

Cuerpo humano

En el concepto *cuerpo humano* se ha agrupado en medicina tanto el conocimiento de la anatomía y la fisiología humana como el de la biología y la embriología, la psicología y la sociología, la epidemiología y la bioestadística, la economía y la política, entre otras disciplinas científicas que tienen como objeto al hombre y lo describen como hombre 'normal' o 'patológico' o, en determinadas condiciones de salud, como población. Podría pedirse que ese conjunto de conceptos científicos fuera sistematizado de modo coherente por una antropología científica de la salud. Sin embargo, aunque esto ocurriera, la medicina y las ciencias de la vida con sus tecnologías conexas todavía estarían frente al desafío de pronunciarse en torno a la condición de 'humano' con la que se define ese cuerpo, desafío del que no pueden dar cuenta las disciplinas científicas. Haría falta en ese caso desarrollar una antropología filosófica de la salud que reflexionara en torno a la idea de ser humano y del paciente como persona.

El cuerpo en medicina y ciencias de la vida. La bioética ha venido a recoger los problemas de ese desafío. Para la tradición de habla inglesa ha sido fundamental el texto de Paul Ramsey, *The Patient as Person* (1970); para la de habla española, los trabajos de Pedro Laín Entralgo (1984, 1989, 1991). Por tanto, hablar hoy de cuerpo y corporeización (v.) resulta una vía de aproximación a esa problemática porque, aunque el conocimiento y la acción en salud han estado ligados a cuestiones referidas a la condición humana, nunca hasta ahora estas cuestiones habían sido tematizadas o convertidas en problemas filosóficos sobre los cuales es necesario reflexionar sistemáticamente para actuar. Y esto se debe a que la relación entre medicina y filosofía fue siempre ambigua, apareciendo a veces como proximidad y otras como distancia. En el tratado hipocrático *Sobre la medicina antigua* ya se especifica la visión de distanciamiento que, por ejemplo, la medicina toma de una filosofía de la naturaleza que por su carácter especulativo y abstracto no le sirve al médico para conocer la naturaleza del cuerpo humano, como pueden hacerlo la técnica y la ciencia: "*Ciertos sofistas y médicos dicen que no es posible para alguien conocer de medicina si no conoce lo que es el hombre y cómo fue hecho y construido, y que quien quisiera curar al hombre, propiamente, debe aprender esto en primer lugar. Pero diciendo esto más bien pertenecen a la filosofía, como Empédocles y ciertos otros han descrito lo que el hombre es en su origen y como*

fue él hecho y construido. Pero yo pienso que como sea que esto haya sido dicho o escrito por un sofista o médico en lo concerniente a la naturaleza tiene menos conexión con el arte de la medicina que con el arte de la pintura".

Sin embargo, el médico hipocrático no niega que deba enfrentarse al problema del hombre. Lo que afirma es que el problema de la naturaleza del hombre puede ser resuelto por la técnica y la ciencia. En la actualidad, después de los cambios en el conocimiento científico introducidos por las ciencias humanas y de habernos enfrentado a lo que los médicos nazis hicieron en nombre de la profesión médica, después de haber trasplantado el corazón como símbolo mismo de la vida humana (v. *Trasplantes de órganos*), después de la concepción de un embrión fuera del vientre materno y de haber clonado células humanas y animales completos, después de haber condenado la esclavitud, la servidumbre y las discriminaciones por sexo, raza, religión y clase social, y de reclamar por el derecho al cuerpo propio (v.), el conocimiento y la acción en salud encuentran legítimo y pertinente el problema filosófico del hombre como problema de la medicina y las ciencias de la vida. Y es que la antropología filosófica puesta frente a la salud y la enfermedad se enfrenta hoy a problemas de una dimensión abismal (v. *Somatología*).

Cuerpo y derechos humanos. El cuerpo de la medicina y las ciencias de la vida y sus tecnologías conexas es también y a la vez un cuerpo de derechos. Y es que el cuerpo humano, entendido como forma de dignidad (v.), define nuestras prácticas concretas cuando entendemos a estas como aquellas en la que las acciones que realizamos no pueden dejar de lado de ningún modo a las señas de identidad (v.) de los otros seres humanos con los que nos relacionamos. En cambio el cuerpo humano, entendido como forma mercancía, supone un universalismo abstracto que postula una relación entre individuos aunque poniendo aparte sus señas de identidad (v. *Plasmaféresis: la sangre como mercancía*). Sin embargo, en el cuerpo nacemos, vivimos y morimos; en el cuerpo enfermamos y curamos; en el cuerpo amamos y sufrimos; en el cuerpo somos quienes hemos sido, somos quienes somos y somos quienes queremos ser (v. *La experiencia del cuerpo propio*). El cuerpo es individual, es particular, es singular, y sin embargo es el modo más potente de una universalización concreta porque es el único lugar donde podemos ser reconocidos por los otros y donde los otros pueden ser reconocidos por nosotros para construir una red

universal de relaciones interhumanas respetuosa de las identidades individuales y colectivas. El cuerpo humano es el único modo de relacionarnos en nuestra condición de seres humanos. Por eso la medicina, en tanto institución social cuyo fin es la atención y el cuidado de la vida y la salud del cuerpo humano, ha podido sostener durante siglos una ética universalista aún con las limitaciones de su paternalismo. Por eso la tortura (v.), al negar en el tiempo de su ejecución real o posible la condición humana de los cuerpos bajo tormento, o la desaparición de personas (v.), al privar a un cuerpo de un lugar de reconocimiento entre los otros, han negado y niegan toda posibilidad de universalismo moral. El mayor problema que han tenido los que han violado la más antigua de las obligaciones morales, la del no matar, es el qué hacer con el cuerpo de las víctimas. Por eso la figura del *habeas corpus*, tan antigua al menos como la Carta Magna de 1215, tutela las garantías

fundamentales a la vida y la libertad, y es uno de los mayores ejemplos de un universal concreto. Ese solo ejemplo sirve para ilustrar las inconsistencias de las éticas que se pretenden totalmente exentas de universalismo y de las bioéticas que se postulan disociadas de los derechos humanos. No es posible que haya alguien que diga practicar la bioética o se declare un político defensor de la democracia y niegue, haya negado, o postule negar el universal concreto del *habeas corpus*. Esta negación ha caracterizado siempre a las dictaduras y a los imperialismos, al terrorismo de Estado (v.) y a las doctrinas de la seguridad nacional de los países imperiales. Por eso la negación radical del cuerpo humano, en tanto negación del sustrato material del universalismo moral, define el mal absoluto y es la negación radical, asimismo, de toda bioética.

[J. C. T.]

