

# CONCLUSIONES DEL VI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA (AEBI): BIOÉTICA, POLÍTICA Y SOCIEDAD CELEBRADO EN VALENCIA DEL 15-17 DE NOVIEMBRE DE 2007

1. El papel fundamental que España tuvo en la aprobación del Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina de 1997 ha quedado desvirtuado con la aprobación de la Ley de Biomedicina. En la exposición de motivos y con ello en su desarrollo, parte de la errónea afirmación de que las células madre embrionarias, los embriones y los gametos son imprescindibles para el progreso en la terapia regenerativa. Promueve además la transferencia nuclear a óvulos para crear células embrionarias con fines de investigación cuando el Convenio lo prohíbe expresamente. El avance de los últimos años en la reprogramación celular, hace carente de racionalidad científica el hecho de seguir apostando por técnicas éticamente cuestionables y técnicamente problemáticas como es la transferencia nuclear a óvulos. En esta cuestión para adaptarse a las nuevas realidades científicas y rectificar errores jurídicos de tal embergadura, sería deseable que la ley española de biomedicina fuera modificada cuanto antes.

2. Respecto a la transmisión del SIDA constatamos que se ha puesto muy poca atención y prácticamente no se ha dirigido ningún recurso a las intervenciones de «evitación del riesgo», como alentar el retraso del inicio de las relaciones sexuales o las relaciones sexuales mutuamente monógamas. Sin embargo, la evidencia científica indica que la «evitación del riesgo» —precisamente lo que más se ha descuidado en la respuesta internacional— es lo que, probablemente, se necesita desesperadamente para frenar la epidemia del VIH/SIDA y para aliviar sus consecuencias a todos los niveles. Es preciso enfatizar la prevención, redoblando los esfuerzos para lograr los cambios en el comportamiento sexual que reducen la transmisión del VIH.

3. Uno de los factores que más limitan el acceso a los medicamentos es el de su precio. Desde amplios sectores se propone que se actúe sobre las patentes de los medicamentos (anulándolas o limitándolas) para rebajar su coste. El problema de la exención de patentes es mucho más

complicado de lo que puede parecer en una primera aproximación y, por otra parte, es una medida que también tiene sus riesgos. Si por falta de recursos, o por dudar del posible retorno del capital, se frena la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos, la terapia del SIDA se vería notablemente agravada debido a que es perentorio desarrollar nuevos fármacos contra el virus (del sida) debido a la resistencias a los fármacos disponibles. Se requiere pues del esfuerzo de la industria farmacéutica en investigar posibles vías de colaboración con los países en vías de desarrollo.

4. Los comités de bioética asistencial han superado la fase inicial de creación y se encuentran en la fase de formación interna de sus propios miembros. Su objetivo desde ahora debe ser el buscar aumentar la sensibilidad y la reflexión ética de todos los profesionales de la salud. Deben de establecer programas de acción que incidan directamente sobre los problemas y situaciones cotidianas de la actividad asistencial promoviendo la reflexión sobre ellos y la visión ética de toda la actividad profesional. Deben estimular a la reflexión para cambiar la «acción».

5. Las opiniones que afirman la posibilidad de que el hospital se constituya como un organismo ético y desarrolle un estilo ético propio y diferenciado son más numerosas, autorizadas y fundadas que las que la niegan. Para ello es preciso que cada hospital desarrolle unas normas éticas, eficientes y vivas, que sean expresión del *ethos* colectivo de los que trabajan en él y declararen a pacientes y

público general los compromisos éticos que voluntaria y sinceramente son asumidos. El hospital docente es, además de escuela en que se enseña la ciencia y el arte de la medicina, una comunidad moral que ha de dar vigoroso testimonio de la ética vivida en él. Los estudiantes de medicina y los médicos jóvenes quedan marcados, para bien o para mal, por la ética que han visto en el hospital en que han residido.

6. La confianza es condición necesaria de toda dirección de personas. En el ámbito sanitario, ésta se encuentra en la base de todo proyecto interpersonal y corporativo, porque presupone el logro de la excelencia, la asunción voluntaria de responsabilidades, la motivación intrínseca de los colaboradores, el logro de objetivos estratégicos para la organización, el ahorro de tiempo y de dinero; y, por encima de todo, es una profunda consideración antropológica adecuada a la relación clínica donde la prestación sanitaria dada implica riesgos, y en la cual la correspondencia del paciente no está en modo alguno predeterminada.

7. La medicina debe de abrirse a otras ciencias para encontrar la terminología adecuada para referirse a las circunstancias de actuación sobre la vida incipiente y la prevención de riesgos. La terminología no es neutra pues se refiere a una cultura en evolución. Términos y conceptos como «salud reproductiva», «interrupción de embarazo», «planificación familiar» o el mismo «sexo seguro», que pueden haber tenido inicialmente un sentido distinto del que han llegado a tener después, sólo deben de usarse con

extremo cuidado y siempre y cuando se explicita su significado para el contexto en el que se usan. Una adecuada precisión y evolución terminológica es necesaria para que los profesionales de la salud no sean usados involuntariamente con intencionalidad política partidista.

