reflexionar y debatir, es esencial empezar por revisar y replantear algunas de las preguntas claves en torno a la argumentación y el análisis de lo bioético, biojurídico y biopolítico relacionado con los dilemas del inicio y el final de la vida.

Tal vez las primeras preguntas en el análisis bioético "tradicional" de los dilemas relacionados con el inicio de la vida son: ¿Cuándo inicia la vida?, ¿existe un derecho a la vida? y en caso de existir ¿Es un derecho absoluto o relativo?

En este punto, desde una óptica posmoderna y científica, no existe formalmente una definición de lo que debemos entender por vida y en consecuencia, tampoco existe un consenso científico acerca de lo que debe entenderse como "el inicio de una vida propiamente humana".

Creemos que la vida, particularmente en su dimensión biológica no inicia, la vida se presenta como un continuo que fluye y se manifiesta de diversas y variadas formas.

⁵ Martínez de Bringas, Asier, *Ética y política en los fundamentos de la biopolítica*. Recerca. Revista de pensamiento y análisis, Universidad Jaume I. Castelló, Castellón de la Plana España. Numero I, Mayo de 2003.

⁶ Durand, Guy, *La Bioética: Naturaleza, principios, opciones*, Editorial Desclee de Brouwer, S. A., Bilbao, 1992.

⁷ Citado por: David L. Bender en *"Euthanasia: Opposing Viewponits"* Greenheven Press, 1989.

Al hablar del inicio de la vida lo primero que hay que distinguir es entre la vida en general y la vida en particular, y en ese sentido como todos sabemos, la vida en general inició en este planeta hace millones de años y a partir de ese momento originario la vida se ha convertido en una constante.

Ahora bien, aunque nuestro tema se refiere a la vida humana, creemos que el mismo no escapa de las anteriores consideraciones. Es decir, desde el punto de vista científico, partimos de la idea de que mediante el proceso evolutivo hubo un momento en que el simio ascendió a su calidad de homo. Así pues, si la pregunta es: cuando empezó la vida humana, la respuesta es que la vida humana como tal, inició en un momento determinado hace miles de años y ahora solo fluye y se manifiesta por medio de los seres humanos.⁸

Si por el contrario, aspiramos a resolver la cuestión relativa al inicio de la vida biológica de cada ser humano en lo particular, la respuesta tradicional suele ser que ésta se inicia en el momento mismo de la fecundación.

Efectivamente, suele asumirse que es en el momento en que por primera vez se encuentran el óvulo y el espermatozoide, cuando inicia la vida de cada ser humano en lo particular y se cree que esto es así, ya que al fusionarse ambos gametos se entremezclan las cargas genéticas de los progenitores dando por resultado un nuevo individuo de la especie humana. Más aún, siguiendo una lógica simplista, suele deducirse que ante la existencia de un cigoto nos encontramos siempre, frente al equivalente de la persona humana.

No obstante lo anterior, no hay que olvidar que en realidad, la posibilidad de una vida humana ya se había iniciado -desde el punto de vista biológico- mediante el nacimiento existencia y desarrollo de los dos tipos de células primigenias, óvulo y espermatozoide.

Entonces, a partir del momento de la fecundación y mediante un azaroso proceso, la vida humana en lo individual empieza a desarrollarse, continuando su curso biológico hasta llegar, en aproximadamente el 20 o 30% de los casos, a lo que ordinariamente conocemos como un ser humano y que el derecho denomina como persona, ya que solo este porcentaje de óvulos fecundados llega a sortear los riesgos inherentes a su implantación in útero y posterior periodo de gestación.⁹

No obstante lo anterior, afirmar que el resultado de la fusión de gametos humanos siempre derivará en una persona es una falacia. El sofisma que nos lleva a tales conclusiones es más o menos el siguiente: fusión de óvulo y espermatozoide igual a fecundación, fecundación, igual a un nuevo

⁸ El hombre como tal, es una especie de ser vivo difícil de definir, en los orígenes descendemos del Homo Sapiens Sapiens u Hombre del Cro-Magnon, quien es el superviviente del género Homo y quién apareciera aproximadamente 20,000 años antes de cristo. Este Hombre del Cro-Magnon incluye al hombre actual. Como antepasados del Homo Sapiens tenemos al Homo Erectus (o Pitecantropus) y en sus orígenes más remotos al Homo habilis. Véase Adame Godard, Jorge, *Naturaleza, Persona y Derechos Humanos*, Cuadernos Constitucionales México-Centroamérica, UNAM, 2006, México.

⁹ La tasa promedio de fecundidad se estima en un 25 %. Véase: Secretaría de Salud, http://www.salud.gob.mx/sitios_temporales/diasiguiente/05_meca_accion.html, (página consultada el 9 de Septiembre del 2010.)

individuo de la familia humana, único e irrepetible llamado cigoto, cigoto igual al embrión, embrión igual a feto y feto igual a persona.¹⁰

Adicionalmente, dentro del tema que nos ocupa cabe preguntarnos si existe un derecho a la procreación mediante la utilización de las biotecnologías de reproducción asistida, particularmente en casos de infertilidad o de personas sin pareja.

Por último tendríamos que preguntarnos si dada la rapidez con que se suceden los avances biotecnológicos, y en caso de convertirse en un procedimiento seguro ¿Debe considerarse a la clonación como un derecho más dentro de las libertades reproductivas de las personas?

Para responder a preguntas como las anteriores desde la óptica biojurídica, es necesario cuestionar el concepto de persona.

La persona humana como ficción jurídica

El derecho a lo largo de su historia ha emitido juicios de valor respecto a la vida humana, sin embargo, hay que destacar que en momentos anteriores se hacía con menos elementos que con los que ahora contamos.

Cabe recordar que en algunas épocas, el derecho distinguió entre personas y esclavos, en donde los primeros poseían derechos en tanto que los segundos carecían de los mismos. Igual sucedía con mujeres y niños, para quienes el derecho dispensaba muy pocas consideraciones ya que en la mayoría de los casos se consideraban ambos, propiedad del hombre.¹¹

A lo largo de su historia, el derecho se apoyó para este y otros temas, en disciplinas como la filosofía, la antropología o la teología, sin embargo, frente a la "revolución biotecnológica" el derecho se ve obligado a replantear sus propios conceptos y para hacerlo, debe apoyarse ahora en el avance científico.

La biojurídica debe enfrentarse a esos ancestrales conceptos a fin de plantear otros que, acordes con los derechos fundamentales de los seres humanos, den respuesta a una nueva realidad paradigmática.

Ante el avance de la ciencia, el derecho está obligado a dar respuesta a los llamados casos límite, por ejemplo cuando entran en colisión los derecho de quién está por nacer y la madre como proveedora de vida.¹²

¹⁰ Decimos que es una falacia ya que la ciencia tiene bien documentados casos en los que no obstante que hay fecundación de material genético humano, el resultado no es la persona tal y como la conceptualizamos. Existen fenómenos como las molas, la polispermia o los carcinomas en los que no obstante que hay fecundación, el resultado de la misma jamás podrá derivar en una persona humana. Véase: Sadler, T.W., *Embriología Médica con orientación clínica*, Editorial Médica Panamericana, México, 2004.

¹¹ Recordemos que la esclavitud ha sido reconocida legalmente en diferentes momentos de la historia, desde el código de hamurabi, pasando por el derecho romano hasta llegar a la época de la conquista en el caso mexicano.

¹² Véanse al respecto los argumentos de Habermas en: Habermas, Jürgen, *El futuro de la naturaleza humana:*

Para el derecho, en el tema que nos ocupa no basta la especulación, hoy contamos con elementos con los que antes no contábamos que nos obligan a una nueva forma de reflexión, la reflexión biojurídica. Surge así la necesidad, particularmente en estos temas, del bioderecho.¹³ Más aún, se vuelve indispensable su fortalecimiento ante los embates de lo que también hemos de denominar como la biopolítica y la bioeconomía, porque las consecuencias de no hacerlo solo pueden conducir a la entropía tanto legal como social.

Al respecto, lo primero que hay que decir es que el concepto "vida humana" no tiene para el derecho, un valor único o absoluto. La vida humana, materializada en lo que el derecho denomina "persona", no representa siempre y en toda ocasión un valor único, absoluto o preestablecido. Recuérdese por ejemplo que en el ámbito penal, la privación de la vida humana tiene diferentes sanciones por ejemplo si se trata de un aborto, un infanticidio o un homicidio en sus diferentes variantes.

Frente al avance biotecnológico en materia de reproducción humana asistida, el derecho se enfrenta a la necesidad de decidir; cuál es el valor de la vida humana –individualizada–, tanto en sus inicios como en el ocaso de la misma. Visto así a la pregunta originalmente planteada ¿cuándo inicia la vida humana? se le debe añadir la siguiente caletilla "desde la óptica jurídica".

Este replanteamiento de la cuestión, nos obliga a una respuesta no sólo jurídica sino eminentemente biojurídica. Bajo la nueva pregunta ahora ampliada, el derecho se ve obligado a replantear sus ancestrales conceptos sobre la persona jurídica a fin de actualizarla e integrar en dicho concepto los avances biotecnológicos de la época. No hay que olvidar que la persona desde la perspectiva jurídica, no es otra cosa que lo que el derecho ha decidido que sea, ya que en el ámbito jurídico la persona es una ficción que no necesariamente representa la idea del homo.¹⁴

Efectivamente, desde la óptica jurídica, el concepto de persona es, - además de una ficción -un concepto altamente tecnificado que lleva siglos de discusión. Actualmente la persona jurídica es abordada por la mayoría de las legislaciones civiles, las que en lo general, incluyendo la mexicana, coinciden en que es persona, aquella entidad dotada por el derecho de existencia jurídica y por ende, sujeto de derechos.

Como podemos ver, el concepto jurídico de persona es una creación artificiosa, que si bien es útil, no representa realmente la idea de persona humana, la idea del homo. Es solamente y como lo hemos venido sosteniendo, una ficción.

En este orden de ideas podemos afirmar que el ser humano -el homo-, trasciende al derecho mismo. No hay que olvidar que la función del derecho es la de positivizar una realidad, el derecho no inventa nada, la realidad existe per se, la ciencia jurídica únicamente recrea dicha realidad y le asigna

¿Hacia una eugenesia liberal?, Paidós, Barcelona, 2002.

¹³ Flores Trejo, Fernando, *Bioderecho*, Porrúa, México, 2004.

¹⁴ Autores como Kelsen reconocen el carácter ficticio de la persona jurídica. Para Kelsen el concepto de sujeto de derecho o persona no es otra cosa que una construcción artificial, un concepto auxiliar que ha sido creado por el derecho. Véase: Kelsen, Hans, *La teoría pura del derecho*, Colofón, México, 1994.

un rol determinado. Entonces por encima del derecho mismo, existe una realidad biológica una entidad humana, un sujeto real, un yo.

Consecuentemente, la persona desde la óptica jurídica no significa hombre (homo), no es ese "yo" como realidad substancial, la persona jurídica en derecho, simplemente hace alusión a los atributos -derechos y obligaciones- que la norma jurídica le asigna a ese homo, a ese hombre, a esa realidad. La persona en derecho no considera por ejemplo las cualidades biológicas, lo que en realidad es extremadamente delicado, ya que como hemos mencionado, toda fecundación humana deriva en vida humana, pero no todo la que en sus orígenes es vida humana, deriva en persona humana tal y como actualmente la conceptualizamos, es decir en homos.¹⁵

Así pues, lo que en derecho funciona como personalidad jurídica individual, no es el individuo entrañable e irreductible, el hombre o la mujer de carne y hueso. Para el derecho la persona jurídica es un ente al cual se le atribuye un amplio repertorio de deberes y obligaciones establecidos o reconocidos por la norma jurídica. Así pues, la persona jurídica, no es una realidad concreta. En consecuencia, la persona como ficción, representa solamente una categoría jurídica mas.¹⁶

Consecuentemente, mientras que para la biología el ser humano es el resultado de un proceso evolutivo y milenario y para la teología la persona tiene un carácter semi-divino, en la medida en que "todos somos hijos de Dios", en el ámbito jurídico, la persona es aquel ente sujeto de derechos e imputaciones jurídicas. Es por ello que afirmamos que jurídicamente, la persona es lo que nosotros queramos que sea, no desde una perspectiva arbitraria, sino por el contrario, hoy más que nunca es necesario conceptualizar a la persona jurídica partiendo de bases científicas sólidas.

Cabe señalar además, que al igual que en otros países, en el caso mexicano la legislación civil se inició hace más de un siglo, momento histórico en el que el legislador de la época, no contaba con los elementos científicos con que ahora contamos por lo que, en el espíritu del legislador de aquella época no pudo haber existido la pretensión de consagrar dentro del derecho civil un derecho a la vida y menos aún un derecho absoluto; por consecuencia, el derecho civil vigente se queda corto en el tema ya que aspira en todo caso, a la regulación de derechos básicamente patrimoniales.¹⁷

Entonces es posible concluir que, si bien una vida humana particular inicia con la unión de los gametos masculinos y femeninos, creemos que siguiendo una postura gradualista, la vida humana en sus diferentes etapas, merece diferentes formas de protección, y en sus inicios, es decir en el periodo embrionario, el ser humano no puede considerarse como una persona con plenos derechos.

Creemos que en ese momento histórico de todo ser humano, el embrión debe gozar de una protección jurídica determinada, particular y específica, que corresponda a su fase de desarrollo,

¹⁵ Es el caso de la polispermia y de las molas hidatiformes.

¹⁶ Recasens Siches, Luis, *Introducción al Estudio del Derecho*, Editorial Porrúa, México, 1990.

¹⁷ Cárcaba Fernández, María, *Los problemas jurídicos planteados por las nuevas técnicas de procreación humana*, Bosch, Barcelona, 1995.

protección que no puede ser idéntica a la de una persona ya nacida.¹⁸ No existe, como la hemos sostenido, un derecho absoluto a la vida.

Otra de las grandes ironías en la legislación mexicana, es que se ha pretendido plantear y resolver las cuestiones relacionadas con la vida, su inicio y su final desde perspectivas asimétricas.

El final de la vida en la legislación mexicana

Efectivamente, en el caso del final de la vida, nadie en su sano juicio pretendería encontrar una respuesta en el derecho civil. Nuestra legislación sanitaria previene que la vida de un ser humano se agota por el cese irreversible de la función cardio-respiratoria que es la que irriga y oxigena a todo el organismo, (incluido al cerebro) o bien a la inversa, por el cese irreversible de la función cerebral que regula y controla la función cardio-respiratoria.¹⁹

Entonces un individuo con muerte cerebral es aquel que, auxiliado mediante un respirador artificial, es un ente vivo que no obstante, se considera legalmente como un cadáver, por lo que la propia ley, bajo determinados supuestos, autoriza a extraer y disponer de sus tejidos y órganos, lo que no sería posible sin el avance tecnológico y su correspondiente regulación jurídica.

Como podemos apreciar, en dos situaciones similares, es decir frente a dos individuos a quienes se les pueden apreciar rasgos distintivos de vida, (embrión o cadáver viviente) nuestra legislación ofrece alternativas diferentes.

Así, quienes desde la óptica del derecho civil pretenden defender un derecho absoluto a la vida desde sus inicios y hasta la muerte natural, ignoran que bajo circunstancias similares, nuestra legislación sanitaria considera que un individuo que ha perdido de manera irreversible el funcionamiento cerebral ya no es persona, catalogando como un cadáver.

El problema como hemos dicho, es que situaciones similares se han pretendido abordar y discutir desde planos jurídicos asimétricos, ya que como lo hemos sostenido, el derecho civil es una rama del derecho no regula las funciones vitales de los seres humanos, regula la vida sí, pero únicamente la vida civil de las personas.

A modo de conclusión, hemos de insistir que en nuestro caso, esa asimetría jurídica de la que hemos hablado debe desaparecer y la legislación mexicana debe crear un cuerpo normativo especializado, que en todo caso, deberá considerarse como parte de nuestra legislación en materia de salud y no como parte de nuestra legislación civil.

Hoy más que nunca se hace necesario asumir una posición al respecto, ya que de no hacerlo terminaremos tomando posición aún sin darnos cuenta.

¹⁸ Al respecto baste señalar que de considerar el embrión como una persona nacida toda nuestro sistema jurídico debería replantearse. Actualmente aunque sin existir una regulación específica en la materia, en México se practican las diferentes técnicas de reproducción asistida. Así pues, si los embriones gozan de los mismos derechos que las personas nacidas, en este momento tendríamos privados de la libertad a miles de pequeñas personas en los laboratorios de criopreservación embrionaria.

¹⁹ Véase artículo 334 de la Ley General de Salud

ARTÍCULO

La medicalización del suicidio: un dilema bioético¹

(The medicalization of suicide: a bioethical dilemma)

ÁNGEL ALONSO SALAS*

¹ Una versión preliminar de este texto fue presentado en el III Congreso Internacional de Bioética, celebrado en mayo de 2010 en la UAEM Toluca, México.

* Médico. Doctorando en Bioética de la UNAM.

Resumen

En el presente texto se analizarán los motivos por los que la “medicalización del suicidio” constituye un dilema bioético. La reflexión se apoyará en los textos del psicólogo Thomas E. Ellis, *Cognición y Suicidio*; del filósofo Jean Amery, *Levantar la mano sobre uno mismo*, y del psiquiatra, Thomas Szasz, *Libertad fatal*, textos que brindan argumentos a favor y en contra para legitimar o cuestionar la intervención en el acto suicida o la medicalización del paciente. La comprensión de ciertos actos suicidas o de una “muerte voluntaria y deliberada”, supone no sólo la defensa de ciertos principios bioéticos, sino la aceptación y respeto de ciertos casos en los que la muerte voluntaria es en sí misma un derecho que posee cualquier ser humano.

Palabras clave: suicidio; bioética; medicalización; autonomía; derecho; libertad.

Abstract

In this text examine the reasons why the "medicalization of suicide" is a bioethical dilemma. The discussion will be based on texts by psychologist Thomas E. Ellis, *Cognition and Suicide: Theory, research and therapy*, the philosopher Jean Amery, *On suicide: A discourse on voluntary death*, and the psychiatrist, Thomas Szasz, *Fatal Freedom: The ethics and politics of suicide*, texts that provide arguments for and against or challenge to legitimize intervention in the suicidal act or the medicalization the patient. The understanding of certain acts of suicide or a "willful and deliberate death" is not only the defense of certain principles of bioethics, but acceptance and respect of certain cases in which voluntary death is itself a right that has any being human.

Key words: suicide; bioethics; medicalization; autonomy; law; freedom.

El suicidio es un hecho que forma parte de la naturaleza humana. A pesar de lo mucho que se ha dicho y hecho acerca de él en el pasado, cada uno debe enfrentarse a él desde el principio, y en cada época debe repensarlo.

Johann Wolfgang von Goethe²

A manera de introducción

Los actos suicidas desde la antigüedad han producido un desconcierto y una condena social, religiosa y cultural por las dimensiones del acto. El suicidio ha sido considerado como un pecado o como un crimen, y con el paso del tiempo, se ha convertido en un problema de salud. Las instituciones de salud y gubernamentales han decidido brindar la mayor cantidad de recursos para incidir de manera efectiva en la disminución de los altos índices de ideación suicida, y así evitar que los sujetos decidan quitarse la vida por mano propia. Sin embargo, ¿todos los actos suicidas pueden catalogarse y clasificarse como producto de una patología y ser condenados socialmente? ¿No existen algunos casos de suicidios que podemos considerar como válidos y legítimos, pues apelan a la autonomía y libertad del sujeto para tomar una elección con respecto a su propia vida? En el presente texto, se llevará a cabo una reflexión acerca de la medicalización del suicidio, como uno de los problemas bioéticos de nuestro tiempo.

1. El suicidio: un problema bioético

Quisiera comenzar este escrito con la reflexión con la que inicia el texto de *Libertad fatal* de Thomas Szasz, quien afirma que:

[...] más allá de la sencilla máxima de Goethe se encuentra una profunda verdad: la muerte voluntaria es una elección intrínseca a la existencia humana. Es nuestra última y profunda libertad. Pero hoy los ciudadanos de a pie no ven así la muerte voluntaria: creen que nadie en su sano juicio se quita la vida, que el suicidio es un problema de salud mental. Tras esa creencia se encuentra una evasión explícita que consiste en apoyarse en los médicos para la prevención, prescripción y provisión del suicidio y así evitar el tema³.