Somatología

José Alberto Mainetti (Argentina) - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)

La revolución somatoplástica sobre la vida humana y la persona. La idea del cuerpo en la cultura occidental ha estado dominada por el dualismo antropológico y por el reduccionismo científico. Por un lado, la concepción dualista del hombre, las antípodas del alma y el cuerpo, el espíritu y la materia; por el otro, la constitución del cuerpo como organismo, su estatuto biológico en términos de anatomía y fisiología. La filosofía, las ciencias humanas y cognitivas han introducido en nuestros días una nueva visión del cuerpo humano, mientras que la revolución biológica lo somete a surrealistas “disecciones” y “distensiones” tecnocientíficas transformadoras de la “naturaleza” humana. Este giro pigmaliónico o antropoplástico de las tecnologías biomédicas genera la crisis posmoderna del sujeto y el problema de la personalización, vale decir la adscripción del carácter de persona al ser humano, por ejemplo en el principio y en el final de la vida (estatuto del embrión y concepto de muerte cerebral, amén del huracán que representa la revolución reproductiva sobre el árbol genealógico humano). Los dilemas morales que hoy definen la bioética responden fundamentalmente al impacto de la revolución somatoplástica sobre la vida humana y la comprensión y extensión de la persona. Se justifica así la novedad de la somatología o teoría científica y filosófica del soma como realidad, fenómeno y misterio del hombre.

La condición humana y el poshumanismo. El gran desafío de la somatología como filosofía del hombre es el llamado transhumanismo o poshumanismo, que considera posible y deseable mejorar esencialmente la condición humana, incluso alcanzar la eterna juventud y la inmortalidad mediante instrumentos como manipulación genética, nanotecnología, cibernética, farmacología y simulación computarizada (cerebro de silicón). No hay tal cosa como una “naturaleza humana” (en verdad un oxímoron); el *homo sapiens* es una especie en evolución y autotransformable técnicamente, de modo que la meta es el superhombre, utopía de la transición humano-poshumano y modernidad-posmodernidad. Más acá de la confrontación en materia bioética entre las posiciones poshumanistas y antiposhumanistas –en qué consiste tal “naturaleza” humana, y si ella fundamenta una cuarta generación de derechos humanos, los “naturales” o genéticos–, subyace la inquietud metafísica ante la disolución posmoderna del sujeto como horizonte ontológico, inducida por las nuevas técnicas del cuerpo. La modernidad reemplazó la naturaleza cósmica por el *cogito sum* como punto fijo de referencia ontológica. La posmodernidad, a su turno, acabó con la idea de una naturaleza humana especular e invariante, la que deja de ser reparo inmodificable y da lugar a las inquietantes preguntas por nuestra identidad, nuestra relación con los otros, las especies vivientes y la evolución natural.

El mejoramiento de la naturaleza humana. Un nuevo capítulo de la bioética se abre con el uso

de las tecnologías médicas de optimización o mejoramiento (*enhancement*) de la naturaleza humana. En el contexto crítico del antiposthumanismo caben señalarse tres antropinos como epítome y paroxismo de la filosofía y la ética de la técnica. En primer término, la *trasgresión* de un orden divino o cósmico, la hibris de “jugar a Dios” o la contranatura tecnológica, argumentos inspirados por el terror de imaginables y probables escenarios siniestros. En segundo término, la *ambivalencia* de una medicina perfecta, más allá de la terapéutica, que no se justifica ya moralmente por la enfermedad, resultando eventualmente “lo mejor enemigo de lo bueno” y extremando el coeficiente de adversidad, no solo real sino también simbólico, coextensivo a todo “progreso” humano. En tercer término, el *contrasentido* entre la naturaleza y la dignidad humanas, cuando la primera se define por la finitud y la segunda por la perfectibilidad, siendo lo real a la vez límite y posibilidad, y el ser y deber ser del hombre consistente en la negación de su negatividad. “Sabremos cada vez menos qué es ser humano” (Saramago, 2005).

Referencias

J. A. Mainetti, *Somatología. Anatomía de la persona*, La Plata, Quirón, 2004. - E.T. Juengst, *Enhancement Uses of Medical Technology*, en S. Post (editor), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, Macmillan Reference USA, 2004. Tomo I, págs. 753-757. - Ch. C. Hook, *Transhumanism and Posthumanism*, en S. Post (editor), *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan Reference USA, 2004. Tomo V, págs. 2517-2520. - F. Fukuyama, *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*, Barcelona, Ediciones B, 2002. - J. Habermas, *El futuro de la naturaleza humana*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2002. - J. Saramago, *Las intermitencias de la muerte*, Buenos Aires, Alfaguara, 2005.

La experiencia del cuerpo propio

María de la Luz Casas Martínez (México) -
Facultad de Medicina de la Universidad
Panamericana

El desarrollo biotecnológico y la noción de cuerpo humano. Ante los avances biotecnológicos actuales, las acciones médicas sobre el sustrato corpóreo humano suscitan admiración y misterio, ya que agudizan la problemática tradicional entre lo natural y lo artificial, pues se dicotomiza lo creado con tecnología al ser aplicado al hombre. Lo biotecnológico tiende en ocasiones a cerrar el círculo *natura-cultura*, haciendo difícil definir sus tradicionales límites; en otras, a potenciar su diferencia. El cuerpo humano, considerado tradicionalmente lugar simbólico, donde el hombre proyecta las diversas visiones de sí mismo, se ha convertido en el lugar físico de las decisiones

extremas y ahora es un novedoso campo de expresión de la libertad humana concretada en las diversas opciones sobre el mismo que, rebasando los actos terapéuticos, lo sitúan en el ámbito perfecto y de opciones personales, alejando cada vez más de la consideración de lo humano la idea de necesidad y carencia. Así, la combinación de las interacciones entre una epistemología predominantemente experimental, la evolución de la tecnomedicina, la idea dualista del cuerpo, las reglas del mercado, por una parte, una visión social contemporánea orientada a los derechos humanos, por otra, con acento en el individualismo, han producido efectos imprevisibles en la actual visión de la persona sobre su cuerpo. De hecho estas ideas, a veces contrapuestas, han visto el cuerpo humano desde perspectivas diferentes, como sujeto y objeto, como todo y partes, como fuera y dentro del mercado. Tal situación reclama de la bioética acciones resolutivas, pero su planteamiento suscita, a la vez, resistencia y perplejidad, ya que los estudiosos están ante situaciones inéditas cuyas consecuencias se enmarcan en un ambiente de incertidumbre. En definitiva, los cambios socioculturales de los últimos siglos han modificado los conceptos de libertad, responsabilidad, pluralidad y tolerancia, lo cual ha contribuido a diversificar las ideas de la representación del cuerpo por la persona. Estos cambios inciden y modifican el paradigma de actuación en las áreas de salud. Por estas razones, la reflexión sobre el cuerpo humano constituye un aspecto fundamental de la filosofía contemporánea, sobre todo en el área bioética. En la actualidad se presentan muchas opciones y filosofías sustentantes que encuentran una realidad escindida: aborto, eutanasia, eugenesia, manipulación embrionaria, reproducción asistida, clonación, transgénesis perfecta y decisiones de fin de vida, son algunos de los problemas que inciden y hacen urgente la elaboración de una idea clara y coherente del significado de la experiencia del cuerpo propio, así como de las posibles opciones que sobre él puedan ser realizadas con aval legal y ético.