8. En una sociedad organizada solamente sobre criterios de eficiencia y productividad, es necesario redescubrir el papel de la mujer-madre como ser humano con unas características esenciales que la capacitan para comprender mejor a la persona, cómo es, qué necesidades tiene, a qué aspira. Las mujeres manifiestan una forma de maternidad afectiva, cultural y espiritual de un valor inestimable por la influencia que tiene en el desarrollo de la persona. Es preciso que la mujer esté cada vez más comprometida en el ámbito de la política y de la sociedad civil, trabajando complementariamente con el hombre lo cual redundara en un enriquecimiento de las discusiones bioéticas actuales entorno a la vida humana.

9. La bioética se ha desarrollado en estos últimos años en los que se ha dado, cada vez más, una mayor invasión de la mentalidad técnica en la práctica ética. De aquí surge la dificultad de plantear límites morales, ya que parecen exteriores a la propia racionalidad ética. La bioética de los principios los ha tomado de una racionalidad teleológica con una corrección posterior autonomista. Esto produce una divergencia que manifiesta una debilidad epistemológica y una dificultad de comprensión moral. Esto es especialmente evidente en la formulación del principio de autonomía, del

que se quita la impronta ética que tenía en Kant. Sin menospreciar la bioética de los principios se ha de postular una nueva racionalidad ética que conlleve una reformulación que parta de principios éticos que este en conexión más directa con las experiencias éticas básicas.

10. La religión invita a la tecnociencia a que desarrolle todas sus posibilidades liberadoras para el ser humano suprimiendo las muertes evitables, debidas a la miseria o la enfermedad, y al propio tiempo, le invita a que reconozca sus límites, admitiendo el valor de la verdad que habla en la conciencia de todos.

11. Las creencias o increencias, en principio, poco importan en el debate bioético si los diversos argumentos se proponen a los demás de forma razonada y no impositiva. Esto supone no discriminar a nadie de partida alejándolo de la discusión bioética por sus convicciones previas, sean del signo que sean. Esto supondría una táctica contraria al dialogo sincero, pues impone las propias ideas denigrando las ajenas de partida. Aun así, el diagnóstico ético elaborado y deducido desde fuentes estrictamente religiosas no es indiferente al estudio bioético, pues los juicios emitidos en base a dichas fuentes pueden mostrar intuiciones morales básicas universales que ayuden al discurso racional de la bioética sin que esto produzca confusión o desunión entre los deliberantes bioéticos. Si la propuesta esta configurada de forma comunicativa en igualdad con las demás y respetando las criticas que desde la razón se le puede hacer, no debe ser rechazada, sino más bien atendida en lo que tienen de aportación al debate intelectual.

12. En concreto el «ethos» cristiano supone una apertura sin restricciones a la realidad y, precisamente por ello, requiere un esfuerzo racional para hacer más inteligible lo humano. Si esta actitud se encuentra en esta tradición religiosa o en cualquier otra- el discurso bioético nacido en su seno no puede ser más que una ayuda para el esclarecimiento de cuestiones, que por su complejidad, exigen la cooperación de cualquier instancia racional que posibilite resolverlas; lo cual permite alejarnos de la parálisis intelectual que producen posiciones que de una u otra forma ya no confían en la fuerza de la razón humana.

13. Los medios de comunicación social pueden manipular la verdad cuando ocultan, desinforman, o informan parcialmente. Sin embargo, cuando los profesionales de la información buscan la verdad, contribuyen decisivamente a difundir la realidad bioética desde el prisma de la dignidad de la persona humana. Por todo ello, la profesionalidad de los informadores resulta clave: cuando se trabaja bien, se acude a las fuentes y se resiste a la presión de los poderes económicos y políticos. De esta forma, la verdad aflora y se crea una auténtica opinión pública. Es imprescindible concienciar a los periodistas sobre la trascendencia positiva, o negativa, de sus actos y de la necesidad en la información relativa a la bioética de la objetividad para no caer en el sensacionalismo o la divulgación interesada.

14. La posibilidad de tratar niños con enfermedades genéticas o hereditarias o adquiridas es un objetivo médico positivo. Muchas de ellas requieren trasplante de material celular sanguíneo. Sin duda, el material celular idóneo es el que se puede obtener de un hermano del paciente. Pero esto no es siempre factible. Por ello, se ha propuesto la creación de «niños de diseño o niños medicamento», que serían aquellos que se producen por fecundación in vitro, a partir de los gametos de los padres del niño enfermo. Estos se consiguen tras determinar, utilizando el diagnóstico genético preimplantacional, que embriones no padecen la enfermedad genética o hereditaria del niño enfermo, si ésta es hereditaria, y cuales embriones son inmunológicamente compatibles con el enfermo. Esta práctica tiene, entre otras, la dificultad ética de que se seleccionan embriones en razón de su salud, lo cual es una metodología claramente eugenésica, por tanto, con graves repercusiones éticas. Para soslayar esta dificultad se propone, la utilización de sangre de cordón umbilical, tras la creación de bancos públicos o mixtos. Según los últimos datos biomédicos, en caso de no existir un hermano histocompatible con el enfermo, recurrir a estos bancos de sangre de cordones umbilicales podría ser la alternativa más eficiente a la producción de niños de diseño, alternativa que, por otra parte, tiene indudables ventajas éticas, sociológicas y económicas.