El suicidio se ha convertido en un serio y delicado problema de salud, que año con año incrementa el número de víctimas. Sin embargo, el fenómeno del suicidio no se puede reducir a un problema de salud pública, sino que constituye un dilema bioético, en la medida en que la comprensión del acto en sí, supone un diálogo interdisciplinario y un trasfondo teórico y práctico sobre la defensa de la autonomía y de la libertad en su máxima expresión. De esta forma, hablaremos del “suicidio racional”, “suicidio deliberado” o “elección voluntaria de la propia muerte”, en donde a diferencia de la mayoría de los suicidios (causadas por alguna psicopatología o que provienen de la “servidumbre de las pasiones”), se pueden entender en dos sentidos: en primer lugar, reconocer y aceptar que existen sujetos que tienen el derecho a decir “hasta aquí”, es decir,

² Citado en Thomas Szasz, *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Traducción de Francisco Beltrán Adell. Barcelona: Ed. Paidós, 2002, p. 7.

³ *Ibid.*, p. 13.

determinar cuándo y cómo uno quiere morir, acción que manifiesta que la vida no debe ni puede ser el valor absoluto en nuestras sociedades. Y, en segundo lugar, la defensa hasta las últimas consecuencias de los principios de libertad y de autonomía, en relación a la “calidad de vida” o “proyectos de vida” que cada sujeto puede planear con respecto a su propia existencia. Es importante destacar que lo primero que debemos hacer es “desestigmatizar” la noción de “suicidio” y dejar de condenar dicho acto, y poder así repensar la validez que tiene un acto suicida y comprender los motivos por los que se considera que no tiene sentido seguir con un proyecto de vida.

Cuando usamos la palabra “suicidio” hacemos referencia a dos ideas bastante diferentes, por un lado “*describimos* una manera de morir, es decir, quitarse la vida, voluntaria y deliberadamente; por otro lado, la utilizamos para condenar la acción, es decir, para calificar el suicidio de pecaminoso, criminal, irracional, injustificado... en una palabra, malo”⁴, y el sentido al que aquí se hará referencia es al primero, es decir, una forma voluntaria y deliberada de terminar con la propia vida. Sin embargo, para poder llevar a cabo tal propósito, es importante conocer los puntos de vista a favor y en contra que la psiquiatría, la psicología y la filosofía tienen respecto al suicidio.

2. Suicidio y suicidología

La psicología sostiene que todo acto suicida es una patología y que al ser considerado una “enfermedad” que contrae el individuo, se legitiman, justifican y autorizan todas aquellas medidas de prevención, intervención y postvención del suicidio, para poder “curar” al sujeto de la afección o mal contraído. Pero, ¿necesariamente esto es así? Edwin Shneidman, quien es considerado el padre de la suicidología, “ha enfatizado los procesos psicológicos más que en los biológicos o del medio ambiente como centrales para comprender y prevenir el suicidio”⁵. La Suicidología puede ser considerada como una rama de la psicología, en tanto que la primera se ha constituido como una ciencia que se enfoca en las actitudes, comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos, motivo por el que tendrá como objetivo y misión el incidir de manera efectiva en los sujetos mediante la prevención del acto suicida, a través de la afirmación del sentido y significación que en sí misma tiene la vida, o en su defecto, participar en la intervención y postvención del suicidio, a partir de diferentes terapias, modelos y técnicas⁶. En este orden de ideas, es posible definir al suicidio como “el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, va más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución

⁴ *Ibid.*, p. 21.

⁵ Thomas E. Ellis, “Estudio de la cognición y suicidio: comienzos e hitos del desarrollo”, en Thomas E. Ellis (editor). *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia*. Traducción de Alicia Solís Bravo. México, D.F.: Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., 2008, p. 13. Es importante resaltar que la mayoría de los términos empleados en la suicidología (suicidología, postvención, dolor de psique, autopsia psicológica, etc.) provienen de la argumentación de Shneidman, quien además de fundar en 1968 la American Association of Suicidology, considera que el suicidio es una cuestión “mental”, en tanto que es una cosa que se puede aliviar, enmendar o corregir desde las terapias y mediante un acompañamiento clínico con un especialista.

⁶ Entre ellas se encuentran las aportaciones del Observatorio por la Vida de Guadalajara, las consultas y atenciones telefónicas, las campañas a favor de la vida, el kit de esperanza, etc.

al conflicto que le da origen, por medios letales”⁷. Es importante resaltar que existen diversos autores y corrientes psiquiátricas que creen en la existencia de una determinación bio-psico-socio-cultural del suicidio, así como también en el impacto de ciertos factores espirituales, existenciales, genéticos y socio-ambientales en la conformación de la identidad del sujeto y en la ideación suicida.

En referencia a la determinación e influencia de factores externos, Charles Neuringer, quien también es uno de los pioneros en el estudio de la cognición y suicidio, considera que no existe “un destino suicida en un individuo o que hay algún gen que está vinculado al suicidio. No creo que se nazca suicida, pero sí creo que la formación parental temprana o el tratamiento parental temprano, especialmente si el súper ego es muy fuerte o tienes padres muy duros que exigen perfección de los hijos, los regañan por trasgresión, o ponen énfasis en el honor, ese tipo de formación temprana lleva a algunos niños a ver el mundo de una manera particular”⁸. Haciendo una paráfrasis de *El segundo sexo*, podríamos decir que “el suicida no nace, se hace”, es decir, la existencia de sujetos que “ven el mundo de manera particular” y deciden optar por el suicidio no los convierte en enfermos mentales, sino en seres que desde su autonomía llevan a cabo una elección con respecto de su propia vida. Dicho con otras palabras, no es posible que en nuestra época, con los avances técnicos y científicos sigamos aceptando la existencia de que un determinismo (o algún tipo de factor que influye radicalmente en el ambiente o clima, o bien, por el contexto social, familiar o cultural, en el que se encuentran los sujetos) pues implicaría que no existe la libertad ni la autonomía del individuo, y que una serie de factores externos, el destino o la heteronomía son quienes manipulan y mueven la conciencia de los sujetos para quitarse la vida.

En este orden de ideas, el sujeto desde su libertad y responsabilidad va construyendo y moldeando su existencia. Sin embargo, el problema de muchos psicólogos es que pareciera que están convencidos de que si se instruye a un paciente a que vea el mundo de forma optimista o en una “esfera de cristal”, se desvanecerán las ideas suicidas. Obviamente existen muchos casos en los que el paciente se percata que había sido la servidumbre de las pasiones la que había provocado el intento suicida. Sin embargo, ante un sujeto que ante una enfermedad terminal (no necesariamente en una etapa avanzada) o por un cansancio existencial, decide terminar lo más dignamente con su vida. Ante dichos sujetos, una de las mayores problemáticas a los que se enfrentan los psiquiatras es que no existe una terapia, método ni resiliencia efectiva para que quien ha tomado la decisión racional de suicidarse, encuentre un sentido a su existencia.

Por tal motivo, la terapia con individuos suicidas es difícil, porque el personal de salud está peleando contra una forma particular y distinta de concebir a la vida y el mundo que no es el de la mayoría, y uno no puede dejar de lado que siempre hay otra crisis, que el cansancio, sufrimiento y problemáticas no se minimizan a “la vuelta de la esquina”, motivo por el cual el problema es cómo equipar mejor a la gente para la próxima adversidad, a sabiendas que habrá sujetos que tienen todo el derecho para decir “ya no más”.

⁷ Carlos Martínez. Introducción a la suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007, p. 20.

⁸ Fragmento de entrevista realizada el 20 de marzo de 2003 al doctor Neuringer, *Ibid.*, p. 19.

3. Thomas Szasz y el suicidio racional

La existencia de un suicidio racional pone el dedo en la llaga del quehacer y sentido de la mayoría de las terapias pro-vida, ya que el dirigir y disminuir clínicamente el dolor psicológico mediante terapias conversacionales; el autoaprendizaje de reducción de dolores y presiones, e inclusive, obligar a que el sujeto cambie de trabajo o escuela, así como mejorar el ánimo con medicamentos, constituyen acciones que merman y denigran la autonomía del sujeto, ya que se convierten en títeres del personal de salud o de la voluntad de la mayoría.

Thomas Ellis sostiene que “si se mira a la suicidalidad no sólo como una manifestación de la psicopatología sino como una cuestión fundamentalmente filosófica, entonces es razonable sugerir que podría ser útil (o quizá esencial) para abordar temas filosóficos directamente como aquellos que consideran el significado del sufrimientos o la valía de los seres humanos”⁹, entre los cuales se encuentran férreas defensas a la validez y legitimidad del suicidio. Al respecto, Robert Neimayer afirma que “para quien lo intenta o consume, el suicidio es buscado como una solución. El problema se constituye para quienes quedan vivos, en el sistema. En el sistema social. Abarcando en esta expresión tanto el sistema familiar, el comunitario, el institucional como el sistema social en general”¹⁰. En este orden de ideas, podemos vislumbrar el problema que está de fondo en el acto suicida: el mostrar una opción que se ha hecho creer que es contra natura y que muestra una afirmación de la existencia y propiedad de una vida. Además si se acepta que en el suicidio, el problema es para los que “se quedan”, entonces se comprende que el suicidio sea mal visto por ser una carga para los “vivos”, y se disfraza un egoísmo, importa lo que “a nosotros, los que nos quedamos nos pase” y “no el otro”. De esta forma el acto en sí mismo molesta a los otros, no al que lo realiza y lleva a cabo, motivo por el cual en la perspectiva clínica se parte de la premisa que hace alusión a que “la disposición y el valor de la vida se aprende y se sostiene en el contexto de las redes de apoyo psicológico y social en el cual crece y se desarrolla el ser humano”¹¹, mismas que están ausentes en la formación cívica, social, laboral y educativa, por lo que casi siempre los servicios de suicidología llegan demasiado tarde.

Thomas Szasz considera que “como individuos, podemos elegir entre morir activa o pasivamente, practicando el control de la propia muerte o muriendo por enfermedad o vejez. Como sociedad, podemos elegir entre dejar morir a la gente morir como ellos elijan u obligarles a morir en las condiciones que impone la ética dominante”¹² y así como el control de la natalidad está permitido, deberíamos comenzar a reflexionar a favor del control de la propia muerte, razón por la cual Szasz considera al suicidio como cualquier conducta que está motivada por una elección racional que da

⁹ Albert Ellis y Thomas E. Ellis, “El suicidio desde la perspectiva de la terapia del comportamiento emotivo racional”, en Thomas E. Ellis, *op. cit.*, p. 87.

¹⁰ Carlos Martínez, *op. cit.*, p. 21.

¹¹ *Ibid.*, p. 96.

¹² *Ibid.*, p. 15. Es importante destacar que Szasz hace la distinción entre el suicidio racional (aquel en el que una persona está mentalmente capacitada para tomar decisiones) y el suicidio irracional (cuya capacidad del individuo está afectada por una enfermedad psiquiátrica). Cf. *Ibid.*, pp. 48-52.

preferencia a la muerte sobre la vida, y, que tiene como consecuencia aniquilar a la propia vida"¹³. Por todo lo anteriormente dicho,

[...] es una falacia atribuir el suicidio a las condiciones actuales del sujeto, sea depresión u otra enfermedad o sufrimiento. Quitarse la vida es una acción orientada al futuro, una anticipación, una red de seguridad existencial. La gente ahorra no porque sea pobre, sino para evitar llegara a ser pobre. La gente se suicida no porque sufra, sino para evitar un sufrimiento futuro. El suicidio es el freno de emergencia que queremos ser capaces de accionar cuando no estemos dispuestos a esperar que el tren se detenga en la estación¹⁴.

Como sabemos, la crítica que hace Szasz a las investigaciones y tratamientos de salud es muy fuerte, ya que para él, "la psiquiatría ha refeudalizado con éxito la vida humana: ha convertido la salud en una propiedad de la medicina y de los médicos en la misma medida en que el hombre había sido propiedad de Iglesia y de los curas"¹⁵. Dicho con otras palabras, si antes se consideraba al suicida como un pecador y se le negaban los santos óleos, o bien, se consideraba dicho acto como un crimen en contra del Estado y había una condena social a los más cercanos, hoy en día se ha medicalizado al suicida, abstrayéndole de su autonomía en aras del "principio de beneficencia". De esta forma el psiquiatra cosifica a su paciente por la vulnerabilidad y peligro que representa a los otros. Por tal motivo, Szasz considera que "atribuir el suicidio a la decisión del sujeto de quitarse la vida se ha convertido en algo tan políticamente incorrecto que probablemente se responsabilizará antes a otros individuos de un suicidio que al propio sujeto que lo comete"¹⁶. Y como vimos con antelación, uno de los problemas de fondo que implica el suicidio es el valor absoluto que se le da a la vida. Pareciera que la sociedad occidental "valora la vida de un paciente más que el propio paciente [...] El paciente es un complejo extraño para el psiquiatra. ¿Por qué debería valorar la vida de un paciente más de lo que lo hace el propio paciente?"¹⁷. De esta forma, el hablar a favor del suicidio racional implica la reflexión sobre uno de los derechos de la "cuarta generación", el "derecho a morir", el cual

[...] no implica que el suicidio sea deseable ni que lo sea que la gente se suicide (por ejemplo, cuando está mortalmente enferma). Sólo quiere decir que los agentes del Estado no tienen derecho a interferir, mediante castigos o prohibiciones, en la decisión de matarse de la persona. Aquellos que deseen impedir que una persona determinada cometa suicidio deben conformarse con intentar persuadirla para que cambie de opinión. La libertad para decidir cuestiones que afectan a la propia salud y el derecho a no ser molestado constituyen dos aspectos de la autonomía¹⁸.

Es por esta razón que Szasz ejemplifica la vindicación de este derecho mediante el caso de los Testigos de Jehová, ya que éstos rechazan un tratamiento a vida o muerte por "razonamientos que son razonables y correctos pero irracionales e incorrectos para los demás, las personas que

¹³ *Ibid.*, p. 21.

¹⁴ *Ibid.*, p. 57.

¹⁵ *Ibid.*, p. 84.

¹⁶ *Ibid.*, p. 124.

¹⁷ *Ibid.*, p. 126.

¹⁸ *Ibid.*, p. 214.

muestran tendencias suicidas rechazan la prevención a la fuerza por motivos correctos para ellos e incorrectos para los demás. Si aquellos tienen un derecho constitucional a hacerlo, ¿por qué no lo tienen también estos últimos?”¹⁹.

4. Jean Améry y la muerte voluntaria

Finalmente, veamos lo que dice Jean Améry, quien lleva a cabo un interesante análisis sobre “el tiempo”, que a su juicio no es algo natural, sino es producto de una toma de conciencia de la finitud y de que la metáfora del “otoño” de la vida es un engaño (pues no existe un florecimiento a posteriori, sino un lento y simple “marchitar” de la existencia personal). Reflexionar sobre el tiempo, en especial, de la persona que envejece, no solo manifiesta que la vida es un ser-para-la-muerte, sino que nos permite entender el “meollo” del asunto acerca del envejecer, que dicho con sus propias palabras es “la forma del sentido interno, o sea de nuestra propia observación de nosotros mismos y de nuestra condición”²⁰, además de que existen dos niveles de envejecimiento (que a su vez, develan diferentes posturas para afrontar la muerte), el “cultural” y el “personal”, los cuales serán atendidos desde diferentes intencionalidades y métodos: ya sea mediante la renovación y recuperación de la antiguo a nuestros días, o bien, mediante una serie de prácticas, ritos y roles que se viven hacia el senil, las prácticas funerarias y la preparación a la muerte propia, que curiosamente son elementos que anteceden a aquel que desea llevar a cabo un suicidio racional, en cambio, en *Reuelta y resignación. Acerca del envejecer*, el autor desde un inicio enfatiza en que sus reflexiones no tienen nada que ver con la geriatría, sino que hará mención de aquella persona que “envejece en su relación con el tiempo, con el propio cuerpo, con la sociedad, con la civilización y, finalmente, con la muerte”²¹.

Améry en uno de los textos más famosos en torno a la cuestión del suicidio y de la eutanasia, que es el de *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. En dicho texto, el autor no lleva a cabo una apología al suicidio libre, voluntario y racional, sino que cómo el mismo autor advierte, el análisis emprendido sobre la muerte voluntaria, parte desde la óptica del “suicidante” o de aquel sujeto que decide de manera racional y por mano propia el quitarse la vida, por tal motivo, dicho autor sostiene que hará mención de “muerte voluntaria”, pese a que en ocasiones el acto se consuma bajo un estado de presión angustiosa. Pero como forma de muerte, incluso sometida a tales presiones, la muerte voluntaria constituye un acto libre [...] soy Yo quien levanta la mano contra sí mismo”²². Al igual que Szsa, Améry desconfía de los logros y validez de la suicidología, ya que según este último, las afirmaciones de la suicidiología,

¹⁹ *Ibid*, pp. 212-213.

²⁰ *Ibid*, p. 22

²¹ Jean Améry, *Reuelta y resignación. Acerca del Envejecer*. Traducción de Marissa Siguan Boehmer y Eduardo Aznar Inglés. Valencia: Pre-textos, 2001, p. 9.

²² Jean Améry. *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. 1ª. reimp. De la 1ª. ed. Versión castellana de Marisa Siguan Boehmer y Eduardo Aznar Inglés. Valencia: Pre-textos, 2005, pp. 9-10.

[...] están vacías de significado para el suicida o suicidario, ya que lo fundamental para ellos es la absoluta singularidad de su situación, la situation vécue, que nunca es absolutamente comunicable, de forma que cada vez que alguien muere por su propia mano, o intenta morir cae un velo que nadie volverá a levantar, que quizás, en el mejor de los casos, podrá ser iluminado con suficiente nitidez como para que el ojo reconozca sólo una imagen huidiza²³

El acto cometido en el suicidio racional es por sí mismo una clara determinación de una escala de valores e ideales que no son comunes a la mayoría de las personas. Y como se ha dicho, el hecho de que “el grueso” de la población considere a la vida como el valor por excelencia, se puede cometer una “tiranía de la mayoría” y excluir a aquellos sujetos que sin ningún tipo de impedimento, enfermedad o patología, decidan racionalmente aceptar otra escala de valores en las que la vida no sea menester, sino el terminar con su existencia en aras de una integridad existencial y evitar una paulatina merma de su ser (por alguna enfermedad incurable o por querer dejar de ser). En este orden de ideas, debemos entender que la vida no es necesariamente el bien supremo. ¿Y que hace el común de la gente ante una persona que ha proyectado su suicidio como un proyecto legítimo y racional de su vida? Se le condena, aísla y medica. Se le diagnostica una “enfermedad” y se le dan antidepresivos porque dicho sujeto es “un peligro” para la sociedad. Ahora bien, ¿por qué solo se pone en “cuarentena” al suicida? Acaso el pedófilo, el secuestrador, el violador, el homicida, etc., no son también “peligrosos”? ¿Por qué ellos hasta pueden pagar una libertad bajo fianza o solicitar un amparo y los otros no? El suicidio racional manifiesta una opción legítima de libertad y autonomía, ante la cual existe una infinidad de tabúes: la lección racional de la muerte y que proviene de uno mismo. Améry exige que se debe respetar esta opción, ya que

[...] se puede no vivir, y ello es precepto allí donde la dignidad y la libertad condenan la vida para la muerte, la vida en el échec, que es contra-natura y que es un insulto a la existencia. El sujeto decide para sí mismo con plena soberanía, lo que no quiere decir que decida contra la sociedad. El sujeto individual tiene derecho a destrozar una propiedad que nunca fue realmente suya en beneficio de la autenticidad que reclama. Levanta la mano sobre sí mismo²⁴

Es importante destacar que Améry hace mención de la “inclinación hacia la muerte” que sería una manifestación de la libertad ante la angustia de percatarse de la existencia de una nada y/o náusea, por lo que la decisión en el fondo refleja una cuestión ética y consecuente con la vida que uno mismo ha forjado. Dicho con las palabras de Améry,

[...] quien rompe a través del aura de autoprotección que mantiene la especie y cede a la inclinación hacia la muerte; sea porque el échec lo venció brutalmente y le vino a decir: eres nadie, así que finalmente decídete a no ser; sea porque haya reconocido el échec final, de toda existencia y quiera levantar la mano sobre sí mismo, su propia mano, antes de que se levante contra él la mano del cáncer, la mano del infarto, la mano de la diabetes, etc. Quien, por tanto, cede y se abandona lo hace de una forma determinada en cada caso por las circunstancias externas²⁵.