Visiones sobre el cuerpo propio. ¿Cómo formula el sujeto la experiencia del cuerpo como propio? Del concepto antropológico sobre la propiedad del cuerpo se derivan diversas posibilidades de actuación ética y legal sobre el mismo. ¿Quién tiene derecho y qué derechos se tienen sobre el cuerpo propio? Para contestar estas preguntas puede hacerse referencia a dos componentes fundamentales. Por una parte, el hecho de la existencia corpórea: ¿Es el cuerpo mío o yo soy el cuerpo? Por la otra, el significado *humano* del cuerpo: ¿Experimentar mi cuerpo tiene un significado específico en mi especie? En el primer componente, la existencia corpórea se explica

por diversas teorías filosóficas que apuntan a formas diversas de interacción cuerpo-espíritu. Estas interpretaciones se mueven en torno al problema ¿cómo interactúa el hombre con su cuerpo?, lo cual se explica a través de varias ideas: a) La platónica, dualista, que señala la primacía del espíritu sobre la materia; unidos ambos sólo exteriormente durante la vida humana. Desde esta postura, el cuerpo concebido como materia es solamente un vehículo para el espíritu, verdadero valor de la persona. b) La aristotélico-tomista, que acentúa la estructura ontológica, donde materia y forma espiritual configuran una unidad sustancial e inseparable. Su representante es la postura hilemórfica de Aristóteles. Tomando en cuenta estas premisas, cuerpo y espíritu actúan inseparablemente y ambos elementos poseen un valor específico para la persona. c) La racionalista, basada en Descartes, constituye una postura dualista a través de una radical división entre cuerpo y conciencia; el hombre se identifica en especial con el último componente. d) La mecanicista, la cual considera que el ser humano es solo materia. Aduce que la conciencia es producto mecánico de la mente, considerada también manifestación de la materia. Se trata pues, de una idea monista, materialista. La existencia de procesos espirituales se identifica con las funciones de la mente.

Significados, atributos y expectativas sobre el cuerpo propio. Desde estas diversas visiones se aprecia que el cuerpo propio posee diversos significados, atributos y expectativas. Así, la perspectiva materialista, en su justificación, partirá de una postura imanentista del hacer con el cuerpo. Ya que la materia solamente existe en un mundo semejante, no existen compromisos espirituales después de la muerte. Los actos de expectativa humanitaria se valoran en el hoy y ahora de la temporalidad material. En cambio, para las posturas que tienen en cuenta la existencia del espíritu, las realidades de actuación pueden ser ampliadas hasta la vida después de la muerte. Ambas posiciones implican profundas diferencias en la consideración ética ante el sufrimiento, la carencia y la muerte. Pero en la toma de decisiones sobre el cuerpo como propio no solamente intervienen las ideas enunciadas, sino que además se combinan con la percepción del cuerpo como propiedad. En la sociedad actual predomina la idea que, basada en la autonomía, el cuerpo es propiedad de la persona. Aunque este pensamiento es justificable, no es del todo preciso, ya que el sujeto como ser libre experimenta en diversos momentos el cuerpo como propio y a la vez como ajeno. Desde la visión fenomenológica, es posible afirmar que la experiencia del cuerpo propio se identifica con los actos humanos. Ante ellos es fácil pecatarse de la unidad

cuerpo-espíritu, pues el ámbito corpóreo es evidente y lo son también las funciones de la psique que rebasan los postulados científicos materiales. En la experiencia humana, los actos siempre son corpóreos porque se realizan en el ámbito espacial y temporal, o si se prefiere, existe una cualidad de duración y extensión en los actos corpóreos. Pero las funciones de la mente no son espaciales, sino incorpóreas; se aprecia en ellas un ámbito inmaterial y, como son experimentadas por la misma persona, aparece en esta una doble presencia de materia y no materia. El sujeto dice: yo pienso, yo amo, ambos actos inmatrimateriales e incuantificables. De la misma forma puede afirmar: yo camino, yo hablo. Y en ambos casos es el mismo hombre.

Materialidad y espiritualidad del cuerpo propio. En términos generales, filosóficamente hablando, podemos señalar a los actos no materiales como espirituales. Es posible utilizar el término *corporeidad* para designar al cuerpo humano vivo, ser material-espiritual. Pasaremos entonces a una segunda reflexión. Aunque los actos materiales y espirituales suceden en la misma persona, se experimenta en la práctica una *tensión* entre cuerpo y espíritu. El sujeto reconoce la existencia de ambas entidades, la interacción, pero a la vez la disyunción de los componentes. El cuerpo aparece como *mío* en el acto libre, sea físico o mental, pero a la vez la persona vive los límites de su acción voluntaria sobre el cuerpo ante aquello que se escapa al ejercicio de su arbitrio: la experiencia de la enfermedad, la vejez, la limitación física o mental y la muerte. El humano es el propio cuerpo; sin embargo, tiene cuerpo, porque no lo posee nunca perfectamente. En ocasiones, la mente ordena y el cuerpo no responde; en otras, el cuerpo actúa y la mente no puede controlarlo. Estas experiencias dan sentido específico al cuerpo como propio y a la vez ajeno, de una corporeidad, espíritu y materia unidos positivamente y a la vez en tensión constante. Esta *tensión*, que permite la identificación-no identificación cuerpo-espíritu, conforma entonces al ser humano como una *unidad-dual*, ser uno y a la vez no ser sólo uno. Desde esta perspectiva, la vivencia del cuerpo como propio no significa propiedad. La postura kantiana ha otorgado un especial significado al cuerpo vivo como persona y no como cosa. Para Emmanuel Kant: “El hombre no puede disponer de sí mismo porque no es una cosa; no es su propiedad; decir eso sería contradictorio; ya que si es una persona es un sujeto en donde se inviste la propiedad, y si él fuera su propiedad, sería una cosa, sobre la que tiene propiedad”. Por ello un hombre no es su propio dueño, dispone del cuerpo mientras vive, y solamente en sentido benéfico. Nadie tiene derecho de dañarse o dañar a los demás. No hay un derecho irrestricto del hombre sobre su cuerpo. En bioética, esta teoría es

la base actual de la gratuidad de los trasplantes entre humanos y de la prohibición de la comercialización de los órganos y del genoma, así como de la jerarquización del principio de beneficencia en los actos médicos. En esta teoría se aprecia con claridad el hecho señalado anteriormente: somos el cuerpo, pero rebasamos la materia a través del concepto de dignidad de la persona. El cuerpo humano no es un simple objeto, sino un ser corporal que se expresa humanamente, porque está configurado intrínsecamente en forma espiritual. El ser humano es en sí un símbolo, en forma más específica por las funciones del espíritu, pensamiento, voluntad, libertad, que a la vez son funciones del cuerpo, porque el cuerpo no es sólo vehículo, sino compuesto del ser humano. Para Merleau-Ponty, el cuerpo humano está impregnado del significado espiritual de la persona, y solamente si es comprendido en totalidad podrá actuarse éticamente frente a él.

Significados del cuerpo propio. ¿Cuál es el significado del cuerpo propio? Lo importante del cuerpo vivo y propio es que sus actos poseen significado y expresión específicos: los de la *humanidad*. Muchos autores, en especial fenomenológicos, han descrito estos significados del cuerpo. En su forma relacional se refieren específicamente a *la persona*, quien vive su propia existencia a través del cuerpo y a través de él se expresa a los demás hombres. El cuerpo es presencia en el mundo, el lugar de comunicación con el otro, el origen de la instrumentalidad y la cultura. La expresión del cuerpo y sus funciones están llenas de simbolismo y de intención en el humano, que implican no solo una actitud mental psicológica, sino una intención valorativa, que en el aspecto positivo hace la diferencia con la conducta animal: la conducta humana es humanizadora. Ante la consideración del ser humano vivo, como corporeidad, el significado del cuerpo humano es múltiple en su expresión y ejemplifica un ser único. El cuerpo se manifiesta en: a) un significado personal: Yo, en mi existencia; b) un significado comunitario: ser con y para los demás; c) un significado trascendente: yo, como humanizador y transformador del mundo. El ser humano, ser en el mundo, ser social, experimenta la relación con los demás a través de la responsabilidad. Debemos algo a quienes nos precedieron, y tenemos responsabilidades para quienes nos sucederán; la vida es una liga moral. Las acciones sobre nuestro cuerpo tienen implicaciones sociales, como sucede con algunas prácticas de la moderna medicina: tecnología reproductiva, cirugía cosmética, trasplantes y genética, entre otras. Por ello, la persona no puede actuar solamente bajo decisiones de una autonomía solipsista, sin considerar la justicia. El concepto de autonomía ilimitada de la persona sobre su cuerpo

queda truncada por la propia experiencia de la vida limitada ante los demás y ante sí mismo. El movimiento de la mano, la visión, la articulación de sonidos, tienen un significado específico: la expresión hacia el otro, la apreciación de la belleza, el lenguaje. No vive sus actos la persona en un mero automatismo, una causa-efecto meramente biológica. Existe, detrás de la mayoría de las acciones humanas, una intención y un significado personal, esto es, individual y a la vez intersubjetivo. No es el ojo el que ve, sino que yo veo a través del ojo; yo interpreto, yo razono, me emociono, a través de lo que el ojo capta, y yo envuelvo esas aferencias en una serie de correlaciones y memorias con significado personal. Las percepciones corporales se vuelven sensaciones y emociones con carga psicológica, se vuelven parte de mí, de mi sistema de recuerdos, de lo que soy yo como una construcción histórica de encuentros con significados, y estos a su vez son ligas de intercomunicación con los demás y el entorno. Estos significados, elaborados a partir de las sensaciones, son propios, internos, pero a la vez, poseen un marco comunicable a los demás, poseen una coherencia con el sistema de interpretación humana. Mis vivencias pueden ser comunicadas, aunque nunca totalmente; son mías, propias, intransferibles, pero en gran parte comunicables. Esa posibilidad y esa carencia son la base de la potencialidad y el obstáculo de la relación humana. Mis sentimientos son, en gran parte, imposibles de vivir plenamente por el otro, pero no hasta el grado de no poder ser captados en sentido empático por quienes desean comprenderlos. En consecuencia, los sentimientos más profundos son un misterio, como señala Marcel, y ese misterio a su vez provoca una necesidad de comunicación, nunca satisfecha, pero siempre presente, que alimenta la necesidad de tratar de continuar en la búsqueda de una mejor intercomunicación humana. Diego Gracia aporta otra parte de la visión del cuerpo como propio: *El cuerpo es siempre 'mi' cuerpo, se identifica conmigo, con mi personalidad e identidad, con el yo, es el instrumento donde realizo mis proyectos, y se define por principios como el de autonomía. Pero al mismo tiempo, posee una intransferible dimensión genética y social. Perteneces a la especie y solo tiene sentido en la dimensión de los seres humanos, opuesta a la dimensión individualista.* Los actos que realizo con *mi* cuerpo tienen una repercusión social, una liga de responsabilidad. Es también cierto que uno puede aceptar su corporeidad o rebelarse ante ella. Aceptar posibilidades y límites individuales, significados y responsabilidades que se ejercen con y a través del cuerpo. Pero habrá que aceptar en gran parte que el propio cuerpo es una determinación y una relativa libertad. La libertad, aunque limitada, posibilita

desarrollos diversos que inciden en la corporeidad como un todo. El ser humano es acto y proyecto; hay una dimensión dialéctica entre la situación y el proyecto que está más allá del aquí y el ahora. Por mi proyecto trasciendo, y ello incluye la corporeidad; no puedo trascender sin mi cuerpo. Esto significa que el ser humano puede trabajar un proyecto de corporeidad sin negar sus límites, ni desconocer sus posibilidades. La corporeidad se vive, pero se comprende en forma ambigua, se experimenta en parte como instrumento, porque a través de él se realizan los actos que la interioridad planea. Esto resulta reduccionista en la reflexión kantiana, porque sería como tomarse a sí mismo como medio y no como fin. Marcel ya lo señalaba: “... esta comunidad es indivisible, yo no puedo decir legítimamente: yo y mi cuerpo. La dificultad radica en que pienso mi relación con mi cuerpo por analogía a mi relación con mis instrumentos”.

Cuerpo y corporeidad. En gran parte, la biología ha contribuido a una visión instrumentalizada de la corporeidad. Por esta visión mecanicista, la persona considera que las funciones de la mente y el cuerpo se basan en la concepción dualista. Es verdad que el cerebro realiza las funciones de la mente, pero esto sucede porque la mente y la materia están juntas en ese concepto llamado persona o corporeidad. La relación con el ser humano no puede ser nunca sujeto-objeto; el cuerpo humano jamás es solo objeto, y no existe relación con un sujeto sin cuerpo. La experiencia inmediata no me hace ver el cuerpo como una cosa objetiva, identificable y confundible con otras cosas objetivas. Lo propio de las cosas es la exterioridad respecto a la persona humana, la posibilidad de disponer y de deshacerse de algo. Pues bien, no puedo tratar el cuerpo lo mismo que a una cosa objetiva. No puedo deshacerme de él. Lo puedo observar y mirar de algún modo, pero solo en la medida en que al mismo tiempo lo considero idéntico conmigo mismo. Para Marcel, hay que decir más bien que yo soy mi cuerpo, que soy corpóreo. También es posible que el hombre corpóreo pueda ser considerado desde dos aspectos diversos: como cuerpo orgánico y como cuerpo humano. El aspecto corpóreo orgánico de la persona es vivido indiscutiblemente en la pertenencia al mundo de los vivientes. Desde este punto de vista, pueden encontrarse en el hombre todos los aspectos objetivos que se encuentran en otros mamíferos, y ser descritos por las ciencias de la naturaleza, pero existe otro componente inseparable: el no material. Por este último el cuerpo humano vivo otorga la posibilidad de realización de la libertad y la interpretación del mundo; por tanto, la posibilidad de ejercer nuestros deberes morales, y por ello, la corporeidad, debe respetarse. El cuerpo como propio es la vivencia de la realización de la persona, su sentido