²³ *Ibid*, p. 19.

²⁴ *Ibid*, p. 68.

²⁵ *Ibid*, pp. 86-87.

Dicha inclinación o decisión “precipitada” (Entendiendo que el sujeto provoca la muerte de manera activa y no la recibe pasivamente por alguna cuestión “natural” o “accidental”), manifiesta un rechazo hacia la subordinación del hastío de la vida o al *tedium vitae* en el que se encuentran muchos “colectivos”. Lo más triste y preocupante es que ante el suicida todos van en su apoyo, ya que “quien considere la idea de la muerte voluntaria, siquiera sea por algunos momentos o por puro ánimo de distracción, se sorprenderá del obstinado interés de la sociedad por la suerte final de quien la intenta. Se trata de la misma sociedad que se ha ocupado bien poco de su ser y de su existencia”²⁶. Esto quiere decir que “no todo lo que se nos propone desde la teoría psicológica es falso. Sin embargo, *siempre se omite el hecho básico: que el ser humano se pertenece esencialmente a sí mismo*, y esto al margen de la red de vínculos sociales, al margen de una fatalidad, y un prejuicio biológicos que le condenan a la vida”²⁷.

Sin embargo, con todo lo anteriormente dicho, ante la medicalización del suicidio, se exhorta a la permisibilidad de aquellos casos en los que el suicidio racional (muerte voluntaria por mano propia) sea legítimo, ya que la muerte voluntaria debe ser reconocida como “una muerte libre y una cuestión altamente individual, que no se lleva a cabo nunca al margen del contexto social, pero en la que *el ser humano está solo consigo mismo y ante la cual la sociedad debe callar*”²⁸. Dicho con otras palabras, el bien morir no es otra cosa que una muerte digna sin sufrimientos necesarios, es decir, en las mejores condiciones y dignas posible. Es importante resaltar que “postergar la muerte está plenamente justificado mientras se consiga alargar una vida que vale la pena vivir a quien la vive, pero cuando la elección no está entre morir o no morir, la elección es morir lo mejor posible”²⁹. Por tal motivo, “se debe considerar el derecho del paciente a decidir la terminación de su vida y resolver si su autonomía llega al punto de justificar que elija el momento y la forma de su muerte. En otras palabras, si es dueño de su vida, al grado de decidir su final, cuando el sufrimiento que le impone una enfermedad resulta intolerable”³⁰.

A manera de conclusión

Es importante resaltar que si se ha reconocido y aceptado la eutanasia, que supone la existencia de pacientes que consideran que tienen el derecho a terminar en cierto momento con su vida, y solicitan ayuda al personal de salud para que no recurran a medios violentos para terminar con su existencia, y morir con cierta dignidad, se abre la puerta a la permisibilidad y legitimidad del suicidio racional aquí expuesto.

En este orden de ideas, el Estado no debe impedir los derechos del paciente (suicida racional), sino que tiene que posibilitar y garantizar la ayuda y asistencia de medios o del personal de salud

²⁶ *Ibid*, p. 97.

²⁷ *Ibid*, p. 103.

²⁸ *Ibid*, p. 100.

²⁹ Asunción Álvarez del Río, “Elementos para un debate bioético de la eutanasia”, en Foro Consultivo Científico y Tecnológico, *Eutanasia: hacia una muerte digna*. México, DF: Colegio de Bioética, 2008, p. 41.

³⁰ *Ibid*, p. 43.

para consumir digna y tranquilamente dicho suicidio (como lo es la Interrupción Legal del Embarazo). Solamente de esta forma es posible reconocer que la sociedad es incluyente, laica y pluralista, permitiendo y posibilitando la existencia de personas que quieren cosas distintas durante su vida y al final de ésta.

Finalmente, es importante resaltar cuatro aspectos a considerar para reflexionar. El primero de ellos, consiste en reconocer que es un hecho que el personal de salud constituye un porcentaje de las personas que se suicidan³¹. En segundo lugar, desde el ámbito farmacológico y clínico se ha creído que existe una relación entre la ideación suicida y el consumo de antidepresivos, lo cual no siempre es cierto. Dolores Arceo, llevó a cabo un estudio en el que estimó el riesgo de ideación suicida en pacientes que iniciaron un tratamiento médico (con paroxetina, fluoxetina o amitiprilina), y llegó a la conclusión de que “el tipo de medicación antidepresiva utilizada no se relacionó con la ideación suicida, intento de suicidio o suicidio”³².

En tercer lugar, la viabilidad de esta propuesta implica el hecho de que si se trata de permitir y legalizar la ayuda a morir, la mejor manera de controlar esta práctica es limitando a que sean los médicos quienes tengan la capacidad de realizarla, además de que “si hay pacientes que consideran que tienen el derecho a decidir y pedir ayuda a su médico para terminar con su vida, y hay médico que están de acuerdo en dar esa ayuda, ¿no debe el Estado no sólo no impedir los derechos del paciente y el deber del médico, sino garantizarlos? Lo que está en juego es reconocer que la sociedad en que vivimos, laica y pluralista, las personas quieren cosas distintas, durante su vida y al final de ella. Quienes no estén de acuerdo con la opción de adelantar la propia muerte, deben aceptar que otras personas sí lo están y que lo realmente importante es garantizar que se respete la voluntad de unas y otras. Así, el paciente que tome la decisión de pedir ayuda para morir, podrá estar acompañado en todo momento y morir en las mejores condiciones sin arriesgar legalmente a nadie”³³. Y, en cuarto lugar, es necesario modificar los códigos morales de nuestras instituciones educativas, religiosas y culturales de nuestras sociedades, para evitar una condena moral al suicidio racional, así como también comprender que debe buscarse otro término para evitar una malinterpretación por el empleo del término racional.

³¹ La fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio señala que, en ese país se suicidan entre 300 y 400 médicos por año. En México, “de los diez médicos que se graduaron en la generación del doctor Federico Rebolledo Mota, cuatro se suicidaron. Dos lo hicieron en el Quirófano”. Cf. http://www.bbc.co.uk/mundo/cultura_sociedad/2010/03/100318_0325_suicidio_medicos_mexico_mz.shtml consultado el día 5 de diciembre de 2010 a las 16:40 hrs.

³² Dolores Arceo, “Los inhibidores de la recaptación de serotonina no aumentarían el riesgo de suicidio en pacientes con depresión unipolar”. Texto consultado el día 4 de diciembre de 2010 a las 22:09 hrs de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo_gbc.php?bib_vv=16

³³ Asunción Álvarez, *Op.Cit.*, p. 44.

Bibliografía

- ◆ Álvarez del Río, Asunción. "Elementos para un debate bioético de la eutanasia", en Foro Consultivo Científico y Tecnológico, Eutanasia: hacia una muerte digna. México, DF: Colegio de Bioética, 2008.
- ◆ Améry, Jean. Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria. 1ª. reimp. De la 1ª. ed. Versión castellana de Marisa Siguan Boehmer y Eduardo Aznar Inglés. Valencia: Pre-textos, 2005.
- ◆ Améry, Revuelta y resignación. Acerca del Envejecer. Traducción de Marissa Siguan Boehmer y Eduardo Aznar Inglés. Valencia: Pre-textos, 2001.
- ◆ Arceo, Dolores, "Los inhibidores de la recaptación de serotonina no aumentarían el riesgo de suicidio en pacientes con depresión unipolar". Texto consultado el día 4 de diciembre de 2010 a las 22:09 hrs de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo_gbc.php?bib_vv=16
- ◆ Ellis, Thomas, "Estudio de la cognición y suicidio: comienzos e hitos del desarrollo", en Thomas E. Ellis (editor). Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia. Traducción de Alicia Solís Bravo. México, D.F.: Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., 2008.
- ◆ Martínez, Carlos. Introducción a la suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007
- ◆ Szasz, Thomas. Libertad fatal. Ética y política del suicidio. Traducción de Francisco Beltrán Adell. Barcelona: Ed. Paidós, 2002.
- ◆ http://www.bbc.co.uk/mundo/cultura_sociedad/2010/03/100318_0325_suicidio_medicos_mexico_mz.shtml consultado el día 5 de diciembre de 2010 a las 16:40 hrs.

ARTÍCULO

Bioética: una disciplina necesaria en la formación científica

ÁNGELA LAVILLA CAÑEDO*

Sumario

Índice

Introducción

Objetivos

Material y método

Temas de análisis

A. Disease Mongering

B. Deshaciendo mitos de la Industria Farmacéutica (IF)

C. Ensayos Clínicos de medicamentos de uso humano

Conclusiones

Referencias bibliográficas

* Licenciada en Bioquímica por la Universidad de Oviedo.

Resumen

La necesidad de incorporar la reflexión bioética en los estudios universitarios relacionados con la investigación biomédica es una cuestión que no ha sido suficientemente tratada. El presente artículo pretende identificar situaciones reales de las compañías farmacéuticas para las que el futuro investigador ha de ser preparado durante su periodo de formación. Las situaciones analizadas están íntimamente relacionadas con el componente comercial de los fármacos, y se han clasificado en base a tres aspectos: la ampliación de los límites de enfermedad, la asignación de recursos para el desarrollo de nuevos fármacos y las tendencias en cuanto a líneas de investigación, y las cuestiones éticas implicadas en la realización de ensayos clínicos de medicamentos en humanos. La necesidad de una formación en bioética en el periodo de formación universitario, que incluya este tratamiento holístico en cuanto a la investigación biomédica, debería promoverse con el fin de trabajar por el cumplimiento y respeto de los Derechos Humanos.

Palabras clave: bioética; compañías farmacéuticas; formación universitaria; ciencias Biomédicas.

Abstract

The need to include reflection on bioethical matters within university studies related to biomedical research is an issue which has not been properly discussed. This article attempts to identify real situations involving pharmaceutical companies which the future researcher has to be prepared for during their period of training and education. The examples analysed in this article are closely linked to the commercial aspect of the pharmaceutical products and have been classified in three ways: the broadening of the definition of illnesses, the assignment of resources for the development of new medicines and current research trends, and the ethical questions which are implied in clinical trials performed on humans. Bioethical issues should be taught with a global and integrative approach within university courses in order to encourage respect for human rights.

Keywords: bioethics; pharmaceutical companies; university education; biomedical sciences.

Introducción

El desarrollo de la práctica investigadora junto con los avances biotecnológicos están aportando indudablemente beneficios a la salud de los seres humanos, gracias a la mejora de los diagnósticos, pronósticos y tratamientos eficaces. Aunque resulta importante resaltar cómo el campo farmacológico, además de con la ciencia, se relaciona con el mercado. Por ello, hay que tener presente el componente comercial que conllevan los medicamentos que, de alguna manera, puede llegar a vulnerar los Derechos Humanos y los principios bioéticos básicos que deben regular la investigación en seres humanos establecidos en el Informe Belmont (1978): el respeto, la beneficencia y la justicia.

En el modelo actual de práctica médica el paciente asume la responsabilidad en la toma de decisiones, y esto implica el derecho a acceder a una información independiente en relación con los fármacos existentes, con los conflictos de intereses, con la presión que ejerce la Industria Farmacéutica (IF), sus estrategias y relaciones con los gobiernos, asociaciones de pacientes y otras entidades.

El cumplimiento de las obligaciones jurídicas y los deberes éticos de los profesionales dedicados a la IF contribuirán a lograr que la información sea transparente, algo crucial para desechar medicamentos inseguros y no caer en un círculo de intereses ocultos capaces de modificar nuestra propia percepción del concepto de salud.

Objetivos

Los objetivos contemplados pueden dividirse en dos partes. En primer lugar, investigar la situación actual en la que se encuentra la IF en tres puntos fundamentales: la ampliación de los límites de la enfermedad, la distribución de recursos y tendencias en el desarrollo de nuevos fármacos y, las cuestiones éticas involucradas en la realización de ensayos clínicos de medicamentos en humanos. En segundo lugar, mostrar la necesidad de aportar a los estudiantes de Ciencias Biomédicas conocimientos básicos de bioética para fomentar la capacidad de análisis y como herramienta para saber abordar los conflictos éticos que en el futuro se les puedan plantear.

Material y método

La metodología llevada a cabo se basa en la revisión bibliográfica de artículos publicados en revistas científicas, nacionales e internacionales, y bases de datos de bibliografía médica, bioética y legislación. Gracias a estos materiales ha sido posible llevar a cabo una reflexión bioética ante lo planteado en la literatura especializada relacionada con el tema de estudio y ha permitido la detección de nuevos problemas y temas controvertidos de actualidad dignos de estudio y debate.

Temas de análisis

A. Disease mongering

Disease Mongering es un término acuñado en 1992 por Lynn Payer. Fue descrito en su obra como la ampliación de los límites de la enfermedad y se visualiza bajo la forma de “tratar de convencer a gente sana de que está enferma, y a gente levemente enferma, de que está muy enferma” [1].

Especialistas como Ray Moynihan y David Henry se refieren a él como la venta de trastornos que amplifican los límites de enfermedad y expanden los mercados de aquellos que venden y proporcionan tratamientos [2]. Supone exacerbar la dimensión de lo cotidiano, expandiendo y alterando la percepción y el concepto de enfermedad, para introducir un tratamiento (preferiblemente de por vida).

En los países desarrollados se está consiguiendo que la población se considere cada vez más enferma, aumentando la proporción de pacientes, es decir, todo aquel que toma medicinas [3], y propagando una epidemia silenciosa de efectos adversos, que en países como EE.UU. están considerados entre la cuarta o sexta causa de muerte [4].

Se pueden distinguir 14 tácticas de promoción de *Disease Mongering*:

A.I. Dar a entender que una función normal no es correcta y debe tratarse.

La calvicie es un proceso inevitable que se ha llevado al campo de la medicina. Merck dio a conocer este “problema” a través de una campaña publicitaria encubierta, en la que se advertía de la posibilidad de sufrir pánico y otras dificultades emocionales, así como mermar el bienestar mental de los hombres al perder pelo [5]. La propia compañía había financiado el estudio y contratado a un experto para difundirlo y promocionar su fármaco, no libre de efectos adversos, Propecia® [5].

A.II. Considerar características de la personalidad como enfermedad.

La timidez, en términos médicos, ha pasado a llamarse fobia social (FS) y como tal, tiene tratamientos. Aurorix® (moclobemida) de Roche, fue promocionado mediante una campaña que enfatizaba la infravaloración por parte del gobierno, del número de diagnósticos, consiguiendo catalogar la FS dentro de los desórdenes psiquiátricos [5].

A.III. Fomentar el miedo en personas sanas acerca de una futura enfermedad.

Es una estrategia de toma de conciencia acerca de posibles enfermedades. Puede llevarse a cabo por los departamentos de marketing de las compañías [2] y puede ir respaldada por agresivos anuncios publicitarios, como en el caso de Lipitor® (atorvastatina) de Pfizer, protagonista de una campaña de prevención cardiovascular en gente sana [6] cuyo resultado fue ser considerado el fármaco más vendido en el mundo [7], a pesar de la existencia de estudios que indican que las estatinas no proporcionan un beneficio neto para la salud, en su aplicación como prevención [8].

A.IV. Introducir nuevos diagnósticos difíciles de distinguir de la vida normal.

El llamado Síndrome Disfórico Premenstrual puede considerarse “patología” tratable, a pesar de no existir un consenso sobre su definición. Ciertos profesionales lo consideran una enfermedad psiquiátrica, otros manifiestan que no existe, y no aparece contemplado como enfermedad en la Clasificación Internacional de la OMS. La FDA (Food and Drug Administration) se apoya en los síntomas descritos por el centro nacional “Women’s Health” para permitir su diagnóstico [9], aunque es resaltable que la valoración de sus manifestaciones no es sencilla, facilitando la sobrevaloración y medicación innecesaria, con riesgo de sufrir efectos adversos.

A.V. Aumentar los rangos de prevalencia de las enfermedades.

La disfunción eréctil (DE) pasó de ser tratada como efecto colateral a un problema médico, físico e identificable, a ser tratada incluso de manera subjetiva e innecesaria, para enaltecer y potenciar la erección, principalmente por presiones sociales.

Pfizer, productor de Viagra® (citrato de sildenafil) apostó por eliminar las restricciones y ofrecer su uso a un amplio espectro, por medio de una campaña mediática apoyada por los medios y personalidades famosas, basada en redefinir DE y asignarle una cifra de prevalencia elevadísima dentro de la población, normalizando el término, y haciendo accesible su uso [10]. Hay investigaciones que demuestran que en el estudio sobre la prevalencia en EE.UU., uno de los dos grupos de muestra había sido seleccionado en una clínica universitaria de urología [10].

A.VI. Atribuir un padecimiento o síntoma leve a una enfermedad grave.

La aparición de los inhibidores de recaptación de la serotonina permitió etiquetar problemas de ánimo menor como depresión o ansiedad generalizada, provocando un aumento de su prescripción en detrimento de otros fármacos eficaces con mayor restricción prescriptiva [11]. Su popularización y demanda vinieron facilitadas por una supuesta inocuidad, ya desmentida.

A.VII. Promocionar fármacos (preventivamente) para situaciones que antes no eran consideradas problemas médicos.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) apuesta por reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular introduciendo estatinas desde los 8 años como tratamiento de hipercolesterolemia (tanto de origen hereditario como por estilo de vida) [12]. La AAP posee soporte financiero de compañías como AstraZeneca, Abbott, Johnson o Merck, siendo esta última una de las compañías que produce dos de las estatinas aprobadas por la FDA para uso en niños: Zocor® (simvastatina) y Mevacor® (lovastatina).

A.VIII. Exagerar beneficios de tratamientos usando estadísticas maquilladas

La FDA amonesta a compañías que usan malas representaciones para sobreestimar la efectividad. Un ejemplo es la crítica realizada a Merck por haber difundido en su publicidad datos magnificados sobre la eficacia de Propecia®, éstos eran inconsistentes con la etiqueta aprobada [13].

A.IX. Definir una condición de salud como “enfermedad por deficiencia” / “desbalance hormonal”.

La menopausia es otro caso de *Disease Mongering*, en el que se pretende asociar un cambio fisiológico con un aumento de riesgo en la salud o una enfermedad, llevando a pensar en la necesidad de un tratamiento farmacológico de prevención, como la Terapia Hormonal Sustitutiva. Este tratamiento se recetaba ampliamente y se creía eficaz, pero a partir de 2002, estudios como el Women's Health Initiative [14], advertían graves riesgos que en la mayoría de los casos superaban los beneficios, con contadas excepciones.

A.X. Redefinir enfermedades en base a factores de riesgo o resultados intermedios.

Esto ocurre al considerar la osteoporosis una enfermedad, tanto en base a la osteopenia (resultado intermedio) como a un supuesto riesgo de fractura. Osteopenia no es sinónimo de enfermedad ya que no toda persona con baja densidad ósea va a desarrollar osteoporosis. El tratamiento farmacológico preventivo (a largo plazo) sólo ofrece una pequeña disminución del riesgo de fractura, a cambio de incluir potenciales riesgos y gastos elevados, especialmente en mujeres sanas [5].

Asociaciones de pacientes como la Asociación Española contra la Osteoporosis obtiene financiación y patrocinio de la IF, resultando ser una forma muy efectiva y barata de publicitar sus tratamientos.

A.XI. Definir “salud” a conveniencia.

La Constitución de la OMS define salud como “estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, pero este estado de plenitud se dilata y se contrae según el criterio que se utilice.

La IF contribuye a potenciar la obsesión insana por la salud y las ansias de la población por permanecer joven y sana, por medio de los denominados “fármacos para los estilos de vida”, que se presentan como meros artículos de consumo, facilitando su expansión y aceptación. Se muestran como soluciones eficaces para cualquier persona y prácticamente aparecen como libres de riesgos. En muchos casos faltan estudios que avalen su eficacia y además, no se advierte sobre la posibilidad de sentirse frustrado o peor que antes de iniciar un tratamiento.

A.XII. Promocionar drogas agresivas para síntomas y enfermedades leves.

El Síndrome de Intestino Irritable es un desorden común que pasó a convertirse en todo un problema gracias a la estrategia de marketing de GSK para comercializar Lotronex® (alosetron) [5]. Su “programa de educación médica” tenía como objetivo crear una nueva percepción del síndrome, moldeándolo de tal forma que pareciese una enfermedad creíble, común y concreta [5]. Una vez aprobado, fue retirado voluntariamente del mercado, por sus graves efectos adversos.