humano en diálogo con los demás. En la práctica, las decisiones sobre aborto, eutanasia, tecnología reproductiva, manipulación genética, neuro-psicofisiología de las funciones mente-cuerpo, entre otras, son problemas bioéticos ligados a la vivencia del cuerpo como propio, esto es, de la corporeidad.

Referencias

Immanuel Kant [1785]. *Grundlegung zur metaphysik der sitten*, Hrsg. von Karl Vorlander, Hamburg, 3ª ed., Meiner, 1957. - Maurice Merleau-Ponty. *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945. - Gabriel Marcel. *Le mystère de l'être*, 2 vols. Paris, Aubier, 1951.

Cuerpo y corporeización

Miguel Kottow (Chile) - Universidad de Chile

El cuerpo humano como mecanismo. Cuando Descartes distinguió como elementos constitutivos del ser humano la *res cogitans* o sustancia pensante y la *res extensa* o sustancia material, generó una dicotomía que en forma de alma-cuerpo o mente-cuerpo continúa causando problemas filosóficos insalvables en el intento de explicar cómo dos sustancias tan diversas pueden interactuar e influenciarse entre sí. La segunda consecuencia del pensamiento cartesiano fue el concepto del cuerpo como máquina, idea que fue extremada por su discípulo La Mettrie, para quien no solo el cuerpo sino el ser humano entero es un mecanismo. Esta perspectiva hizo confiar a las ciencias naturales que podrían dar cuenta cabal de la biología humana normal y patológica de manera que la medicina como ciencia terminaría por curar y eliminar toda forma de enfermedad. Tal actitud sigue predominando en aquellos médicos que se desentienden de la subjetividad de sus pacientes y se apoyan en el concepto científico-natural de la medicina, como emergió a partir del siglo XIX, renovado recientemente, basado en evidencia. Subproducto de este cientificismo es la proliferación de investigaciones biomédicas con seres humanos que, con el pretexto de conquistar nuevas fronteras del conocimiento y estar preparando importantes progresos para el futuro, están comprometiendo la participación de probandos para estudios en gran medida superfluos, de utilidad solo para las minorías pudientes –la brecha 90:10–, con riesgos encubiertos y nullos beneficios para sujetos de investigación y naciones-huésped. Es el desprecio del cuerpo [vulnerado] de los desposeídos en beneficio del cuerpo [privilegiado] de las minorías pudientes.

Cuerpo vivo y cuerpo vivido. La filosofía de la medicina ve al médico estudiando el cuerpo enfermo desde una perspectiva general, como un sistema

biológico cuya avería debe ser tipificada y clasificada nosológicamente, aplicando una mirada cognitiva y teórica sobre el paciente como individuo cuya existencia es particular y única. El ideal es que la ciencia del cuerpo esté al servicio del cuidado de la persona. El cuerpo humano se presenta como un cuerpo vivo –un sistema biológico– y un cuerpo vivido –una conciencia de corporeidad–. El ser humano es cuerpo y tiene cuerpo; la subjetividad toma conciencia del cuerpo porque es una realidad dada –circunstancia– y porque es un conjunto de posibilidades –potencialidad–. La libertad, la prosecución de un proyecto existencial, la aristotélica búsqueda de la felicidad o el religioso anhelo de trascendencia pasan todos por tomar decisiones con respecto al propio cuerpo: de cuidado, renuncia, estimulación, exigencia, obsesivo, modificación, mortificación. Desde el ayuno hasta la mutilación genital, desde la gastronomía hasta la moda, el deporte, la cosmética, los exámenes médicos preventivos, son actitudes con que los individuos viven su cuerpo desde determinada visión de mundo. Aunque estas actitudes parecen nacer de idiosincrasias singulares, debe reconocerse que los determinantes sociales tienen enorme fuerza para influir sobre cómo vivirá cada uno su cuerpo. El ejemplo más craso es la mutilación genital femenina que se practica en muchos países. La inspiración de esta práctica es religiosa, pero sus consecuencias sociales son profundas: las mujeres no circuncidadas tienen escasas posibilidades de casarse, con lo cual quedan marginadas de la protección económica del matrimonio.

Cuerpo y medicina antropoplástica. Las sociedades occidentales contemporáneas han creado una perspectiva inédita que podría denominarse el cuerpo espectacular, es decir, la presentación pública del cuerpo con fines más amplios que los estrictamente decorativos. La inversión de esfuerzos y recursos cosméticos y médicos en el cuerpo persigue fines lucrativos, supuestamente mejorando las posibilidades de empleo en un mercado competitivo, así como cumpliendo objetivos de retrasar desgastes y prolongar funcionalidades biológicas. Este cultivo del cuerpo, al cual la cirugía plástica y, en un futuro cercano, la genética rinden incondicional tributo, genera un nuevo cisma social pues el acceso a –y la adquisición de– estas ventajas corpóreas queda reservado a los pudientes. La medicina del trasplante refleja la ambigüedad cultural de la actualidad con respecto al cuerpo humano. Desde una perspectiva, se celebra la capacidad de reemplazar órganos irremediablemente deteriorados, con la correspondiente ganancia en calidad y extensión de vida; desde otra, se muestran enormes reticencias por obtener órganos trasplantables, llegando al extremo que los familiares rescinden los deseos del

donante fallecido y niegan la extracción. Con el nombre de “antropoplástica” (Mainetti, 2003) se designa la exacerbación de las remodelaciones artificiales del cuerpo, que hasta ahora se conforman con modificar lo existente pero que, con el advenimiento de la genética, atienden deseos transformativos como la detención del proceso de envejecimiento o la duplicación de las expectativas de vida. Se trata de una medicina desiderativa que ha abandonado la distinción entre enfermedad y salud, regulando sus actividades por factores de mercado y no por requerimientos de restauración biológica. Estas prácticas tendrán repercusiones sociales y, lo más importante, generarán políticas discriminatorias a medida que las poblaciones de países más desarrollados mejoren proactivamente sus parámetros vitales y obtengan ventajas biológicas sobre los habitantes de países pobres. Las relaciones entre los pueblos amenazan regirse por diferencias raciales artificialmente logradas. Los movimientos antropoplásticos no son privativos de la medicina. El estatus tradicional de la técnica como extensión y ampliación del cuerpo humano se amplía a una literal “in-corporación” donde los productos técnicos se constituyen en elementos esenciales para la manutención de procesos vitales –aparatos de diálisis, órganos artificiales, implantes, prótesis sustitutivas– que llevan a hablar del cuerpo tecnificado (Nancy, 1992).

La degradación del cuerpo por la biopolítica. El siglo XX ha abierto acepciones inéditas del cuerpo humano en el orden político. Las soberanías totalitarias, convirtiendo lo ilegal en ley y la constitucionalidad en dictadura, escindieron las sociedades bajo su dominio en ciudadanos y excluidos, estos últimos privados de todo rasgo existencial más allá del desnudo cuerpo. Es el *homo sacer* –vida desnuda– de Auschwitz, del Gulag, pero también de regímenes que en forma más sutil decretaron estados de emergencia que los eximiesen de respetar los derechos básicos de todos los ciudadanos por igual, creando nuevas cohortes de individuos reducidos a pura biología en el *apartheid*, en los ghettos, en naciones infestadas de hambre y miseria, asimismo en países que exacerbaron sus medidas antiterroristas. La vida humana –*bios*– es degradada a mera vida animal –*zoe*–. Las personas reducidas a pura corporalidad han sido expulsadas del ámbito de la ley, son huérfanas de derechos, sometidas a una biopolítica que trata a los excluidos como ejemplares, como cabezas de res, al punto de tatuarlos con una marca identificatoria (Agamben, 2004). A despecho de muchos siglos de renuncia al cuerpo y de una larga vigencia de movimientos religiosos que predicaban el ascetismo, la modernidad ha ido creando nuevos ámbitos de cuidado y celebración del cuerpo, pero también formas más

depuradas de maltratarlo. Las torturas han sido parte de la historia de todos los tiempos, pero ahora se esgrimen argumentos éticos –en bioética, ética y salud pública, ética militar– que intentan justificar la tortura al prójimo, si es en pro del bien común. Con profunda desazón uno encuentra en la literatura bioética artículos que aceptan la tortura, proponen el remplazo de sevicias por “interrogatorios duros” consistentes en aflicciones suficientemente intolerables para obtener información deseada. En supuesta fidelidad a la salud pública que coarta al individuo en nombre del bien común, proponen estos defensores de la tortura el sacrificio del cuerpo, eventualmente de la vida, de individuos en pro de un presunto bien público, en flagrante violación de la bioética cuyo fundamento es la no maleficencia. La aceptación de la tortura por algunos bioeticistas es otra muestra palpable de una biopolítica que degrada el cuerpo a mero objeto, exprimible y destruible para fines “superiores”.

El paciente como persona ante el poder y la instrumentalización. La medicina antropológica de la primera mitad del siglo XX hizo ver que lo enfermo no es solo el cuerpo, sino la persona, con su biografía, su subjetividad, su modo singular de estar-en-el-mundo y relacionarse con los demás. Herederas intelectuales de esta escuela fueron la medicina psicosomática –que buscaría integrar etiológicamente psiquis y soma– y la bioética –que enfatiza en los valores del paciente en los afanes terapéuticos–. La antropología biológica –Plessner, Portman, Gehlen– y la antropología médica –Laín Entralgo, Kleinman– han hecho la disección fina de lo que caracteriza al ser humano dotado de psiquis y al ser humano enfermo en cuanto subjetividad (Kottow y Bustos, 2005). El puente entre el cuerpo como objeto médico y el sujeto como paciente enfermo lo da la anamnesis, es decir, la rendición narrativa por la cual el paciente se identifica, se personaliza (Toulmin, 1993; Alanen, 2004). Estas nuevas actitudes hacia el cuerpo humano, tanto las que lo veneran como las denigrantes, están atravesadas por un insalvable sesgo de poder que desfavorece a las naciones y comunidades más pobres, aumentando la brecha socioeconómica y amenazando crear, en forma inédita en la historia de la humanidad, un hiato de orden biológico: los pudientes vivirán más y mejor; los desposeídos concentrarán las cargas de patología, de genomas dañados y la deficiente adaptación al medio ambiente. La medicina es el guardián del cuerpo humano y de él recibe el encargo terapéutico, mas este encargo debe ser un fin en sí, libre de toda interferencia o instrumentalización. Cuando la cultura o la política dictaminan intervenciones en el cuerpo humano, atropellan la autonomía de las personas

y desatienden los fundamentos de la ética, desacatos que son más probables e intensos mientras más marcadas sean las brechas de poder.

Referencias

- G. Agamben. *Estado de excepción*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo (ed.), 2004. - P. Alanen. “The problem of knowledge in medicine”, en M. Evans, P. Louhiala y R. Puustinen (eds.), *Philosophy for Medicine*, Oxford-San Francisco, Radcliffe Medical Press 2004: 29-45. - M. Kottow y R. Bustos. *Antropología médica*, Santiago, Editorial Mediterráneo, 2005. - J. A. Mainetti. *Somatología*, La Plata, Editorial Quirón, 2003. - J. L. Nancy, *Corpus*, Metailiäe, Paris 1992. - S. Toulmin. “Knowledge and art in the practice of medicine: clinical judgment and historical reconstruction”, en C. Delkeskamp-Hayes y M. A. G. Cutter (eds.), *Science, technology and the art of medicine*, Dordrecht, Kluwer Acad. Publishers, 1993: 231-249.

Derecho al cuerpo propio

Dora Porto (Brasil) - *Universidad de Brasilia*

Dimensión individual y colectiva del derecho al cuerpo propio. El derecho al propio cuerpo es condición existencial inalienable de todos los seres humanos. Inherente a la vida, ese derecho emana de dos parámetros que se sobrepone: la legitimidad, facultada por la existencia misma de la persona en el mundo, manifiesta como ser moral y social en la materialidad de su cuerpo; y la legalidad, socialmente otorgada por normas y leyes, delineadas en el intento de salvaguardar la vida de los individuos y del cuerpo social asegurando su dignidad. En la dimensión individual, ese derecho se manifiesta en la capacidad de elegir y en el poder de decidir sobre la existencia, por sí y para sí mismo, incluida la deliberación sobre la continuidad de la propia vida y, si es posible, sobre su término, la muerte. En la dimensión colectiva, presupone no sólo la garantía social de la existencia, sino también de los medios para el disfrute de la vida con dignidad y calidad, incluidos los necesarios a la conducción de su término en las mismas condiciones, siempre que esto exprese la legítima voluntad de la persona. El reconocimiento concreto, ontológico, social y legal del derecho al propio cuerpo de cada persona debe ser medido por la respuesta efectiva de la colectividad, del Estado y de las instituciones y organizaciones a las necesidades específicas de individuos y grupos.