A.XIII. Promoción de tecnologías aparentemente sin riesgos y mágicas.

La IF anuncia con gran entusiasmo el tratamiento personalizado que supone la farmacogenómica. Un análisis amplio, en el contexto de su aplicación en la sociedad, permite detectar los inconvenientes que pueden surgir. Éstos se centran en el ámbito ético, social y económico. Los problemas éticos están relacionados con los bancos de DNA, el consentimiento informado, la privacidad y confidencialidad de los datos, y la posible discriminación y desigualdades

que puedan surgir en torno a personas con determinados perfiles genotípicos [15]. Por otra parte, es muy importante tener en cuenta los conflictos que pueden llegar a surgir entre industria, gobiernos, profesionales médicos y pacientes, así como los costes que supone su introducción.

A.XIV. Ampliación de patentes mediante el uso del mismo principio activo y diferente uso.

La forma de ampliar en el tiempo la exclusividad de la finasterida (comercializada desde 1992 como Proscar® por Merck) para la hiperplasia prostática benigna, fue dándole un nuevo nombre y uso: Propecia®, para la pérdida de pelo. Actualmente se estudia su posible aplicación preventiva contra el cáncer de próstata [16].

B. Deshaciendo mitos de la industria farmacéutica

La IF es una de las industrias económicamente más rentables que existe. En 2009, "Fortune 500" la situó en el puesto número 3 dentro de las categorías de industrias más rentables y mejores inversiones [17]. Las empresas que controlan el mercado no son muy numerosas, y actualmente se tiende a las fusiones millonarias. Esta pauta, común a la dinámica empresarial actual, disminuye la competencia, facilitando los oligopolios.

B.I. ¿Cuánto cuesta desarrollar un nuevo fármaco?

La estimación del coste de desarrollo de cada nuevo fármaco desempeña un papel muy importante en la toma de decisiones acerca de precios, políticas de regulación o introducción de genéricos. Se ha convertido en un instrumento que permite tanto justificar las decisiones de las multinacionales, como obtener altísimos beneficios para compensar los supuestos gastos y el riesgo que les supone la investigación y desarrollo (I+D).

Existen numerosos estudios y revisiones acerca del precio de cada nueva entidad molecular. La cifra más mencionada en la bibliografía es la obtenida en el Tufts Center for the Study of Drug Development y se corresponde con 802 millones de dólares [18], cifra que apoya PhRMA, representante de las compañías del sector farmacéutico. Este centro está financiado por compañías farmacéuticas, biotecnológicas y compañías relacionadas con la investigación de la IF [20]. Existen autores que proponen intervalos de costes (500 millones - 2000 millones) en función del tipo de terapia o compañía [19], algunos economistas optan por cifras que alcanzan los 1700 millones de dólares [20] y por contrario, las corrientes críticas cifran los costes en 266 millones de dólares [21]. Diferentes especialistas argumentan que los estudios que indican costes desmesurados están financiados por la IF para obtener resultados favorables [20].

B.II. ¿Cuánto conocimiento aporta la IF?

Las intensas campañas de marketing de la IF, su presencia en los medios de comunicación, actos y congresos científicos dan la impresión de ser las responsables del descubrimiento de las bases de las enfermedades, llevándose todo el mérito.

Arnold S. Relman y Marcia Angell en 2002 desmintieron este mito desvelando la importancia del papel de la investigación subvencionada por fondos públicos a la hora de desarrollar nuevos

fármacos [21]. Llegaron a la conclusión de que sólo el 15 % de artículos científicos citados en patentes con aplicaciones para nuevos fármacos y aplicaciones e innovaciones médicas provenían de la IF, en contraposición con un 54 % proveniente de centros académicos, un 13 % del gobierno y un resto correspondiente a otras instituciones públicas sin ánimo de lucro [21].

B.III. Innovación de la IF

Un medicamento innovador debería ser aquel que, aparte de ser una NME, ofreciese un avance significativo en comparación con otros fármacos del mercado. La IF redefine el término, aplicándolo sólo a nuevas entidades moleculares [22]. Entre 1998 y 2002, de los 415 nuevos medicamentos aprobados por la FDA, en términos anuales medios, solamente el 14 % eran fármacos innovadores [22]. En contraposición, se produce el aumento de los denominados *me-too* (*yo-también*), que se caracterizan por ser compuestos estructuralmente muy similares a otro ya conocido, sin que exista diferencia farmacológica importante, y sin que se sepa si es más o menos eficaz, por su comparación con un placebo para su aprobación [23]. Los *me-too* suponen grandes desembolsos en promoción y marketing, permiten disminuir riesgos y gastos en I+D, y agilizan el desarrollo de nuevos medicamentos similares a los fármacos conocidos altamente rentables. Algunos *me-too* sirven para extender derechos en el monopolio de un viejo *blockbuster* [23], es decir, todo medicamento que logra beneficios anuales a nivel global superiores a los 1000 millones de dólares.

B.IV. Distribución de recursos de la IF

Según la Comisión Europea, la IF destinó entre 2000 y 2007 un 17 % de su facturación en I+D, del cual el 1.5 % había estado destinado a la investigación de base, y un 23 % en marketing y actividades de promoción [24]. El gasto en promoción es más elevado en EE.UU. [25] ya que se publicitan fármacos que requieren prescripción médica.

B.V. Tendencias en las líneas de investigación

Las familias de medicamentos más vendidas en 2008 se corresponden con los problemas que se tratan principalmente en el mundo desarrollado, en orden decreciente de ventas: tratamientos oncológicos, reguladores de lípidos, agentes respiratorios, antidiabéticos, inhibidores de la bomba de protones, antagonistas de la angiotensina II, antipsicóticos, antidepresivos etc. [26]. Entre 1975 y 1997, menos de un 1 % de 1223 nuevos medicamentos que salieron al mercado internacional estaban destinados específicamente a enfermedades contagiosas tropicales [27].

C. Ensayos clínicos de medicamentos para uso humano

La definición de ensayo clínico (EC) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) es “*toda investigación efectuada en seres humanos dirigida a determinar o verificar los efectos clínicos, farmacológicos y/o demás efectos farmacodinámicos, y/o identificar cualquier reacción adversa, y/o estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de uno o varios medicamentos en investigación con el propósito de determinar su seguridad y/o eficacia*” [28].

C.I. Regulación de la investigación clínica en Europa y España

En la Unión Europea existe una extensa legislación sobre investigación clínica que se recoge en los volúmenes 1 y 10 de "The rules governing medicinal products in the European Union". Existen 5 directivas clave en la UE: **95/46/CE**, **2001/20/CE**, **2003/94/CE**, **2004/23/CE** y **2005/28/CE** que han sido incorporadas a la legislación española a través del Real Decreto 223/2004 y la Ley 29/2006. En cualquiera de los casos, la base subyacente recae en los postulados éticos existentes: Informe Belmont, Declaración de Helsinki, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina.

C.II. Perfil actual de los EC

Los EC constituyen un importante mercado que se ve igualmente afectado por la globalización económica actual. Este hecho está favoreciendo su deslocalización (principalmente en fases III y IV) a países de rentas medias y bajas. Entre 2004 y 2007 el número de centros donde se realizaron EC aumentó con máximos en países de Europa Central/Este, América Latina y Asia, con tasas de crecimiento respectivas del 15.9 %, 12.1 % y 10.2 % [29]. Los motivos son, por una parte, los ahorros económicos, ya que se disminuyen costes y tiempo, y por otra, la facilidad en los trámites, exigencias medioambientales, sanitarias y éticas, así como la falta de transparencia en las investigaciones, por la ausencia de guías de buenas prácticas en investigación [30]. Además, los objetivos están orientados a padecimientos tratados en los países ricos, en lugar de problemas relevantes en esos países [31], proporcionando beneficios puramente individuales y económicos y no mejoras para los países que han aportado voluntarios.

C.III. Conflictos éticos en el desarrollo de los ensayos clínicos

En las fases I, II y III las cuestiones éticas están relacionados con el uso de placebo, la participación voluntaria y el consentimiento informado escrito, la privacidad, confidencialidad y protección de la seguridad de las personas involucradas en los estudios, la posibilidad de abandono por cualquiera de las partes, así como con el fraude (alteraciones de historias clínicas, ocultación de datos, cambio de registros, ocultación de errores, alteración de visitas para cumplir con plazos, forzando la admisión de sujetos [32]). Mientras que en la fase IV priman los conflictos de interés, es decir, el conjunto de condiciones en las cuales un juicio profesional sobre un interés primario (bienestar del paciente o validez de una investigación) tiende a estar excesivamente influenciado por otro secundario (ganancia económica) [33].

La fase IV de los EC subvencionados por la IF puede llevarse a cabo por subdepartamentos de marketing, por ello, los resultados pueden poseer un sesgo que favorezca los resultados que persiguen [34]. Algunas de las estrategias existentes incluyen modificaciones en el medicamento de comparación, alteración de las dosis reales [34], establecimiento del punto final del estudio *a posteriori*, no publicación de efectos secundarios, resaltamiento de hallazgos favorables [35], manipulación estadística, modificación de los tamaños de las muestras [36] y la presunción de independencia enmascarando la autoría científica o contratando a compañías de comunicación y educación médica (MECC) [35].

Conclusiones

La Bioética surge en la sociedad actual como una necesidad. Sus objetivos de descubrir, analizar y orientar la toma de decisiones en situaciones en las que los avances biotecnológicos, las desigualdades y los intereses económicos puedan estar sobrepasando los límites aceptables por la ética, la hacen imprescindible a la hora de programar la búsqueda de nuevos medicamentos.

La IF en su afán (legítimo) por lucrarse, ha olvidado su responsabilidad social en materia de salud. Han conseguido cambiar la definición de salud, de manera que la lucha contra las enfermedades no es lo único, sino que ahora parece necesario tener que actuar sobre procesos y etapas fisiológicas de la vida, para poder controlar y modificar nuestra naturaleza. Todo ello con el amparo de los gobiernos, los medios de comunicación, los profesionales de la salud y el beneplácito de los ciudadanos.

Nos hacen ser dependientes de tratamientos que venden como innovadores, eficaces y seguros, que están destinados tanto a mitigar síntomas como a prevenirlos. No les conviene que las personas busquen causas a sus problemas (que pueden no ser puramente fisiológicos) o que incidan en prácticas preventivas en forma de hábitos saludables, sino que les interesa sacar continuamente productos al mercado, modificarlos y buscarles nuevos usos para ampliar patentes. Para ello, por una parte, se apropian del conocimiento producido por grupos de carácter público o por estudios de fármacos ya aprobados, y por otra, son capaces de manipular los ensayos clínicos y aprovecharse de las poblaciones más vulnerables, para favorecer la salida al mercado de nuevos tratamientos o promocionar fármacos inseguros e ineficaces.

Ante esta perspectiva, considero fundamental y necesario que, en la Universidad pública se impartan conocimientos de Bioética dentro del currículum académico de los estudiantes de Ciencias Biomédicas. Es necesario que en ella se pongan sobre la mesa los temas tratados y se faciliten conocimientos en bioética que permitan, por una parte, reconocer y analizar decisiones y acciones con un componente de tipo ético, como son los conflictos de intereses que subyacen en los procesos que conducen al desarrollo y promoción de nuevos fármacos, y por otra, debatir sobre los nuevos problemas que el desarrollo actual de la ciencia y la tecnología puedan plantear. De igual modo, es conveniente que la Universidad pública ponga a disposición del alumnado las iniciativas existentes por parte de movimientos profesionales, estudiantiles y ciudadanos, que luchan por la transparencia de las relaciones de la IF. De esta manera, podrán llevar a cabo el compromiso que se requiere para situar al medicamento dentro de su misión como beneficio social y fuera del alcance de la pura mercantilización.

Referencias bibliográficas

- ◆ Payer, L. *Disease Mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*, New York: Wiley and Sons, New York, 1992.
- ◆ Moynihan, R.; Henry, D. (2006) *The Fight against disease mongering: Generating knowledge for action*. PLoS Med 3(4):425-428.

- ◆ Rose, G. (1985) *Sick individuals and sick populations*. International Journal of Epidemiology, 14(1):32-38
- ◆ Lazarou, J.; Pomeranz, BH.; Corey, PN. (1998) *Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients*. The Journal of the American Medical Association, 279(15):1200-1205.
- ◆ Moynihan, R.; Heath, I.; Henry, D. (2002) *Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*. British Medical Journal, 324:886-891
- ◆ Mintzes, B. (2006) *Disease mongering in drug promotion: Do governments have a regulatory role?*. PLoS Med 3(4):461-465
- ◆ *Leading Products by Global Pharmaceutical Sales, 2006*. IMS MIDAS®, MAT 2006
- ◆ Therapeutics Initiative (2003) *Do statins have a role in primary prevention?*. Therapeutics Initiative Letter (48)
- ◆ *Frequently Asked Questions of PMS and PMDD (2010)*, U.S. Department of Health and Human Services [información en Internet] Disponible en <http://www.womenshealth.gov/faq/premenstrual-syndrome.pdf>
- ◆ Lexchin, J. (2006) *Bigger and Better: How Pfizer redefined erectile dysfunction*. PLoS. Med 3(4):429-432
- ◆ Gervás, J. (2006) *Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España*. Gaceta Sanitaria, 20(1):127-34.
- ◆ De Ferranti, S.; Ludwig, DS. (2008) *Storm over Statins – The controversy surrounding pharmacologic treatment of children*. The New England Journal of Medicine, 359(13):1309-1312.
- ◆ FDA. Warning letter to Merck & Co. Re: NDA 20-788 (MACMIS ID # 6807) Propecia. 2001. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/EnforcementActivitiesbyFDA/WarningLettersandNoticeofViolationLetterstoPharmaceuticalCompanies/UCM168159.pdf>
- ◆ *Facts about Postmenopausal Hormone Therapy*. NIH Publication No. 05-5200, 2005.
- ◆ Williams-Jones, B.; Corrigan, OP. (2003) *Rhetoric and Hype: Where's the 'Ethics' in Pharmacogenomics?*. American Journal of Pharmacogenomics, 3(6):375-383
- ◆ Moore, J. (2008) *New Data Show Benefit of Finasteride in Preventing Prostate Cancer*. American Association for Cancer Research, Press Releases: May 18, 2008.
- ◆ *The Fortune 500*, Fortune Magazine, 159(9).
- ◆ DiMasi, JA; Hansen, RW.; Grabowski, HG. (2003) *The Price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs*. Journal of Health Economics 22(2):151-185.
- ◆ Adams, CP; Brantner, VV. (2006) *Estimating the Cost of New Drug Development: Is it really \$802 Million?*. Health Affairs, 25(2):420-428.

- ◆ Colier, R. (2009) *Drug development cost estimates hard to swallow*. Canadian Medical Association Journal, 180(3):279-280.
- ◆ Relman, AS.; Angell, M. (2002) *America's Other Drug Problem*, The New Republic
- ◆ Angell, M. *La Verdad acerca de la IF*, Grupo Editorial Norma, 2006.
- ◆ Angell, M. (2004) *Excess in the pharmaceutical industry*. Canadian Medical Association Journal, 171(12):1451-3.
- ◆ Pharmaceutical Sector Inquiry, Executive Summary (2008) European Commission. Disponible en: http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/exec_summary_en.pdf
- ◆ Gagnon, MA.; Lexchin, J. (2008) *The cost of pushing pills: A new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States*. PLoS Med 5(1):29-33
- ◆ *Global Top 15 Therapy Classes, 2008*. IMS Health.
- ◆ Trouiller, P.; Torreele, E.; Olliaro, P. et al. (2001) *Drugs for neglected diseases: a failure of the market and a public health failure?* Tropical Medicine and International Health 6(11):945-951.
- ◆ *Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95)*. AEMPS
- ◆ Hurley, D.; Lipezker, M.; Melgar, H. et al. (2009) *Latin American Clinical Trial Authorizations*, Focus indd, 609:38-42.
- ◆ Angell, M. (1997) *The Ethics of Clinical Research in the Third World*, The New England Journal of Medicine, 337(12):847-849.
- ◆ Glickman, SW.; McHutchinson, JG.; Peterson, ED. et al. (2009) *Ethical and Scientific Implications of the Globalization of Clinical Research*, The New England Journal of Medicine, 360(8):816-823.
- ◆ Wuilbert, RP. (2000) *El fraude en los ensayos clínicos humanos*, Revista Médica Herediana 11(4):144-153.
- ◆ Thomson, DF. (1993) *Understanding financial conflicts of interest*, New England Journal of Medicine, 329(8):573-6.
- ◆ Peralta, V. *Ensayos Clínicos, industria farmacéutica y práctica clínica*, Anales del Sistema de Navarra 28(1).
- ◆ Spielmans, GI.; Parry, PI. (2010) *From Evidence-based Medicine to Marketing-based Medicine: Evidence from Internal Industry Documents*, Bioethical Inquiry 7(1):13-29.
- ◆ Garattini, S.; Benatar, SR. *Estándares Éticos y científicos en la investigación Nº 2*, Fundació Víctor Griffols i Lucas, Barcelona, 2000.



ISSN: 1886-5887

Revista de Bioética y Derecho

Publicación del Máster en Bioética y Derecho

BIOÉTICA Y CINE

“La prima cosa bella”: uno sguardo alle cure palliative

CRISTIANE AVANCINI ALVES*

* Post-Dottorato in Diritto. Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa, Italia.

Riassunto

L'incontro tra bioetica, diritto e cinema offre la possibilità di rivolgere nuovi sguardi ai temi biomedici. Tra questi, un campo che sorge attraverso recenti pubblicazioni di leggi è quello delle cure palliative. Il tema del fine vita si confronta tra schermo e realtà. Come punto di riferimento per questa breve discussione, il film italiano *La prima cosa bella* pone questo delicato e sensibile sguardo sui rapporti umani che coinvolgono l'assistenza al malato terminale e le strutture sanitarie rivolte al loro supporto.

Parole chiavi: bioetica; diritto; cinema; cure palliative.

Abstract

The encounter of bioethics, law and cinema offers the opportunity to turn a new regard toward biomedical issues. Among these issues, palliative care is a subject that appears through recent publications of laws on this field. The theme of the end of life is challenged between screen and reality. As a point of reference for this brief discussion, the Italian film *La prima cosa bella* gives a delicate and sensitive look at human relationships involving assistance to terminally ill patients and healthcare structure directed to their support.

Key words: bioethics; law; movies; palliative care.

“La prima cosa bella”: uno sguardo alle cure palliative

Anna Nigiotti coniugata Michelucci affronta ogni situazione con un sorriso, con i figli per mano, e al canto di “La prima cosa bella” prova ad allontanare i momenti difficili avvicinandosi alla vita. Nella Livorno degli anni settanta, la sua espontaneità e femminilità sono vissute intensamente. Durante l'estate del 1971, è eletta la “mamma più bella” del concorso di Miss Pancaldi, un evento della stagione estiva livornese di questo stabilimento balneare, localizzato nella regione Toscana. Il fatto è l'inizio di una serie di liti e posteriori scompigli nella storia della famiglia Michelucci: dal ex-marito geloso che da lei non si allontana completamente ai due figli che seguono strade diverse, si arriva ad un momento delicato. Giunta allo stadio terminale di una lunga lotta contro il cancro e nel letto di un *hospice*, Anna raduna attorno a se, nuovamente, tutta la sua vita.

Il film italiano *La prima cosa bella*¹ racconta la storia di Anna attraverso il riavvicinamento con il figlio Bruno, che ha sempre amato questa madre esuberante e bella. Valeria, sorella di Bruno, è decisa a riconciliare il fratello col passato e col genitore. Precipitatosi a Milano alla vigilia della dipartita della madre, chiede a Bruno di seguirla a Livorno. Riluttante, lui si dispone a fare questo viaggio a ritroso nel tempo e a riallacciare una relazione che aveva troncato molti anni prima, durante l'adolescenza.

Una delle particolarità narrative della storia è l'alternarsi del tempo vissuto tra Anna e i suoi figli. Le prime scene mostrano il concorso di bellezza, e dagli anni settanta si fa un salto all'attualità. Valeria non solo convince Bruno a tornare a Livorno per rivedere la madre ma, durante il viaggio in macchina, gli dice che “mamma è peggiorata, l'hanno trasferita alle palliative perchè la chemioterapia non fa più effetto”. La scena seguente mostra una situazione interessante: lo stupore di Bruno al percorrere i corridoi di un *hospice*, appunto quello dove la madre è ricoverata. Chiede alla sorella “Ma che posto è? Non sembra nemmeno un'ospedale...”.

Questo commento e momento del film sollevano punti importanti di riflessione. Le cure palliative, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), consistono nell'approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie di fronte al problema connesso con malattie mortali attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di valutazione e trattamento impeccabili del dolore e altri problemi, fisici, psicosociali e spirituali². Dal latino *pallium* (mantello, pallio, termine che oggi caratterizza il *pallio papale*, una stola in lana d'agnello che simboleggia la pecorella smarrita che il buon pastore si carica sulle spalle), il

¹ “La prima cosa bella”, regia di Paolo Virzì, Italia, 2010, 116 minuti, distribuzione Medusa Film, con [Valerio Mastandrea](#), [Micaela Ramazzotti](#), [Stefania Sandrelli](#), [Claudia Pandolfi](#), [Marco Messeri](#). Il titolo del film è tratto dall'[omonima canzone](#) di [Mogol](#) e [Nicola di Bari](#), portata al successo da quest'ultimo nel 1970.

² Originamente: “Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual”. Disponibile a: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

termine cure palliative indica le cure prestate ai malati terminali allo scopo di migliorarne la qualità della vita, piuttosto che prolungarne la sopravvivenza.

La definizione dell'OMS è fatta immagine concreta in diverse scene del film. Sopra il letto di Anna vediamo fotografie della famiglia. Nelle altre stanze, pazienti che praticano la yoga, ascoltano musica, guardano i programmi preferiti in televisione, trasmettono la naturalità del vivere quando la vita arriva al suo traguardo. Bruno, arrivato all'*hospice* e dopo essersi addormentato di fronte alla camera della madre, si sveglia e non la vede al letto, la cerca e la trova nella sala tv insieme ad altri paziente, e sente da uno di questi: "è tua mamma? Se io avessi vent'anni e qualche settimana in più davanti...". Anna è ancora la bella e vivace mamma del concorso di miss Pancaldi, attirando ammiratori e spargendo la sua allegria di vivere anche se in un avanzato punto della malattia.

In questo senso, le cure palliative consistono in una progressiva percezione dell'importanza di non togliere dal paziente terminale la sua propria identità. L'osservazione di Bruno quando afferma che l'*hospice* non sembrava un'ospedale ritratta, altrettanto, un cambio di concetto dello sguardo sulla morte che si intravede nelle attuali discussioni riguardo il c.d fine vita. La tecnologia ha determinato lo sviluppo della biomedicina, che si riflette nella ricerca della cura e in un adeguato trattamento sanitario. Gli ospedali sono diventati luoghi dove la tecnica e la scienza possono essere applicati a vantaggio del malato, tramite gli strumenti ed i professionisti che puntano alla sua guarigione. Intanto, la guarigione, se percepita come meta assoluta nel trattamento clinico, allontana la naturalezza della morte. Questo fatto può accadere perchè lo sviluppo delle tecnologie rivolte all'area medica spingono i professionisti a cercare la manutenzione della vita, ma il limite tra l'uso di questa stessa tecnologia come strumento e non come fine ultimo per il bene del paziente diventa stremamente tenue.

Nel film, questo limite non è mai messo in discussione, appunto perchè il trattamento rivolto ad Anna è basato nel rispetto alla sua identità e volontà, e non ad una guarigione ad ogni costo. Bruno stesso si sorprende, dopo il loro incontro, al vederla allegra e comunicativa con gli altri pazienti nella parte esterna dell'*hospice*. La scena mostra un giardino verde e luminoso, che si affaccia sul mare. In questo momento, durante il quale riceve le indicazioni del medico responsabile del trattamento della madre, Bruno gli dice: "ma lei non mi sembra in fin di vita".

È importante ammettere che Anna è un personaggio speciale, in cui l'ottimismo è una costante ed è un elemento che la fa affrontare qualunque avversità. Nel viaggio nel tempo, si passa dall'*hospice* alla scena in cui il marito geloso espulsa Anna ed i figli piccoli di casa. Sotto la pioggia, di notte, camminano per le strade di Livorno, prendono un autobus, e questa madre abbraccia i figli sorridendo e gli assicura "che con mamma ci si diverte sempre".

Anna cambia molte volte di casa e di lavoro. Lo sguardo di Bruno l'accompagna costantemente durante il film, e l'incontro con la madre malata terminale e i ricordi che tornano nella mente di Bruno creano il filo conduttore della trama, ricostruendo la loro storia. In una certa maniera, tutti questi cambi fanno di Anna una viaggiatrice della vita accolta dall'*hospice* alla fine del suo percorso. *Hospice* traduce il termine latino *hospitium* e riprende l'immagine di un luogo di accoglienza³. La simbologia

³ CUNIETTI, Ettore; VIGANÒ, Antonio; MONTI, Massimo; CRUCIATTI, Flavio, *In* DI MOLA, Giorgio (a cura di).

che sottende l'*hospice* indica un posto dove i viaggiatori, i pellegrini, i malati, i feriti e anche i morenti potevano fermarsi per trovare riposo e conforto nel periodo del Medioevo. Questa impostazione, anche se con i cambiamenti originati dall'evoluzione dei trattamenti medici, è rimasta fino ad oggi nel privilegio che l'*hospice* dà ai trattamenti palliativi piuttosto che curativi, alla qualità della vita piuttosto che alla quantità della vita⁴. Per questo, è importante indicare che l'*hospice* non si identifica con un luogo nel quale vengono erogate prestazioni assistenziali particolari, ma è un concetto assistenziale rivolto ad una categoria particolare di pazienti, quelli la cui aspettativa di vita può essere misurata in settimane o mesi. In questo contesto, l'intervento dei palliativisti non accade solo negli ultimi giorni di vita del paziente, ma precedentemente alla fase avanzatissima della malattia⁵.

Questo concetto assistenziale è concretizzato nel film nel momento in cui Bruno chiede al medico se possono portare la madre a casa. Il medico è d'accordo, affermando che le terapie si possono fare anche a domicilio, sempre che sia anche questa la volontà del paziente. Il film solleva, in questo punto, una questione fondamentale nel contesto delle cure palliative: l'autonomia del paziente. Specialisti affermano che i malati seguiti sono persone vigili e lucide, e spesso sono tali fino agli ultimi giorni di vita, sendo in grado di esprimersi e di relazionarsi con tutti quegli che stanno attorno a loro⁶. È per questo che il contesto delle cure palliative riguarda un processo di cura, che coinvolge sia il paziente che i familiari, sendo rivolta ad entrambi l'attenzione del personale appositamente addestrato, giacché anche i familiari, che soffrono "indirettamente" la stessa malattia del paziente, sono parte del processo. In questo modo, si intravede il passaggio da una unità di cura 'singola' ad una unità di cura 'sociale'⁷.

Ed è appunto durante questo processo decisionale che Bruno e Valeria riescono a ritrovare l'intimità fraterna della loro giovinezza. Prima di portare la madre a casa, seduti sopra il suo letto all'*hospice*, ricordano le loro avventure da bambini, ridono, si avvicinano. L'accoglienza dell'*hospice* attinge non solo Anna, ma anche fratello e sorella che, in questo momento delicato, riescono anche loro a riprendere le loro stesse identità. È in questo scenario che Anna rivela un suo desiderio: quello

Cure palliative: approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili. Milano: Masson, 1994, p. 184.

⁴ CIRILLO, Mario. In GIORGETTI, Raffaella. *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*. Maggioli Editore, 2002, pp. 90-91.

⁵ VALENTI, Danila. Curare quando non si può guarire. In *La Professione: medicina, scienza, etica e società*. Trimestrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Convegno Nazionale "Dichiarazioni anticipate di volontà", Terni, XII Giugno MMIX, p. 135.

⁶ In questo contesto, l'importanza del rispetto alla volontà del malato è coinvolto e valorizzato tramite il rapporto medico-paziente. "È chiaro che i nostri pazienti si riferiscono e si relazionano con noi quotidianamente e quotidianamente possono, e devono poter, modificare le indicazioni, le direttive, già espresse. Sempre nell'ambito di una forte relazione paziente-medico. È quando il malato non riesce più ad esprimersi che noi dobbiamo tenere, non in massimo conto, ma assolutamente in conto delle indicazioni che questi aveva dato quando era in stato di lucidità". VALENTI, Danila. Curare quando non si può guarire. In *La Professione: medicina, scienza, etica e società*. Trimestrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Convegno Nazionale "Dichiarazioni anticipate di volontà", Terni, XII Giugno MMIX, p. 136.

⁷ CIRILLO, Mario, In GIORGETTI, Raffaella. *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*. Maggioli Editore, 2002, p. 90.

di sposare Dorianò, amico e vicino di casa della famiglia che, per tutti questi anni, è stato sempre a suo fianco, svelando appena in poesie e scritti da lui nascosti il suo desiderio di sposarla. Dorianò appare in diverse scene del film, soprattutto nei momenti di litigi della famiglia, quando si faceva complice di Anna e dei bambini in maniera da proteggerli o sollevarli nei momenti difficili. Negli ultimi anni della vita di Anna, lui le è stato ancora più vicino, e lei scopre questi scritti. Per questo, decide di accettare la richiesta "segreta" di Dorianò di sposarla. Lui, accanto a lei anche nel periodo vissuto all'*hospice*, si sorprende e si emoziona al sentire questo desiderio di Anna.

La famiglia Michelucci ritorna alla loro vecchia casa d'infanzia, mantenuta e curata durante tutti questi anni (e dopo la morte del ex-marito di Anna) appunto da Dorianò. Il film mostra una sequenza sensibile e delicata: Anna rientra a casa su una sedia a rotelle, sorridente, con un colorato fazzoletto sulla testa a nascondere i pochi capelli rimasti dopo le sezioni di chemioterapia, due infermieri attorno a lei aiutano a portare le sacche di morfina, il medico dà gli orientamenti a Bruno e Valeria su l'utilizzo delle medicine da somministrare ad ogni specifica reazione che possa avere Anna al trattamento.

È proprio nel momento in cui Anna è al letto, e forse sentendo l'aggravarsi della malattia, che svela ai figli l'esistenza di un loro fratello. Valeria rimane incredula, ma Bruno non appare sorpreso. Chiedono a Dorianò se lui sa qualcosa, lui che è stato sempre presente nella vita di Anna, e lui conferma non solo che loro hanno un fratello, ma anche l'identità del figlio minore di Anna. In questo momento, ritorna nella memoria di Bruno (e nelle immagini del film) il suo periodo adolescente, quando scopre che la madre era incinta. È stato in quel momento che lui fugge di casa e si allontana dalla sorella e dalla madre.

La scena in cui Valeria e Bruno stanno di fronte a Cristiano, il fratello minore, figlio di Anna con un avvocato con cui lei ha lavorato, è particolarmente significativa e in certa maniera divertente, soprattutto considerandosi la bravura degli attori. Cristiano, dietro la stessa scrivania dove prima lavorava il padre (il film ritrae anche questo periodo di Anna, ossia, il periodo in cui ha lavorato con l'avvocato Cenerini, padre di Cristiano), sorride ironicamente non solo al sapere che è figlio di Anna e, così, che ha di fronte a se due "nuovi" fratelli, ma anche riguardo al fatto che è invitato al matrimonio di Anna. E lui commenta: "ah, stà morendo ma si sposa". Nonostante questo, arriva il giorno del matrimonio, e ritroviamo tutta la famiglia attorno ad Anna, incluso Cristiano (specialmente commosso), la fidanzata e la vedova di suo padre, che aveva mantenuto in segreto le origini di Cristiano.

Anna e Dorianò si sposano seduti sopra il letto, l'autorità competente fa la lettura dei termini del matrimonio, i figli, nipoti e amici si radunano attorno alla coppia in questo momento allegro e intenso, soprattutto quando è permesso allo sposo di baciare la sposa: Dorianò, timido, dirige il suo bacio alla testa di Anna, ma lei prende il suo viso tra le mani e lo bacia appassionatamente, sotto l'applauso di tutti.

Il film, in questo punto, dimostra che le cure palliative sono parte di un autentico e concreto rispetto alla dignità della persona, così intesa nel manifestarsi dell'autonomia del paziente riguardo il fine della propria vita ma, soprattutto, riguardo il rispetto alla sua propria storia e identità. Questo è un punto che deve essere appreso e sottolineato con più forza nell'ambito del tema in discussione. L'identità del malato terminale riportalo oltre a se stesso: riportalo alla sua totalità come essere umano, ed è per questo che "trattare" anche la famiglia è fondamentale nel contesto palliativo.

Dallo schermo lanciassi lo sguardo alla realtà, specificamente alla sfera giuridica e alla percezione della presenza del tema delle cure palliative in recenti strumenti legislativi. Per esempio, la Legge 2/2010 *Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte* della Andalusia, Spagna, nel suo preambolo afferma che “El derecho a una vida humana digna no se puede trancar con una muerte indigna. El ordenamiento jurídico está, por tanto, llamado también a concretar y proteger este ideal de la muerte digna”⁸. Il Consiglio Generale Medico spagnolo, in una dichiarazione riguardo *La atención médica al final de la vida* di gennaio del 2009⁹, indica che “El progresivo incremento de personas que precisan cuidados paliativos constituye actualmente un paradigma que ya no se puede considerar como cuestión marginal en la enseñanza de las Facultades de Medicina. La demanda social de medicina paliativa es un buen ejemplo para entender la urgencia de reformas en los planes de estudio más adaptadas a las necesidades de la sociedad”.

In Francia, le cure palliative sono state ufficialmente introdotte nel sistema nazionale attraverso la *circulaire Laroque* di 1986, relativa “à l’organisation et à l’accompagnement des malades (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie>) en phase terminale”. A seguito della proposta del deputato Jean Leonetti riguardo “l’accompagnement de la fin de vie”, condotta nel 2002, è stata emanata la *Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie* del 2005, ed a febbraio del 2010 il governo francese ha inaugurato un “Observatoire de la fin de vie”¹⁰. L’Osservatorio avrà come obiettivo quello di diffondere l’informazione concernente agli aspetti della legge riguardante il fine vita¹¹.

Nel scenario italiano, il Ministro della Sanità ha autorizzato, in ottobre del 1998, la costituzione di 2900 posti letto per le cure palliative ai malati incurabili. Il decreto ministeriale del 28 ottobre 1999 di

⁸ Indica il preambolo, ancora, che “La dimensión concreta de este ideal y los derechos que generan han sido motivo de debate en los últimos años, no solo en nuestro país, en nuestra Comunidad Autónoma, sino en el mundo entero. Sin embargo, hoy en día puede afirmarse que existe un consenso ético y jurídico bastante consolidado en torno a algunos de los contenidos y derechos del ideal de la buena muerte, sobre los que inciden los artículos de la presente Ley”. Disponibile a:

<http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=coleccion&id=47573&cley=2>.

⁹ Disponibile a: <http://www.cgcom.org/documentacion/2009>.

¹⁰ JORF n°0092 du 20 avril 2010 page 7331 - texte n° 60 - **Arrêté du 12 avril 2010 fixant la composition du comité de pilotage de l’Observatoire national de la fin de vie**, <http://www.legifrance.gouv.fr>.

¹¹ “L’observatoire national de la fin de vie, issu des préconisations de la mission Leonetti sur la fin de vie, a été inauguré lundi par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot dans les locaux de la fondation Oeuvre de la Croix Saint-Simon, à l’hôpital des Diaconesses à Paris. La création de cet ‘Observatoire national des conditions de la fin de vie et des pratiques d’accompagnement’ intervient quelques jours après l’adoption par le Parlement d’un congé d’accompagnement de la fin de vie, une des mesures phare de la mission d’évaluation de la loi Leonetti. ‘Probablement on meurt encore mal en France’, a observé le député Jean Leonetti au cours d’un point presse à l’issue de la visite par la ministre du service des soins palliatifs de l’hôpital des Diaconesses. ‘Il y a lieu d’observer l’évolution de la société, les conditions de la fin de vie, l’évolution des pratiques autour de ces notions de fin de vie’, a pour sa part expliqué le président du comité de pilotage de l’observatoire, le Dr Régis Aubry, par ailleurs président du comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l’accompagnement. L’observatoire aura aussi pour mission de diffuser l’information sur la loi sur la fin de vie’, notizia pubblicata nel sito del giornale *Le Figaro*:

<http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2010/02/22/01011-20100222FILWWW00758-un-observatoire-national-de-la-fin-de-vie.php>.

attuazione della Legge n. 39, del 26 febbraio 1999, determina l'implementazione del programma delle cure palliative previsto nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e porta in allegato linee attuative per la realizzazione dei centri di cura palliativa e dei "criteri per l'integrazione" di tali centri con altre attività assistenziali analoghe¹². Essenzialmente, si possono indicare due leggi fondamentali: la prima ha avuto come scopo principale il finanziamento degli *hospice* per favorirne la nascita e lo sviluppo, effettivamente poi avvenuto negli anni 2000¹³; la seconda, la legge del 15 marzo 2010, n. 38, ha voluto sancire l'istituzione della rete delle cure palliative, ovvero l'integrazione tra hospice e assistenza domiciliare¹⁴.

Queste recenti indicazioni giuridiche concernenti al tema delle cure palliative dimostrano che il legame tra bioetica e diritto si intreccia in una maniera forte e significativa dal momento in cui la società richiede delineamenti di attuazione che possano orientare la condotta umana in questo campo.

Dopo la cerimonia di matrimonio, Anna riprende sotto le sue braccia Valeria e Bruno, ricordano il loro passato, le allegrie e difficoltà, e intonano la canzone che dà nome al film. Si emozionano, e Anna riesce ancora a dire per l'ultima volta ai figli: "che lavoro, bimbi belli, però ci siamo tanto divertiti, eh?". In una conferenza stampa, Paolo Virzi, regista del film, afferma che il gruppo di attori ha vissuto l'esperienza delle riprese attraverso il mescolarsi di "morfina e gioia". Nella sua scoperta delle cure palliative, lo ha colpito "la capacità di avvicinarsi alla morte e al fin di vita con uno sguardo né patetico, né necessariamente tragico, ma con un motivo vitale capace di conferire ancora gioia alla vita, fino all'ultimo momento, dando un senso alla narrazione delle nostre vite"¹⁵. *La prima cosa bella* ci offre questo senso e ci sfida a mantenere accesa la promozione del rispetto alla totalità dell'essere umano quando esso raggiunge il traguardo della sua propria vita.

¹² CIRILLO, Mario, *In* GIORGETTI, Raffaella. *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*. Maggioli Editore, 2002, p. 100.

¹³ Legge 26 febbraio 1999, n. 39, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000", pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 48 del 27 febbraio 1999.

¹⁴ Legge 15 marzo 2010, n. 38, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 19 marzo 2010.

¹⁵ Intervista: "E per il regista Virzi anche la morte diventa una 'cosa bella'". *Il Sole 24 Ore – Sanità*, 16-22 marzo 2010, Primo Piano, p. 3.



ISSN: 1886-5887

Revista de Bioética y Derecho

Publicación del Máster en Bioética y Derecho

BIOÉTICA ANIMAL

Un decálogo animalista

MIREYA IVANOVIC BARBEITO*

* Arquitecto y Master en Rehabilitación por la E.T.S.A.M. Licenciada en Ciencias Políticas y de la Administración y Master en Análisis Político por la U.C.M. Doctoranda en Ciencias Políticas. Representante en Madrid de la Fundación Franz Weber y LIBERA!

Esta es una revista de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin costo alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar, o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

“Cuando algo es necesario e imposible, hay que buscar nuevas dimensiones”.

Jesús Ibáñez

Resumen

Ante la crisis actual, el animalismo cobra fuerza dentro del panorama de los movimientos sociales y presenta una opción capaz de impulsar un nuevo paradigma biocéntrico que sustituya al imperante antropocentrismo, generador de un modelo explotador en todas sus vertientes.

Este planteamiento revolucionario puede definirse en diez puntos, desde la exigencia del reconocimiento de derechos básicos hasta la concepción del animalismo como un ecologismo integral que necesariamente ha de tener su plasmación política para contar.