Poder de uso del cuerpo y derecho al cuerpo propio. Aunque el derecho al propio cuerpo sea inherente a la existencia del ser, no se constancia como realidad manifiesta para todos, pues muchas personas tienen el derecho de disponer de su cuerpo como se les antoja, y otras no. Además, algunas pueden determinar cómo deben disponer otras de su propio cuerpo, y estas deben de someterse a

aquellas. Lo que determina tal diferencia es la posición del individuo en la estructura social, que condiciona los roles por desempeñar y vuelve palpable la relación entre el poder de uso del cuerpo y el derecho al propio cuerpo. Históricamente, se observan diversos tipos de cesiones de poder y derecho relacionadas a la supervivencia y al proceso productivo. El trabajo marca el ritmo de la vida cotidiana, condiciona el uso del cuerpo y dispendio del tiempo. La capacidad de elegir y el poder de decidir sobre sí mismo derivan de esa interpretación arbitraria, pero socialmente legitimada y compartida, de la situación de vida de la persona con relación a su capacidad de garantizar la propia supervivencia. Esta interpretación está mediada por el significado y valor atribuidos al sexo, edad y a la condición de salud física y mental de la persona. El valor conferido a esas características produce recortes que se interpenetran, definiendo grupos que pueden ejercer el poder sobre sí y otros que no poseen esta capacidad.

La negación del poder y el derecho al propio cuerpo para las mujeres. En la comparación entre los patrones de cesión que confieren o imposibilitan el derecho al propio cuerpo en las sociedades latinoamericanas, se destacan los que dibujan los roles de género. Esta primera forma de apropiación del cuerpo y del trabajo puede ser percibida en la imposición sobre el uso del cuerpo y de los productos que pueden ser generados por el cuerpo de la mujer. La cosificación del cuerpo femenino, la idealización de patrones de comportamiento subordinados, el cercenamiento de la sexualidad, las imposiciones sobre el embarazo y el parto son algunas de las manifestaciones de la supresión del derecho al propio cuerpo impuestas a las mujeres. Muchas veces están amparadas por las legislaciones. En el plan social, la negación del poder y del derecho al propio cuerpo para las mujeres está marcada por obstáculos a la obtención de conocimiento para transformar su situación, como el acceso al idioma nacional o a la educación formal. Además, el trabajo que les es imputado milenaria y universalmente, la manutención del hogar y el cuidado de sus habitantes, no es reconocido y valorado como actividad productiva, configurándose real apropiación de su tiempo y energía. En cualquier lugar de Latinoamérica las mujeres disfrutaron menos el derecho al propio cuerpo que los hombres, pues se levanta un sinnúmero de obstáculos culturales, económicos y sociales para restringir su poder de decisión sobre su propio cuerpo.

La apropiación del cuerpo en niños, ancianos y enfermos. La apropiación del cuerpo y del poder de decidir sobre él afecta también a los niños y ancianos. En lo que respecta a los niños, esto deriva de

la natural dependencia del recién nacido y de la vulnerabilidad del niño al ambiente, al medio social y a la cultura en la que vive. La interpretación que cada sociedad o grupo atribuye a la niñez puede aumentar o disminuir el periodo en que al niño se le priva el poder y el derecho de decidir sobre su propio cuerpo. Con relación a los ancianos, la apropiación del poder y del derecho de decidir sobre su propio cuerpo también cambia entre las distintas sociedades. En aquellas en que el modo de producción tiende a reproducir procesos tradicionales de relación con el trabajo, el conocimiento de los ancianos es más valorizado, lo que les otorga mayor poder y derecho. En las sociedades en que el proceso de trabajo es asociado a transformaciones tecnológicas, ya no ocurre lo mismo. Igual a los niños, la inadecuación al proceso productivo acentúa la vulnerabilidad del anciano, repercutiendo en su capacidad de elegir y en el poder y derecho de decidir sobre su cuerpo y su vida. Con relación a las condiciones de salud física y mental, el poder y el derecho de decidir sobre el propio cuerpo varían entre las diferentes sociedades y grupos, así como difiere la conceptualización de la salud y enfermedad en cada contexto. En general, es posible decir que los factores que impiden el ejercicio del poder de decisión y el disfrute del derecho al propio cuerpo en personas cuya salud física o mental sea considerada comprometida se relacionan con la imposibilidad de la persona de exteriorizar explícitamente su elección con relación al propio cuerpo y con la incapacidad de hacer valer su voluntad, sobre todo si tal elección contradice la moralidad vigente sobre las cuestiones que involucran la vida y la muerte, como ocurre en diversas sociedades latinoamericanas con relación al aborto y la eutanasia.

El derecho al propio cuerpo en América Latina. Sobre estos patrones estructurantes se organizan los factores que condicionan otros aspectos de la división del poder, que derivan de la colonización latinoamericana, de la explotación sistemática de la tierra y del etnocidio contra las poblaciones nativas. La explotación y la esclavización de las poblaciones amerindias fueron una constante que delineó la desigualdad en todo el continente. La presencia de los negros africanos, trasladados a distintas partes de Latinoamérica en condición de esclavitud, fomentó la reproducción de la desigualdad, anclada en criterios étnicos, de color y raza, que aún marcan la exclusión social y la marginación económica de la mayoría de la población. La esclavitud niega el derecho al propio cuerpo. Después de la independencia, esta perversa herencia colonial se volvió aún más pesada por los sucesivos golpes de Estado y los gobiernos dictatoriales, que consolidaron el poder de las elites, instaurando creciente asimetría entre los distintos

segmentos y grupos en cada sociedad. El interés en la manutención de los privilegios económicos de la minoría conquistó prioridad sobre las necesidades colectivas de la mayoría. Aun cuando las leyes de los Estados prescriban la igualdad legal, la realidad en que viven mujeres, niños, indígenas y negros es marcada por la miseria, que restringe el poder de decidir sobre el propio cuerpo. La inserción de Latinoamérica en la economía de mercado contemporánea agravó aún más este panorama. Circunscrito al factor económico, el poder se concentra en las manos de los que pueden pagar por los beneficios del consumo, disminuyendo drásticamente la capacidad de elección y el poder de decisión sobre la propia existencia para los individuos, grupos y segmentos, social y económicamente excluidos. Al crear pasiones y manipular deseos, el comando invisible del mercado globalizado sostiene la ideología que asocia consumo y placer: el consumo es identificado con el supremo placer porque a él se atribuye la capacidad de garantizar todos los placeres, de la dimensión física a la social. En virtud de eso, el derecho al propio cuerpo se convierte cada vez más en una abstracción que pasa a lo largo de la vida concreta de las personas. La negación del derecho elemental a decidir sobre algo tan inherente y básico como el propio cuerpo, el vehículo de la existencia, establece un desequilibrio entre la experiencia del placer y del dolor. El placer es facultado apenas a los que pueden refugiarse en las islas del consumo, mientras que los demás deben sumergirse en el dolor, a la deriva en los males de la miseria colectiva. Para que el derecho al propio cuerpo pueda ser, de hecho, condición existencial inalienable de todos en Latinoamérica, es preciso alterar el cuadro de exclusión, considerando la perspectiva autóctona como punto de partida. En este sentido, la bioética latinoamericana tiene un papel fundamental, pues regresa la discusión ética a sus orígenes, la arena social, apuntando formas de intervención que puedan garantizar respuestas efectivas a las necesidades específicas de individuos y grupos.