El animalismo busca la consecución de lo que, a día de hoy, todavía constituye una utopía, religarnos a la Tierra y sus habitantes, para caminar más ligeramente sobre ella.

Palabras clave: animalismo; ética; paradigma; explotación; utopía.

Abstract

In view of the current crisis, the animal rights movement grows strong among other social movements, and offers the option to promote a new biocentric paradigm. This paradigm would replace the current prevailing anthropocentrism, which is and has been in every aspect the ultimate source of our exploiter model.

This revolutionary approach could be defined on ten points, from demands of recognizing basic rights for animals to the conception of the animal rights movement as an integral ecologism, which ought to have its political expression.

The animal rights movement seeks the achievement of what is still an utopy: to link us again to the Earth and its earthlings, to softly walk again on its damaged surface.

Keywords: animalism; ethics; paradigm; exploitation; utopia.

Un decálogo animalista

El amanecer de la Tierra es la foto realizada el 16 de Diciembre de 1968 por el Apollo VIII y constituyó la primera imagen tomada de nuestro planeta desde su satélite. Fue una ocasión para darse cuenta de nuestro pequeño lugar en el universo y así nació una nueva toma de conciencia inextricablemente unida al surgimiento de los movimientos pacifistas, ecologistas, animalistas, etc.; aunque, desde la antigua Grecia, la preocupación por los animales ya fue un tema tratado por pensadores como Plutarco y, en la India clásica, había sido el centro de las propuestas de no-violencia. El nacimiento del movimiento animalista actual se encuentra ligado al cambio de pensamiento iniciado en aquellos años cargados de ideas revolucionarias, aunque no fue hasta 1975 cuando encontró su lugar dentro del panorama de los movimientos reivindicativos. Ese año el filósofo australiano Peter Singer publicó *Liberación Animal*, el libro fundamental del movimiento por los derechos animales, que Taurus ha reeditado en fecha reciente y donde, por primera vez se definiría el especismo como "un prejuicio o actitud parcial favorable a los intereses de los miembros de nuestra propia especie y en contra de los de otras".¹

Este puede ser considerado el punto de partida del animalismo, cuya filosofía se basa en una sencilla premisa: si un ser puede sentir miedo, felicidad o tristeza, no existe justificación alguna para negarse a considerar esos sentimientos primarios, aunque no puedan expresados de forma verbal o escrita. Ciertamente, los animales no expresan en códigos su raciocinio y carecen de un lenguaje elaborado para verbalizar su sufrimiento y reclamar justicia; pero ellos y nosotros compartimos un sistema nervioso que interpreta de forma similar dolor y placer. Es el sentimiento, y a su lado el sufrimiento, lo que está en juego, no el raciocinio. Si los animales humanos nos consideramos agentes morales y tenemos en cuenta que los animales no humanos no pueden defenderse por sí mismos, es nuestro el deber de asumir la responsabilidad de protegerlos.

En el actual estadio de necesidad de concienciación y reacción de la sociedad y ante la negativa repercusión de la crisis, el animalismo ha de esforzarse para convertirse en una opción que conduzca a la generación de un nuevo e imprescindible paradigma biocéntrico que deje atrás un caduco antropocentrismo. Este cambio de modelo se puede definir en los diez puntos siguientes.

1.- La defensa de los animales no es sino la proyección sobre el mundo animal del reconocimiento jurídico alcanzado por los hombres y las mujeres como titulares de derechos, a pesar de que a diferencia de los humanos no están en condiciones de reivindicarlos.

Nuestra época ha sido considerada "el tiempo de los derechos". Desde no hace más de cuatro décadas hemos sido testigos del nacimiento de una tercera generación de derechos: los de solidaridad —con los pueblos y el medio ambiente—, quedando incluidos dentro de estos últimos los Derechos de los Animales; los cuales presentan una innovadora perspectiva: ampliar a otras especies la categoría de "sujeto de Derecho", exclusiva hasta ahora del ser humano. Lo dicho no supone una novedad, sin embargo, porque ya en el *corpus iuris civilis* de Justiniano se consideraba Derecho

¹ Peter Singer, *Liberación animal*, Madrid, Trotta, 1985, pág. 28.

Natural aquel que le es dado a cada ser vivo, no siendo sólo exclusivo del hombre. Vista desde esta perspectiva, la instauración de unos derechos básicos para los animales vendría a suponer, sencillamente, una restitución del orden natural.

Dentro del nuevo debate se acuñó un término: *espejismo*;² es decir, la asunción de la superioridad humana sobre otras criaturas, lo que, inevitablemente, conduce a la explotación animal en todas sus vertientes.

Frente a la célebre cita orwelliana –“todos los animales son iguales, pero algunos animales son más iguales que otros-“,³ la reivindicación digna de ser tenida en cuenta sería la definida por Jorge Riechmann: "Todos los seres vivos tienen derechos (...) Todos los seres vivos son pacientes morales que poseen un bien propio, un conjunto específico de capacidades, vulnerabilidades y condiciones de florecimiento que definen lo que para ellos es una buena vida."⁴ Resulta ineludible que los animales tengan unos derechos fundamentales, como el derecho a la vida, a la seguridad, a la protección ante la tortura y la esclavitud; es decir, a no ser maltratados ni física ni psicológicamente, así como a la libertad individual. Si se considerasen seriamente estos derechos, se transformaría la problemática filosófica referente a los animales.

2.- La exigencia de reconocimiento del respeto hacia los animales se hace necesaria ante la experiencia real de depredación y destrucción que sufren tanto los animales como el medio natural.

Son tiempos de crisis económica, política, social y ecológica. Una crisis de modelo que se resiste a cambiar a pesar de todas las alarmas y contra todos los razonamientos y respuestas alternativas. Como decía Gramsci a propósito de los cambios de paradigma, son tiempos confusos donde lo viejo no se ha ido y lo nuevo todavía está por llegar.⁵ Un tiempo caracterizado por una confusión de fines y perfección en los medios que ha llevado a sobrepasar ampliamente la capacidad de absorción de los ecosistemas. En los últimos cincuenta años, los seres humanos han alterado el planeta más que todas las generaciones anteriores. La gran “Sexta Extinción”⁶ se está produciendo sobre este planeta, ya que se encuentran seriamente amenazados una cuarta parte de los mamíferos y un tercio de todos los peces y anfibios. El ritmo de extinciones es mil veces superior al natural.

El animal humano ha roto los eslabones de la cadena biológica, olvidando que cada especie tiene su lugar y todas son necesarias para mantener el equilibrio. En el pasado esta armonía existió: por ejemplo los granjeros eran los guardianes del campo. Los mismos que, actualmente, se han convertido en los industriales de la Tierra. Tres millones de granjeros podrían producir alimento para dos mil millones de personas. La mayoría de sus cosechas, sin embargo, va destinada a biocombustibles y alimento para el ganado. El cuarenta por ciento de la cosecha mundial de cereales

² Joan Dunayer, *Speciesism*, Maryland, Ryce Publishing, 2004.

³ Georges Orwell, *Rebelión en la granja*, Barcelona, Destino, 1985, pág. 174.

⁴ Jorge Riechmann, *Todos los animales somos hermanos*. Madrid, Catarata, 2005, pág. 1.

⁵ Juan Carlos Monedero, *El gobierno de las palabras*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 2009.

⁶ Richard Leakey, *La Sexta Extinción*, Barcelona, Tusquets, 1997.

se destina a la ganadería y la tercera parte de las capturas pesqueras, a alimentar al ganado de los países desarrollados. La capacidad de recuperación de mares u océanos sin embargo no es ilimitada y la creciente presión humana sobre los ecosistemas marinos ha provocado la destrucción de hábitats irrecuperables y el colapso de innumerables especies. Sólo un dato: con un ritmo de pesca como el actual —que en medio siglo se ha multiplicado por seis—, en los próximos cuarenta años la totalidad de las zonas pesqueras se habrá agotado.⁷ Y, si se estudia el consumo de carne, para entonces será necesario duplicar la producción mundial. En el siglo XX se creyó que la Naturaleza podía ser explotada indefinidamente, sin que nadie se diera cuenta de que ya estaba gritando desde la agonía. No podemos continuar ignorando su llamada de auxilio. Seguimos un paradigma inadecuado donde el crimen natural se ha convertido en mercancía, aunque los rendimientos sean de forma inevitable decrecientes.

3.- El animalismo es una forma específica de ecologismo, porque nace de una sensibilidad común, apoyada en el conocimiento científico de un proceso de degradación del planeta cuyas consecuencias catastróficas no pueden ser ignoradas.

Aunque se deje de lado toda consideración ética sobre el trato que se da a seres que sienten, como si fuesen máquinas de producir cantidades de carne innecesarias, este tema constituye una clave de bóveda para abordar los problemas medioambientales que nos afectan. De acuerdo con los datos que maneja la F.A.O. (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), las emisiones de gases de efecto invernadero derivados de la cría de ganado (dieciocho por ciento del total) superan a los que emite toda la industria del transporte (catorce por ciento del total).⁸ El número de animales producidos para consumo humano también representa un peligro para la biodiversidad de la Tierra. El ganado constituye un veinte por ciento del total de la biomasa animal terrestre, y la superficie que ocupa hoy en día fue antes hábitat de especies silvestres, aunque no podemos olvidar que un monocultivo no es una selva. Así como una selva se convierte en carne, así se destruye lo esencial para producir lo superfluo. Y estas son sólo muestras de la magnitud de la crisis.

Vivimos en un mundo ecológicamente “lleno”, y el significado ético de los actos del ser humano es muy distinto al que tenían en el mundo “vacío” de siglos anteriores.⁹ La conclusión no ofrece dudas: es preciso reaccionar con urgencia a fin de salvar lo que aún tenemos porque “se acaba el tiempo que nos queda”.¹⁰

De entrada, resulta imprescindible un replanteamiento de los hábitos consumistas de nuestra forma de vida. Frente a la prioridad absoluta de la comida en tanto que consumo individual, hace falta preocuparse por los problemas derivados de la producción industrial de carne, por el sobre-

⁷ www.greenpeace.es

⁸ www.fao.org.

⁹ Jorge Riechmann, *Entre la cantera y el jardín*. Madrid, La Oveja Roja, 2010, pág. 23.

¹⁰ Jorge Riechmann, *Gente que no quiere viajar a Marte*, Madrid, Catarata, 2005, pág.196.

empaquetado, el uso de pesticidas, los alimentos genéticamente modificados y la sostenibilidad medioambiental de la agricultura moderna.

Hemos de crear un nuevo sistema de crecimiento basado en el principio de respeto a todos los seres sintientes, regido por las leyes de la Naturaleza, cuyo modelo sea la biomímesis, de forma que vuelva a religarnos con la Tierra y, así, el ser humano "camine más ligeramente sobre la tierra".¹¹ Como ha apuntado la escritora Marta Tafalla,¹² resulta necesario que alguien construya un Arca de Noé donde quepan todos los animales. Porque cada vez está más claro que nosotros, los humanos, hemos sido hasta ahora el diluvio.

4.- El animalismo se opone a la subordinación habitual e ilimitada de los animales respecto de los designios humanos. No resulta aceptable la visión tradicional de los animales y el medio ambiente construida desde y para el ser humano, de acuerdo con una imagen productivista que se encuentra detrás de los mayores desastres ecológicos de nuestra época.

La distancia permite la cosificación. A la hora de defender una posición continuista, resulta necesario ignorar que los cerdos reconocen sus nombres, tienen sueños, o que su capacidad cognitiva es, en muchos aspectos, mayor que la un niño de tres años de edad.

Los animales no son objetos, aunque sean tratados como tales en el modelo antropocéntrico y productivista imperante. El antropocentrismo considera moralmente relevante sólo al ser humano, mientras que la Naturaleza y los animales sólo tienen valor en tanto que portadores de utilidad en el sentido económico.

Para Kant la inmoralidad comenzaba cuando alguien se reconocía a sí mismo como la excepción.¹³ De esta forma resulta evidente el paralelismo entre *especismo*, *sexismo* y *racismo*. Para demostrar la integridad ética del ser humano no necesitamos una nueva moral, sólo tenemos que dejar de excluir de la existente a los animales. El principio de igualdad exige que su dolor cuente tanto como el de cualquier otro ser, independientemente de su capacidad de diferenciar entre "bien" y "mal".

Si la inmoralidad se produce cuando uno se trata a sí mismo como una excepción, habría que convenir con Milan Kundera en que "el auténtico test moral de la humanidad son sus relaciones con aquellos que están a su merced: los animales",¹⁴ aquellos que dependen de su voluntad y están indefensos ante ella. En el momento en que se realizase esta ampliación, los debates sobre los derechos de los animales resultarían innecesarios y habríamos logrado uno de nuestros mayores avances civilizatorios, cuando el ser humano renegase de su supuesta superioridad sobre otras criaturas y cesase la explotación animal en todas sus vertientes.

¹¹ Jorge Riechmann, *Entre la cantera y el jardín*. Madrid, La Oveja Roja, 2010, pág. 23.

¹² www.liberaong.org

¹³ Emmanuel Kant, <http://filosofia.idoneos.com/index.php/340982> *Ética kantiana: la razón práctica*.

¹⁴ Marta González García et al. (coord.), *Razonar y Actuar en Defensa de los Animales*, Madrid, Catarata, 2008, pág. 13.

5.- El animalismo es un humanismo. No existe contradicción alguna entre el mundo de los hombres y el de los animales, salvo si se intenta dar por válida la reducción del segundo a un material de uso ilimitado, incluso para las más degradantes actuaciones humanas.

Todos somos animales, pero los humanos somos animales que dotamos de sentido y transformamos el sexo en erotismo o la muerte en trascendencia. Somos un animal que va a morir; el cual, para aliviar este dolor, ha creado formas de trascendencia religiosa, si bien para “religarnos” a nuestra esencia —sin tener que rendir cuentas a dioses alienantes— cabe acudir a la verdad, a la belleza y al ejercicio de la bondad. El animalismo se guía por ellas. La belleza está presente en los animales y en la Naturaleza, y nos invita a una fusión con el todo para descubrir otra verdad, poder ver más allá del yo y encontrarnos con los otros y, finalmente, expresar el amor. Hegel decía que amar es dejar de existir para ser más:¹⁵ —si amas, nunca mueres— y construir una propuesta sobre el amor respetuoso a todos los seres sintientes puede dar sentido a la vida sin necesidad de acudir a recursos místicos.

“Todo es según el dolor con que se mira”, afirmaba Benedetti.¹⁶ Si consideramos su opinión es posible operar cambios sobre la realidad, porque si no nos duele es imposible transformar nada. Ha de doler para tener consciencia y saber que, por ser humanos, no somos una especie con derecho a llevar el sometimiento animal a unas proporciones sin precedentes. Así nacerá la voluntad, el querer y el saber hacerlo los cuales lograrán la transformación al vincular la experiencia de la compasión al derecho, a la ética o a la política.

El animalismo desafía al discurso hegemónico que oculta el dolor —el escondido en granjas y mataderos—, para hacerlo visible. Sería necesaria una pedagogía del dolor para que se tomase partido por los que sufren y, recordando a Walter Benjamín, peinar la Historia a contrapelo para contar la de aquellos que nunca pudieron narrarla.¹⁷

Si cada especie tiene su lugar, y todas se equilibran, el desequilibrio también afecta al ser humano; reflejo de esto es el aumento del hambre, la injusticia social, la aglomeración en megalópolis y la proliferación de enfermedades.

Vivimos en un sistema caduco basado en la explotación donde el dos por ciento de la población posee la mitad de la riqueza del mundo. Resulta imperativo optar por otro modelo de desarrollo. Este sistema caduco basado en la explotación —la histórica división entre explotadores y explotados— sólo nos ha conducido a un presente donde a duras penas se vislumbra un futuro. Es urgente tomar partido por una opción revolucionaria, y de momento minoritaria, que sienta las bases de un futuro justo para todas las especies. Hemos de tomar el dolor y convertirlo en dignidad.

¹⁵ G.W.F. Hegel, *Fenomenología del espíritu*, México, FCE, 1966

¹⁶ Mario Benedetti, citado por J.C. Monedero, *Hacia un socialismo del Siglo XXI*, documental, Instituto Miranda, Caracas, 2007.

¹⁷ Walter Benjamin, *Ensayos escogidos*, Buenos Aires, *El cuenco de plata*, 2010, pág. 64.

6.- No basta con el reconocimiento en abstracto. Dos siglos de idealización compatible con la destrucción hacen ver que sólo una acción política sustentada en una toma de conciencia, hasta hoy débil, se encuentra en condiciones de poner en marcha el cambio necesario.

En nuestras manos, y en este momento, está la posibilidad de cambiar la situación actual, siguiendo una lógica progresista de ampliación de derechos. Si se quiere conseguir un mundo justo para los animales, la participación política constituye el instrumento privilegiado en un Estado de Derecho, un compromiso que plantee una globalización antihegemónica cuya base sea compartir identidades y lograr la inclusión del “otro”, ya sean animales humanos o no humanos.

Si la política es aquella parte de la acción social que se ocupa de la expresión y articulación de los comportamientos colectivos obligatorios, el animalismo se presentaría como una forma extrema de política, cuya base teórica se inscribe en el saber ecológico, y donde lo novedoso radica en una presencia primordial de la ética; es decir, en la consideración de las necesidades de todos los seres sintientes. El animalismo, por definición, establece conexiones con el espacio político de la izquierda verde, localizándose en un ámbito compartido por las fuerzas políticas progresistas, pero también por movimientos y partidos ecologistas. Espacio político e ideológico que ofrece una serie de oportunidades en el ámbito de la estrategia, al converger en los principios de igualdad y solidaridad, énfasis en la participación social o en una actividad económica dirigida desde la óptica de la justicia. Oportunidades de sinergia que no deben ser desperdiciadas. Frente a la crisis ecológica global, existe un margen para “ecologizar” el capitalismo —si se admite esta expresión—, pero dicho margen se agotará en breve y un ecocapitalismo resultará inviable.¹⁸

7.- La propuesta liberadora del mundo animal tiene un alcance general. No se trata sólo de luchar por la eliminación de aquellas prácticas más aparentes y conocidas de su explotación —como las corridas de toros o la caza—, sino de atender al brutal tratamiento de que son objeto los animales para la obtención de alimentos, pieles, pruebas de laboratorio, etcétera.

El enfoque animalista se basa en una concepción holística en la que todo está conectado y enlazado transversalmente por una visión “monogeísta”,¹⁹ en contraposición a un monoteísmo maniqueo y separador. El animalismo, minoritario hasta hace diez años, empieza a moverse con inusitada energía abarcando diversos frentes, tales como la ganadería intensiva, los zoológicos, la caza, y los animales de experimentación. Así, la sensibilidad hacia el mundo animal gana cada día nuevos adeptos, dándose un creciente número de personas que están dejando de comer carne y haciéndose vegetarianas. Y lo mismo cabría decir del amplio rechazo que suscita —no sólo entre los

¹⁸ Andrew Dobson, *Pensamiento político verde*, Barcelona, Paidós, 1995, pág. 52-55.

¹⁹ *Monogeísmo*: Término utilizado por Peter Sloterdijk, quien define el globo terráqueo como una afortunada unión de naturaleza y cultura en un objeto tan compacto como sublime. Nace de la convicción de la unicidad de este planeta como un dato diariamente rejuvenecido.

Sloterdijk, Peter, *En el mundo interior del capital*, Madrid, Siruela, 2005.

activistas más beligerantes—, que para fabricar un solo abrigo de piel sea necesario matar a doscientas chinchillas, ochenta visones, veinte zorros, veinticinco nutrias u ocho lobos. Ante todo ello hay una sensibilidad nueva que no existía hace un cuarto de siglo.

La ética está de parte del animalismo y eso supone que el apoyo social pasivo debiera ser mucho más amplio. Somos animales sociales y necesitamos explicaciones colectivas, especialmente en un momento en el que se han borrado las pistas que durante décadas parecieron guiarnos.

8.- La perspectiva es utópica, pero nuestra concepción impone el realismo. No será un trayecto corto ni fácil. De ahí la importancia de las luchas simbólicas que, como la emprendida para la supresión de las corridas de toros en determinadas comunidades o las que propugnan la supresión de fiestas brutales, sirven para ir forjando una nueva mentalidad en la sociedad española, con una sensibilidad hoy visiblemente en aumento.

Cuando nos referimos al del movimiento animalista, quizás deberíamos hablar de una sociedad en movimiento que ya no encuentra justificación en la cultura de un determinado pueblo o en su tradición para practicar de modo sistemático el tormento de los animales. Tradición y cultura podrán explicar los principios antropológicos subyacentes en determinados actos, pero jamás legitimarlos.

El ejemplo es inevitable: las corridas de toros son una de las formas más arraigadas y más ritualizadas de tortura de los animales; pues bien, el año pasado llegaron a su término en Cataluña gracias a una movilización ciudadana rigurosamente democrática, puesta en marcha por la Plataforma 'Prou' (Basta) en 2008. Es una muestra de cómo la legislación, además de un carácter vinculante directo, a la larga mostrará una vertiente educativa indirecta sobre las próximas generaciones, educadas en una cultura de la no violencia y del rechazo al maltrato animal.

Cabe admitir que existe una secular asociación entre la fiesta y el toro, que no siempre supuso, por lo menos en principio, la práctica de actos de violencia y muerte sobre el animal tal como describe Julio Caro Baroja;²⁰ pero, desgraciadamente, no es lo que ha prevalecido. Por lo que se sigue identificando al toro con un agresivo Minotauro, pensamiento tan arcaizante como si todavía responsabilizásemos a Zeus de los rayos.

En este sentido resulta inevitable mencionar casos como el del Toro de la Vega, donde se realiza una persecución feroz y sádica de un toro bravo, el animal es alanceado hasta la muerte por hombres a caballo, y complementariamente a pie, hasta que el último rejón acaba con él y el matador es galardonado por su hazaña. Esta no es la única fiesta de estas características: en otros pueblos, a los toros se les coloca fuego en las astas o acaban arrojados al mar. No están lejos los días en que los gansos de Lekeitio eran martirizados vivos hasta que el más fuerte les arrancaba el cuello. Circos con animales y zoológicos también se incluyen en estos anacronismos; aunque aquí la forma de maltrato es menos evidente,²¹ pero se sigue cosificando al animal como mero objeto de diversión y entretenimiento.

²⁰ Antonio Elorza. Conferencia en la Facultad de Ciencias Políticas, 5 Noviembre 2008.

²¹ Aunque existe (confinamiento en jaulas, repetición infinita del mismo gesto, golpes...). Pedro Pozas, director

Llegados a este punto, conviene recordar que la agresión dirigida contra los animales constituye una premisa también del menosprecio de la condición humana. La victoria del animalismo constituye una utopía, pero una utopía que nace en un cambio de época puede encarnar una incipiente realidad.

9.- La batalla de las ideas resulta imprescindible. Lógicamente reaccionarán con fuerza los afectados por ese cambio de mentalidad y las medidas derivadas del mismo, pero también sectores intelectuales, incluso de apariencia progresista, satisfechos con el *status quo*. La movilización de los socios y activistas debe conjugarse con una creciente presencia en los medios.

Nadie niega que cada época modula su propia ética de manera que hay un pensamiento moral subordinado a los cambios históricos a partir del cual, en un determinado momento, se acepten las ejecuciones públicas, las corridas de toros o las luchas de gladiadores. Pero no podemos anclarnos en una moral diacrónica, sino en una sincrónica donde el elemento de comparación sean los avances sociales del tiempo que nos ha tocado vivir.

Frente a un planteamiento de pensamiento único, de la desesperanza del poder de transformación que puede llevar a cabo un solo individuo (estrategia sabiamente inculcada por el sistema de poder vigente), es necesario plantearse cuál es la consideración moral de los animales en nuestra sociedad. Perros, gatos y grandes simios van encontrando dicha consideración, pero todavía queda un largo camino para aquellos que ponen en cuestión nuestras convenciones individuales, como es el caso de los animales destinados a la alimentación humana.

10.- En el marco del movimiento ecologista, el animalismo postula un nuevo modelo de desarrollo diferente del que hoy impera bajo la globalización y, consecuentemente, un cambio radical en la conciencia colectiva. En este sentido es revolucionario, lo cual no supone la adopción de puntos de vista arcaizantes; bien al contrario, al reconocer la carga de destrucción que conlleva el régimen productivo actual, ofrece la salida para un mundo humano y viable, fundado en la no violencia.

Uno de los obstáculos con los que choca el ecologismo actual es la falta de empatía, el extrañamiento, la distancia con la que se mira a los animales, considerando la especie y olvidando al individuo.

El objetivo final es la liberación animal y, en tanto los tiempos traigan esa utopía, constituye nuestro deber luchar por los Derechos de los Animales, basándonos en una cultura de la paz y de la armonía entre el ser humano, la Tierra y los animales. Los problemas que afectan a la justicia social y a la ecología se encuentran estrechamente vinculados entre sí. Para abordarlos, la estrategia

ejecutivo del Proyecto Gran Simio recuerda: "Para que un elefante juegue al fútbol es necesario hincarle en las patas unas picas puntiagudas durante su adiestramiento. Y lo mismo con los tigres saltarines. Se les entrena en una plancha incandescente. Por eso, cuando escuchan el redoble de tambores en el circo brincan por temor a que la superficie se caliente". (La Vanguardia, 5 de Marzo, 2011)

animalista debe combinar la capacidad de construir opciones efectivas y simples, fusionando la radicalidad necesaria en cualquier movimiento revolucionario, con la persecución de objetivos concretos. En otras palabras, el animalismo muestra una forma de hacer activismo que recuerda al cuento de Betinho:

"El bosque está en llamas y mientras todos los animales huyen despavoridos para salvar su vida, un pequeño colibrí vuela en dirección contraria, ha ido al río para recoger agua para verterla sobre el fuego. "Estás loco, ¿acaso crees que con ese pequeño pico vas a apagar el incendio?", le pregunta el león. Responde el pajarito, "Yo sólo sé que estoy haciendo mi parte".

Bibliografía

- ◆ BENJAMIN, Walter: *Ensayos escogidos*. Ed. El cuenco de plata, Buenos Aires, 2010.
- ◆ DERRIDA, Jacques: *El animal que luego estoy si(gui)endo*. Ed. Trotta, Madrid, 2008.
- ◆ DOBSON, Andrew: *Pensamiento político verde*. Ed Paidós, Barcelona, 1995.
- ◆ DUNAYER, Joan: *Speciesism*, Ed. Ryce Publishing, Maryland, 2004.
- ◆ GONZALEZ GARCIA, Marta et al. (coord.): *Razonar y Actuar en Defensa de los Animales*. Ed. Cartarata, Madrid, 2008.
- ◆ LEAKEY, Richard: *La Sexta Extinción*. Ed. Tusquets, Barcelona, 1997.
- ◆ MONEDERO, Juan Carlos Monedero: *El gobierno de las palabras*. Ed. Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2009.
- ◆ RIECHMANN, Jorge: *Cuidar la Tierra*. Ed Icaria, Barcelona, 2003.
- , *Gente que no quiere viajar a Marte*. Ed. Los libros de la Catarata, Madrid, 2005.
- , *Todos los animales somos hermanos*. Ed. Los libros de la Catarata, Madrid, 2005.
- , *Entre la cantera y el jardín*. Ed. La Oveja Roja, Madrid, 2010.
- ◆ SINGER, Peter: *Liberación Animal*. Ed Trotta, Madrid, 1985.
- ◆ SLOTERDIJK, Peter: *En el mundo interior del capital*. Ed Siruela, Madrid, 2005.
- ◆ Documental *Hacia un socialismo del Siglo XXI*: entrevista con J.C. Monedero. Instituto Miranda, Caracas, 2007.
- ◆ www.fao.org
- ◆ www.gramsci.org.ar
- ◆ www.greenpeace.es
- ◆ www.liberaong.org
- ◆ www.literato.es
- ◆ www.yannarthusbertrand.org



ISSN: 1886-5887

Revista de Bioética y Derecho

Publicación del Máster en Bioética y Derecho

DESDE EL MÁSTER

Process of life-sustaining treatment in general hospital: withholding and withdrawing

LORENZO SOCIAS CRESPI*

ROSA POYO-GUERRERO LAHOZ*

En esta sección tienen cabida las aportaciones de los alumnos del Máster en Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona, de la presente edición (XIII promoción 2010-2011) así como de ediciones anteriores. Esperamos vuestras contribuciones en obd@pcb.ub.es.

* Intensive Care Unit. Hospital Son Llàtzer. Illes Balears. Spain.

Abstract

Background: Limitation of care (LC) is common practice in intensive care units (ICUs) and is associated with high mortality. There is no consensus on its application or the process in itself, sometimes leading futile prolongation of life and greater suffering.

Objectives: We aimed to study types of LC, associated mortality and factors that influence end-of-life decisions.

Material and method: This was a 2-year (2004-2006) prospective observational study of 97 patients in whom LC was applied. Age, diagnosis on admission, severity scales, life support techniques, sedation and analgesia, modality of LC (withdrawal or withholding) and the justification for LC were recorded.

Results: We applied LC to 6.6 % of the patients admitted to ICU with a mortality rate of 89.6 % (30.3 % of all deaths). The average stay of these patients was 10.5 ± 5.5 days compared to 5.6 ± 4.3 days for patients in whom LC was not implemented ($p < 0.001$). The mean \pm SD length of stay from start of LC until death was 68 ± 50 hours. The most frequent diagnosis on admission was sepsis (30.9%) and the futility was the reason given most often for LC (85%). Withdrawal of life support was used more frequently (65%) than withholding and was associated with higher mortality (95.3%).

Conclusions: The severity criteria on admission to the ICU did not influence the decision to implement LC. Likewise, the modality of LC did not influence patient survival.

Key Words: limitation of care; withdrawal of life support; withholding life support; futility.

Resumen

Introducción: La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es una práctica frecuente en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) que asocia a una mortalidad elevada. Sin embargo no hay consenso establecido en cuanto a su aplicación ni al proceso en sí derivando en ocasiones a una prolongación fútil de la vida y a un mayor sufrimiento. Analizamos las características epidemiológicas, la modalidad retirada del soporte vital (RSV) frente al no inicio (NISV) del mismo, la mortalidad y la frecuencia de variables que determinan el inicio del proceso de decisión al final de la vida.

Objetivos. Analizar la modalidad más utilizada en la limitación del esfuerzo terapéutico, identificar los factores que la determinan y su implicación en la supervivencia.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo durante 2 años (2004-2006) sobre 97 pacientes a los que se aplicó LET. Los datos recogidos fueron: la edad, diagnóstico al ingreso, escalas de gravedad, soporte aplicado, sedación y analgesia, modalidad de la LET y la causa que motivó la toma de decisión.

Resultados: Se aplicó LET al 6,6% de los pacientes ingresados en SMI con una mortalidad del 89,6% (30,3% del total de fallecimientos). La estancia media de estos pacientes fue de $10.5 \pm 5,5$ días frente a $5.6 \pm 4,3$ días en los paciente donde no se les practicó ninguna modalidad de LET ($p < 0,001$) con una estancia media desde el inicio de la LET hasta el fallecimiento de 68 ± 50 horas. El diagnóstico al ingreso más frecuente fue la sepsis (30,9%) y la futilidad fue el motivo de LET más repetido (85%). La RSV se empleó con más frecuencia (65%) que la modalidad NISV y se asoció a mayor mortalidad (95,3%).

Conclusiones: Los criterios de gravedad al ingreso en el SMI no determinan la decisión de aplicar la limitación del esfuerzo terapéutico. Tampoco influyen en la supervivencia de los pacientes la modalidad de LET utilizada.

Palabras clave: limitación del esfuerzo terapéutico; retirada del soporte vital; no inicio del soporte vital; futilidad.

Introduction

Limitation of care (LC) is common practice in intensive care units (ICUs) and is associated with high mortality. However, there is no established consensus on when or how it should be applied and, at times, futile attempts to prolong life may lead to greater suffering for the patients. From the ethical point of view, the decision to withhold life support is no different to the decision to withdraw it, as recognized by a number of authors [1,2,3,4].

Often, personal views of the intensivist influence decisions about LC although this is inappropriate from the ethical standpoint and hinders the application of a uniform standard of care. In studies published on the opinion of health-care professionals, prior quality of life (92%) and future predicted quality of life (83%) are taken into account [5]. It is also true that physicians underestimate the quality of life of patients, whereas patients are more optimistic and are more tolerant of their limitations [6]. In practice, although the recommendations are fully clear, withdrawal of life support is only acceptable for reasons of physiological futility such as, for example, brain death, patients with end-stage multiorgan failure and patients in a vegetative state.

In our study, we aimed to compare withdrawal of life support with withholding of life support and analyze the variables that determine the initiation of the decision process at the end of life.

Material and methods

In this prospective, observational, descriptive study conducted between 1 February 2004 and 28 February 2008, we included 97 patients in whom either withdrawal or withholding of life support was practiced. The study was conducted in the Intensive Care Unit of our hospital, with a catchment population of approximately 250,000 people. It has 350 beds, with all medical and surgical specialties represented except neurosurgery and cardiovascular surgery. The ICU has 14 beds and admits, on average, 700 patients/year, with a mean stay of 5.6 days. During the study period, 1458 patients were admitted to the unit. In 97 patients (6.6%), some form of LC was practiced. These patients were studied prospectively until they died or were discharged from the unit.

The following data were collected for each subject: age, sex, diagnosis on admission, Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) at the time of inclusion, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II on admission, life support measures during admission (mechanical ventilation, vasoactive drugs, dialysis, antimicrobial therapy, artificial nutrition), type of LC (withdrawal or withholding of life support), number of failing organs when the decision was made, comorbidity, and the rationale for the decision (futility, prior quality of life or suffering). Withholding or withdrawal of life support was defined as the decision not to apply a medical intervention either by not resorting to it (withholding) or renouncing it when the intervention was not meeting its therapeutic goals (withdrawal). Quality of life was defined as the subjective perception of an individual of living in a dignified state. In our study, in accordance with Rivera Fernández et al [7], we defined four levels of quality of life, based on basic physiologic areas: physical activity, dependence on therapeutic measures, and occupational activity. We defined suffering according to the definition proposed by Casell [8]. Futility was defined as

a therapeutic measure considered useless because the objective of providing benefit to the patient was very likely to fail. Other data of interest collected were hospital stay, stay in the ICU, time from admission to the ICU until the decision was made and time from making the decision until death or discharge from hospital.

Statistical analysis

Data were presented as absolute numbers and percentages for categorical variables and mean \pm SD for continuous ones. The χ^2 test was used for comparing non-continuous variables while the means of continuous variables were compared using the Student *t* test for unpaired data. A logistic regression model was used to analyze the factors predictive of mortality. Confounding factors of poor prognosis were considered to be age, sex, APACHE II, organ failure at the time of inclusion and comorbidity. Survival and the influence of type of LC were studied using the Kaplan-Meier method.

Results

Between 1 February 2004 and 28 February 2006 we admitted a total of 1458 patients to the ICU. Their mean age was 65.3 \pm 15.9 years and 64.6% were women. The mean APACHE II score was 15.4 \pm 8.1 and the mean stay was 5.6 \pm 9.6 days. In total, 287 patients died (19.7%). The most common diseases on admission were ischemic heart disease (28.1%), severe sepsis (27.4%) and chronic obstructive pulmonary disease (7%). The mortality rate for each of these diseases was 5.9%, 34.8% and 8.9%, respectively. Of the total number of deaths in the ICU, severe sepsis accounted for 48.4%.

Life-prolonging measures were withdrawn or withheld in 97 patients (6.7%). Eighty-five patients died (30.3% of the total deaths and 89.6% of patients with LC). Consent for LC was obtained from the family in 99%.

The characteristics of the patients for whom LC was implemented are presented in Table 1. Within the withdrawal approach, the most common action was withdrawal of vasoactive drugs (29.2%), followed by mechanical ventilation (18.6%) and oxygen therapy (11%). With regard to withholding of life support, mechanical ventilation was not applied in 15.5% of the patients, followed by continuous replacement techniques in 8.2% and vasoactive drugs in 3%.

With regard to the rationale for decision making, futility was the most common reason, given in 85% of the cases, followed by quality of life in 31.9% and suffering in 6.2%. Disease progression was accompanied by palliative measures with sedatives and analgesics in 95% and 60% of the patients, respectively. On adjustment for age, sex, APACHE II, SOFA at the time of inclusion, number of failing organs, and type of LC, only withdrawal influenced mortality, with an OR of 2.3 (95% CI, 1.4-4.2; $p < 0.001$). Mortality among patients in whom LC was applied was 89.6%. We studied whether there were any factors predictive of survival in patients in whom LC was applied, and did not find any significant differences in comorbidity of the patients or in the number of failing organs at the time of inclusion, although significant differences in the severity criteria were apparent (Table 2). However, on constructing a logistic regression model with adjustment for age, sex, severity criteria (APACHE II, SOFA on admission and number of affected organs), immunosuppression (AIDS, cancer and

corticosteroid administration for a week or more) and the different life support techniques, we did not see any influence on mortality compared to patients who were discharged from hospital.

Follow-up was available for patients who were discharged after LC (12 patients). Six patients died during the first 6 months and 6 were still alive 1 year later. Of those who died, 50% had a good quality of life when they were admitted to the ICU.

Discussion

LC begins the moment that continuing with life support measures is considered futile or of no benefit. General acceptance of this on the part of the medical team and the patient's family is essential for an appropriate and acceptable outcome of the process.

In this study, we found that, although LC is a routine practice in ICUs, in our unit, it was applied in only 6.7% of the patients admitted to our unit. This is lower than the percentage reported in other studies, where it varied between 11% in France [9], 9.9% in Great Britain [10], 10%-9.8% in a study of European Union countries [11] and 9.6% in the Lebanon [12] and Greek 41% [21]. It is however similar to that reported by Esteban et al [4] in their study of application of LC in 7 Spanish ICUs. The lower percentage in our study could be because we did not include patients with a do not resuscitate order.

One of our main findings was that the deaths of patients in whom it was decided to withhold or withdraw life support measures accounted for 30.3% of all mortality—similar to the percentage reported by Wunsch et al [10] but significantly lower than the 45% to 70% reported by other authors [12]. Our results differ from other studies in that a greater proportion of the deaths occurring in the ICU were due to LC [13]. Bearing in mind that the overall mortality of our patients did not differ from the established average (around 19.7% of patients admitted) and that the mean APACHE II in patients for whom life support is maintained was 15 (figures similar to other studies [9,11]), it is not clear why most of the deaths are not due to application of LC. It may partly be due to the fact that patients with do not resuscitate order were not included. On the other hand, mortality within the group of patients for whom LC was decided was 89.6% (95.3% in those with withdrawal and 72.7% in those with withholding of life support). These figures are slightly higher than the study of Ferrand et al [9], who reported mortality of 78% (92% for withdrawal and 57% for withholding).

The lack of an established consensus or widely accepted guidelines means that decision making when treating these patients is a difficult process and is often made using subjective criteria [20]), For these reasons, often with the desire on the part of the families to apply whatever means are necessary, the decision to withhold or withdraw life support in our unit might be taken at a later stage compared to other ICUs in other European countries. Thus, in our study, the mean stay in the ICU was 10.5 days and the delay until adopting LC 8.6 days. Both these are much longer than in other studies [1,11], where the times are 4 and 2 days, respectively. The fact that a high percentage of patients in whom LC was applied were diagnosed with severe sepsis might have had an influence. In such cases, the decisions are generally made later given that this is a potentially curable disease and the resources available were applied until considered futile. It is of relevance that there was a high level of

acceptance on the part of the families when deciding jointly to initiate LC. This is in contrast to Esteban et al [4], who reported that the family was not consulted about the decision for LC in 28.3% of the cases. The high degree of consensus achieved in our study may be because LC was initiated later thereby allowing the family members more time to accept and adapt to the life-threatening situation of the patient. Another factor might be that in our unit, it is always the treating physician who informs the family of the situation, and a bond of trust is generally established between them. Probably as a result of this consensus and the high degree of acceptance, we recorded the moment in which—jointly in a unit meeting and in consultation with the family—it was decided to apply LC in 99.8% of the medical records. This contrasts with the study reported by Vincent et al [13] of ICUs in different European countries (in particular Spain, Italy and Greece), in which the decision for LC is not usually recorded.

With regard to deciding on LC, of note is that withdrawal was adopted in 65.9% of the patients versus 34% in whom life-support measures were withheld. This is in agreement with data obtained in studies carried out in southern Europe compared to other European regions and the United States where no differences were found between adopting one or other type of measure [1,9,11]. This discrepancy may be due to different religious beliefs, customs, and moral convictions in each country.

Withdrawal of life support is generally associated with higher mortality and earlier death. In our study, the estimated mean time from making the decision until death was 41 hours in the case of withdrawal and 96 hours in the case of withholding. We did not find any significant differences in the number of failing organs, APACHE II or SOFA that might explain this difference, as suggested in the study of Sprung et al [11] and Vincent et al [13]. According to these authors, the patients in whom LC in the form of withdrawal of life support is applied are usually the most critical or unstable.

Overall, the time between starting LC and death or discharge was 68 hours, which is much longer than the time reported by Sprung et al [11] and Wunsh et al [10], Jensen et al [21], (15, 2 hours, 36 hours, respectively). A number of explanations could be offered for these observations. In some cases, we delayed the process to help the family adapt to the loss of a loved one. At other times, the delay was to allow the implicated family members time to arrive at the bedside or to avoid death during the early hours of the morning. On the other hand, it may be that the process of withdrawal of life-support measures was slow and progressive or that the LC involved withholding or withdrawing less aggressive measures.

Among the reasons given for deciding on LC, the most frequent was futility (85%) followed by poor quality of life (31.9%) and suffering (6.1%). This is in line with the findings of other studies [1, 16, 18, 21,22]. It seems clear that the balance between applying aggressive measures and poor patient prognosis is a concept that is widely accepted in our group. Recently Cabré et al proposed a model showed that in population with multiorgan failure those older than 60 years and with SOFA score higher than 9 for at least 5 days were unlikely to survive [19].

Like Wood et al [14] and Smedira et al [2] we found that suffering was not a principal factor when making end-of-life decisions. Costs were not included as a limiting factor because we did not consider them decisive, as reflected in other studies conducted, like ours, in public centers financed by the national social security system [13,16]. However, it is true that when withholding life-support

measures, the most aggressive and costly were considered (mechanical ventilation followed by renal replacement techniques).

There is regional and international variability in the approaches to end-of-life care. Randall and Vincent report the end-of-life care requires adequate training, good communication between the clinician and family, and the collaboration of a well functioning interdisciplinary team [20.] More studies are necessary to investigate the attitude of the medical teams, the perceptions of the patients and their family members, prognosis, future quality of life, etc, as well as clearer ethical and legal criteria to establish guidelines to support and standardize application of LC with the ultimate aim of providing patients with a fundamental right—a dignified death.

Our study is subject to several limitations that might interfere with the interpretation of the results. This was a prospective, observational study in which the attitudes of the physicians may have been influenced by knowing that they were under observation. Thus the patient records may have been filled out with greater care or the families consulted more often, giving the appearance of a longer decision process than in other studies. However, the general impression of in our unit is that our attitude before and after the study did not change significantly. In addition, we have not recorded important data such as the participation of nursing staff, religious orientation, degree of relationship of the family members who agree on decision making with us, etc. Likewise, we have not recorded the patients for whom a do not resuscitate order was applied. This could mean that both the number of patients to whom LC was applied and the associated mortality are lower than other studies.

Conclusions

In conclusion, the most commonly applied type of LC was withdrawal of life support. We did not find any factors on admission predictive of the choice of type of LC. Withdrawal of life support was more strongly related to mortality than withholding.

Further studies are required in this field to help the clinician in making decisions that are still difficult due to the lack of clear standars on the futility of certain treatments

List of abbreviations

APACHE, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; ICU, intensive care unit; LC, limitation of care; SOFA, Sequential Organ Failure Assessment.

Keys messages

Intensive Care Service should establish protocols of withholding and withdrawing in your clinical practice

There aren't factors on admission predictive of the choice of type of LC.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

This article there are not financial interests.

References

- ◆ Keenan SP, Busche KD, Chen LM, Esmail R, Inamn KJ, Sibbad WJ: **Withdrawal and Withholding of life support in the intensive care unit: A comparison of teaching and community hospitals.** *Crit Care Med* 1998;**26**:245-51.
- ◆ Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Conen NH, Lo B, Cooke M, et al: **Withholding and Withdrawal of life support from the critically ill.** *N Engl J Med* 1990;**322**:309-15.
- ◆ Prendergast TJ, Luce JM: **Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill.** *Am J Respir Crit Care Med* 1997;**155**:15-20.
- ◆ Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, Alcalá-Zamora J, Cook DJ, Sanchez JM, Abizanda R, Miró G, Fernández Del Cabo MJ, de Miguel E, Santos JA, Balerdi B: **Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study.** *Intens Care Med* 2001;**27**:1744-9.
- ◆ Abizanda R, Almendros L, Balerdi B, Socias L, López J, Valle FX: **Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva.** *Med Intensiva* 1994;**18**:100-5.
- ◆ van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CL, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Bosma JM, Willems DL: **Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995.** *N Engl J Med* 1996;**335**:1699-705.
- ◆ Rivera Fernández R, Vázquez Mata G, González Carmona A: **Descripción de una encuesta de calidad de vida en medicina intensiva.** *Med Intensiva* 1991;**15**:313-318.
- ◆ Casell EJ: **Diagnosis suffering: a perspective.** *Ann Intern Med* 1999;**131**:531-4.
- ◆ Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, for the French LATAREA group: **Withholding and withdrawal of life sustaining treatment in intensive care units in France: a prospective survey.** *Lancet* 2001;**357**:9-14.
- ◆ Wunsch H, Harrison DA, Harvey S, Rowan K: **End of life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom.** *Intens Care Med* 2005;**31**:823-831.
- ◆ Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T; Ethicus Study Group: **End-of-life Practices in European Intensive Care Units.** *JAMA* 2003;**290**:790-797.

- ◆ Yazigi A, Riachi M, Dabbar G: **Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit: a prospective observational study.** *Intens Care Med* 2005;31:562-567.
- ◆ Vincent JL: **Forgoing life sustaining treatment in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire.** *Crit Care Med* 1999;27:1626-1633.
- ◆ Wood GG, Martin E: **Withholding and withdrawing life-sustaining therapy in a Canadian intensive care unit.** *Can J Anaesth* 1995;42:186-191.
- ◆ Faber-Langendoen K, Bartels DM: **Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital: An empirical study.** *Crit Care Med* 1992;20:570-577.
- ◆ Vincent JL, Berré J, Creteur J: **Withholding and withdrawing life prolonging treatment in the intensive care unit: a current European perspective.** *Chron Resp Dis* 2004;1:115-120.
- ◆ Wilson WC, Smedira NG, Fink C, McDowell JA, Luce JM: **Ordering and administration of sedatives and analgesics during the withholding and withdrawal of life support from critically ill patients.** *JAMA* 1992;267:949-953.
- ◆ Prendergast TJ, Luce JM: **Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill.** *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:15-20.
- ◆ L Cabré, J Mancebo, JF Solsona, P Saura, I Gich, L Blanch, G Carrasco, MC Martin and the Biothics Working Group of SEMICYUC. **Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: The usefulness of Secuential Organ Failure Assessment scores in decision making.** *Intensive Care Medicine* (2005) 31; 927933.
- ◆ J Randall Curtis, Jean-Louis Vincent. **Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit.** *Lancet* 2010;375:1347-53.
- ◆ Kranidiotis G, Gerovasili V, Tasoulis A, Tripodaki E, Vasileiadis I, Magira E, Markaki V, Routsis C, Prekates A, Kyprianou T, Clouva-Molyvdas PM, Georgiadis G, Floros I, Karabinis A, Nanas S. **End-of-life decisions in Greek intensive care units: a mulicenter cohort study.** *Critical Care* 2010,14 (6).R228. Eup 2010, Dec 20.
- ◆ Jensen HI, Ammentorp J. **Withholding or withdrawing therapy in Danish regional ICUs: frequency, patient characteristics and decision process.** *Acta Anaesthesiol Scand.* 2011 Mar; 55 (3):344-51.

Table 1. Characteristics of the population according to type of limitation of care

	WDLS	WHLS	P
Number	64	33	
Age	71.3 ± 11.8	71.8 ± 16.9	NS
Sex, female	21 (32.8%)	13 (39.4%)	NS
APACHE II	21.6 ± 7.3	20.6 ± 6.9	NS
SOFA on implementing LC	8.4 ± 3.8	7.7 ± 4.3	NS
Stay in ICU (hours)	313.5 ± 401.9	240.4 ± 172.9	NS
Stay until decision made (hours)	273.2 ± 400.5	144.2 ± 166.2	0.02
Stay from decision until death or discharge from hospital (hours)	40.5 ± 7.3	96.3 ± 70.3	0.01
Hospital stay (hours)	399.8 ± 433.5	377.1 ± 321.6	NS
No. organs affected initially	2.6 ± 1.5	2.6 ± 1.6	NS
Diagnosis on implementing LC (%)			
Septic shock	16 (25%)	15 (45.4%)	NS
Cardiogenic shock	8 (12.5%)	10 (30.3%)	NS
COPD	5 (7.8%)	5 (15.1%)	NS
Stroke/cerebral anoxia	24 (37.5%)	1 (3%)	NS
Respiratory distress	7 (10.9%)	0	NS
Cancer	4 (6.2%)	2 (6%)	NS
Initial multiorgan failure			
Cardiovascular	35 (54.6%)	19 (57.5%)	NS
Respiratory	38 (59.3%)	16 (48.4%)	NS
Renal	26 (40.6%)	16 (48.4%)	NS
Hepatic	20 (31.2%)	10 (30.3%)	NS
Hematologic	10 (15.6%)	5 (15.1%)	NS
Digestive	19 (29.6%)	8 (24.2%)	NS
Number of organs			
≤ 2 organs	37 (57.8%)	15 (45.5%)	0.05
3 organs	10 (15.6%)	8 (24.2%)	NS
4 organs	8 (12.5%)	6 (18.1%)	NS
≥ 5 organs	9 (14%)	4 (12.1%)	0.05
Techniques during LC			
Mechanical ventilation	38 (59.3%)	12 (36.3%)	0.02
Inotropics	5 (7.8%)	6 (18.1%)	NS
Dialysis	3 (4.6%)	0	NS
Antibiotics	25 (39%)	12 (36.3%)	NS
Artificial nutrition	18 (28.1%)	17 (51.5%)	NS
Tracheotomy	7 (10.9%)	1 (3%)	NS
Dead	61 (95.3%)	24 (72.7%)	0.003
Alive	3 (4.7%)	9 (27.3%)	

Abbreviations: WDLS, withdrawal of life support; WHLS, withholding of life support.

Table 2. Severity criteria of the patients with LC

	Dead	Alive	<i>P</i>
Number of patients	85	12	
Age (years)	71 ± 13.9	74.9 ± 13.19	NS
APACHE II	21.7 ± 7.3	17.4 ± 5.2	0.03
SOFA on implementing LC	8.5 ± 3.4	5.8 ± 3.8	0.03
Number of organs on implementing LC	2.7 ± 1.5	1.6 ± 1.6	0.04
Initial SOFA ≥ 11	31	1	0.05



ISSN: 1886-5887

Revista de Bioética y Derecho

Publicación del Máster en Bioética y Derecho

PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES

de Bioética y Derecho

Bioética y laicismo, tema central de la última sesión de la Asociación de Bioética y Derecho UB

«**Bioética y laicismo**», tema central de la última sesión de la *Associació de Bioètica i Dret* de la UB.

El jueves 5 de mayo, a las 19:30h., tuvo lugar en el Aula Fèlix Serratos del Parc Científic Barcelona (C/ Baldiri Reixac, 10) una sesión de la *Associació de Bioètica i Dret* de la Universitat de Barcelona (ABD, www.bioeticayderecho.ub.es/abd), organizada en colaboración con el Observatorio de Bioética y Derecho (OBD, www.bioeticayderecho.ub.es) y la Cátedra Unesco de Bioética UB (www.bioeticayderecho.ub.es/unesco).

El conferenciante invitado en esta ocasión fue el jurista mexicano y experto en bioética **Rodolfo Vázquez**, que impartió la ponencia «Bioética y laicismo». Rodolfo Vázquez es profesor de Teoría, Metodología y Filosofía del Derecho y coordinador de la cátedra «Ernesto Garzón Valdés» del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México, de la Academia Mexicana de Ciencias y del Colegio de Bioética A. C., y fundador y miembro del consejo editorial de la revista *Isonomía*.

La *Associació de Bioètica i Dret* de la UB agrupa a ex-alumnos y profesores del Máster en Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona (www.bioeticayderecho.ub.es/master). Las sesiones que organiza están abiertas a todas aquellas personas interesadas en las cuestiones bioéticas.

La misión de la *Associació de Bioètica i Dret* es favorecer —desde un punto de vista laico, pluralista y multidisciplinario— la promoción y la difusión de estudios relativos a la visión global e integradora de la bioética y sus implicaciones jurídicas y, al mismo tiempo, contribuir a clarificar el debate entorno a los programas fundamentales en el marco de la bioética, la salud y la biotecnología.

Bioética y animales

Los días 6 y 7 de mayo se celebró en Bogotá, Colombia, el Primer Encuentro Internacional de Protección Animal, organizado por el colectivo Agenda Animal y el Centro de Estudios Políticos, Ambientales y Sociales (CEPAS), AnimaNaturalis, Animal Defenders International (ADI) y la U. La Salle. El día 11 de mayo se celebró en Medellín, Colombia, la conferencia "Naturaleza y Derecho Internacional: la cuestión de los animales de cara al siglo XXI", organizada por la Cátedra Abierta Sobre Derechos de los Animales de la Universidad EAFIT/AnimaNaturalis; y el día 9 de mayo se celebró el Conversatorio sobre Bioética Animal, Derechos y Bioderecho, organizado por la Universidad Javeriana. En dichos eventos participó Fabiola Leyton, investigadora del Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

En las ponencias, que versaron sobre "Ética y Derechos de los Seres Vivos" y "Ética en la investigación con animales", Fabiola Leyton se refirió a la urgente importancia que tiene hoy la consideración moral de los animales no humanos en todos los ámbitos de la vida humana, no sólo en el de la investigación con animales que es uno de los ámbitos donde la bioética incide. Desde una

perspectiva bioética, analizó el especismo que rige la relación del hombre con el resto de los animales, describiendo la problemática, y poniendo de relieve la urgencia de modelos teóricos y prácticos para su superación, en una búsqueda de la justicia a través de la bioética global.

Proyecto “Género y Bioética: autonomía de las mujeres en salud”

La Cátedra UNESCO de Bioética de la Universitat de Barcelona (www.bioeticayderecho.ub.es/unesco), dirigida por la Dra. María Casado celebró el 18 y 19 de mayo en Buenos Aires, Argentina, la primera reunión de trabajo en el marco del proyecto AECID 10-CAP1-0775 “Género y Bioética: autonomía de las mujeres en salud” (www.bioeticayderecho.ub.es/aeci).

En esta sesión se reunieron todas las contrapartes del proyecto: el Instituto de Bioética, Derechos Humanos e Género (ANIS); Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA); Universidad Nacional de Cuyo; Centro de Formación Judicial - Consejo de la Magistratura del Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); Pontificia Universidade Rio Grande do Sul (PUCRS) y la Cátedra UNESCO de Bioética, Universidad de Barcelona.

El objetivo de este proyecto es formar en bioética, con un enfoque de género, a los operadores jurídico-administrativos encargados de la asignación de prestaciones y recursos de salud así como a los decisores jurídicos para que sepan solventar las difíciles situaciones que se plantean- suministrando algunas indicaciones sobre como elaborar su trabajo-, y potenciar el empoderamiento de las mujeres en las decisiones que atañen a la salud -de ellas y de los que están a su cuidado como niños y enfermos-, colaborando a establecer condiciones para el ejercicio de la autonomía.

El 17 de mayo se celebró, en el marco del mencionado proyecto, el Seminario "Derechos sexuales y reproductivos. Recepción judicial nacional y comparada"

<http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/pdf/Conf110517DerSexYRep.pdf> [PDF].

Libro “La medida de lo humano. Ensayos de Bioética y cine”

La pregunta por la medida de lo humano es la pregunta por las razones que justifican el especial valor que los humanos nos atribuimos, y que solemos llamar dignidad. Ésta es la pregunta fundamental de la bioética, porque su respuesta nos permitirá articular soluciones sensatas, coherentes y justificadas a los problemas bioéticos más cercanos y acuciantes, como los que plantean el aborto, la eutanasia, las nuevas formas de reproducción o la manipulación genética.

El cine es una base adecuada y amena para pensar en todo esto, porque el razonamiento práctico se ve estimulado por la presentación contextualizada de los problemas que ha de abordar, y eso es precisamente lo que hacen las películas que aquí se comentan: mostrar los problemas bioéticos tal y como realmente ocurren (o, en el caso de la ciencia ficción, tal y como podrían llegar a ocurrir); es decir, no de manera aislada, sino con toda la contaminación vital que conllevan.

Esta y otras publicaciones del Observatori de Bioètica i Dret y de la Cátedra UNESCO de Bioética en: www.bioeticayderecho.ub.es/publicaciones

Breve presentación de la Revista Redbioética/UNESCO

En la actualidad publicar una nueva revista de bioética en Latinoamérica y el Caribe es una tarea compleja. La calma ancestral del claustro académico contrasta con las movilizaciones cotidianas de vastos sectores sociales que insertan en la agenda pública problemas de justicia, muchos de los cuales encierran cuestiones éticas y ontológicas.

En este marco intentamos desarrollar una tarea de difusión y promoción de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, en la convicción de que la misma proporciona una sólida propuesta basada en lo que su mismo nombre proclama: la imprescindible tarea de vincular efectivamente los planteos y desarrollos bioéticos a la tarea de luchar por el cumplimiento efectivo de los Derechos Humanos, como proyecto normativo vivo e inacabado que signa nuestra época.

La Redbioética/UNESCO fue fundada en México en el año 2003, respondiendo a “la necesidad de una organización de bioética que tuviera otra óptica, antihegemónica, más crítica y dirigida a los problemas persistentes y cotidianos relacionados con la vida de las personas, comunidades y países en la región. Esto ha sido posible gracias a la Secretaria Ejecutiva de la REDBIOÉTICA, que proporciona soporte técnico y apoyo a las actividades propuestas y ejecutadas, ubicada en Montevideo, Uruguay, en el Programa de Bioética y Ética de la Ciencia del Escritorio Regional de la UNESCO, a cargo de la Dra. Susana Vidal.

En la exigente y estimulante tarea de colaborar con la búsqueda de respuestas y la generación de nuevas preguntas para y desde América Latina y el Caribe se inscribe la publicación de la Revista Redbioética/UNESCO. Invitamos a quienes deseen acompañar este trayecto y compartir este espacio a enviarnos sus trabajos y reflexiones.

Luis Justo Editor Ejecutivo

Revista Redbioética/UNESCO <http://revista.redbioeticaunesco.org/>



ISSN: 1886-5887

Revista de Bioética y Derecho

Publicación del Máster en Bioética y Derecho

AGENDA

de Bioética y Derecho

Para mantenerse informado sobre los eventos más relevantes relacionados con Bioética y Derecho puede visitar la Agenda del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD): www.bioeticayderecho.ub.es/agenda.

XIV Edición del Máster en Bioética y Derecho UB, 2011-2013

Matrícula: ABIERTA
 Modalidad: semipresencial / distancia / online
 Organiza: Observatori de Bioètica i Dret, PCB-UB
 Web: www.bioeticayderecho.ub.es/master
 Apertura: 21 de octubre de 2011

Els Juliors de la UB, Curso “El Aborto y la Objeción de Conciencia”

Organiza: Observatori de Bioètica i Dret
 Fechas: 4 a 8 de julio 2011, de 16:00h. a 20:30h.
 Lugar: Barcelona
 Web: www.ub.edu/juliols
 Info: El plazo de matricula abre el día 25 de Mayo y se podrá realizar por Internet, teléfono o presencialmente en el Edificio Histórico de la UB. Programa: http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/pdf/Curso110704_JuliolsUBAvortament.pdf [PDF]

Congreso Internacional de Bioética IAB 2012 “Bioética para el futuro. El futuro de la bioética”

Organiza: International Association of Bioethics
 Fechas: 26 a 29 de junio 2012
 Lugar: Rotterdam
 Web: <http://bioethicsrotterdam.com/>
 Info: Límite de presentación de *abstracts* 1 de diciembre de 2011