Plasmaféresis: la sangre como mercancía

Melba Barrantes Monge (Nicaragua) - *CIMED Ministerio de Salud de Nicaragua*

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Definición y aspectos técnicos. La plasmaféresis es el procedimiento mediante el cual el plasma es extraído y separado de la sangre entera; los glóbulos rojos son retransfundidos al donante. Se practica con fines terapéuticos. También recibe el nombre de aféresis plasmática o cambio de plasma. La

plasmaféresis es una técnica desarrollada en 1914 por Abel, Rowntree y Turner, con el objetivo de extraer del cuerpo sustancias perjudiciales para el organismo y desecharlas, regresando el resto del componente sanguíneo al paciente. La aplicación de esta técnica fue bastante limitada debido que no existía maquinaria automática específica para separar los componentes de la sangre; lo que requería aproximadamente cinco horas para extraer y procesar aproximadamente un litro de sangre. En 1960 Schwab y Fahey comunicaron que la plasmaféresis era beneficiosa en el tratamiento de la macroglobulinemia de Waldstrom. En 1962 Alan Solomon y John L. Fathey brindaron un informe de diecinueve pacientes que padecían de un tipo de macroglobulinemia y a quienes se les realizó plasmaféresis. A partir de entonces la plasmaféresis se ha convertido en una técnica esencial en el tratamiento de varias enfermedades. La plasmaféresis busca básicamente tres cosas: 1. La remoción de anticuerpos específicos creados por una enfermedad específica. 2. La remoción de sustancias inflamatorias no específicas que actúan como complemento. 3. La remoción de complejos inmunes circulantes. De acuerdo con la Sociedad Americana de Aféresis, son indicaciones de plasmaféresis (como tratamiento primario) las siguientes enfermedades: polineuropatía inflamatoria desmielinizante aguda, anticuerpo antimembrana basal glomerular, polirradiculoneuropatía crónica inflamatoria desmielinizante, polineuropatía desmielinizante con IgG/IgA, miastenia gravis, púrpura posttransfusión, púrpura trombocitopénica trombótica. En otras enfermedades, este procedimiento puede ser eficaz y aceptable como tratamiento; ejemplo, crioglobulinemia, hipercolesterolemia familiar, mieloma. La plasmaféresis es utilizada también como un tipo de donación de sangre. La ventaja de esta técnica es que permite obtener más cantidad de plasma y plaquetas de un solo donante y, por el hecho de no donar glóbulos rojos, la recuperación es casi inmediata.

Aspectos éticos. La plasmaféresis constituye un principio público que se inscribe en un contexto legal y ético. Es un procedimiento en que se encuentran involucrados el paciente, la institución donde se realiza, las personas que trabajan en dicha institución, el médico, el Estado y la sociedad. Desde el punto de vista bioético, debe ser un procedimiento que lleve al bien común. La extracción sanguínea no debe constituir un acto de maleficencia para el donante; muy por el contrario, este procedimiento debe ser un acto de beneficencia en que el fin sea el bienestar del paciente (cuando se aplica para tratamiento) o de la sociedad. No debemos olvidar la importancia de la autonomía donde el paciente o donante debe actuar con la adecuada información y sin coerción. El desarrollo

de las donaciones de sangre y la obtención de hemoderivados ha traído consigo problemas éticos nuevos y complejos, que demandan de los científicos mayores exigencias éticas en su relación con los donantes, la comunidad científica y la sociedad. Las instituciones donde se practica dicho procedimiento requieren de forma vital los principios de la bioética. Los principios éticos siempre han estado presentes en la colección, el procesamiento y la transfusión de la sangre y sus componentes. Fundamentalmente, están orientados a la protección del donante y del receptor de sangre. El científico que lleva a cabo la plasmaféresis debe ser honesto y justo, teniendo en cuenta la gran responsabilidad que ha asumido ante la sociedad y el carácter humanista que debe tener en su actividad. La medicina y la salud son productos sociales que requieren un profundo e imprescindible sentido ético y humanístico.

La venta de sangre. La donación de sangre, basada en el principio de la solidaridad, es de carácter altruista y por tanto gratuita. Este es el fundamento de los programas nacionales de sangre. El 10 de enero de 1978, el director del diario *La Prensa* de Nicaragua, Pedro Joaquín Chamorro Cardenal, fue asesinado por denunciar en sus artículos, "Crónicas de un Vampiro", un negocio de venta de sangre que tenía entre sus socios al dictador Anastasio Somoza. Uno de sus asesinos declaró haber sido contratado para el atentado por Pedro Ramos, propietario del denunciado Centro de Plasmaféresis de Managua. Dicho centro pagaba cuatro córdobas por cada medio litro de sangre que extraía a pobres e indigentes. Con sus cien mil "donaciones" anuales, de las cuales dos tercios se exportaban, se había constituido en el mayor proveedor de plasma de la industria farmacéutica estadounidense. La Food and Drug Administration (FDA) le había otorgado licencia. El 11 de enero de 1978, luego del asesinato de Chamorro, una muchedumbre prendió fuego a las instalaciones del Centro de Plasmaféresis. Al cerrarse el centro nicaraguense, la compra de sangre se trasladó a Honduras, México y Zaire. En México, durante los años ochenta, se difundió el "donador pagado" que vendía su sangre y su plasma hasta cinco veces por semana. Se separaba el plasma y al "donante" le reinyectaban los glóbulos rojos y vitaminas. Si aceptaban que les inyectaran sangre para producir sueros tipificados, les pagaban más. Los centros de plasmaféresis eran propiedad de la compañía Industrias Biológicas Mexicanas, que exportaba el plasma a Estados Unidos y España, donde la industria farmacéutica lo utilizaba para elaborar productos derivados como el factor antihemofílico, las gamma globulinas, el anti Rho, la albúmina y la vacuna de la hepatitis B. Más de la mitad de los donadores pagados en México se

infectaron con VIH y murieron. El gobierno mexicano prohibió el comercio de sangre y cerró los centros de plasmaféresis. En Honduras, se construyó un centro de plasmaféresis frente al mercado de Tegucigalpa; y a Puerto Cortés llegaban los barcos que funcionaban como centros de recolección de plasma. Haití también contó con un centro de plasmaféresis y una gran cantidad de su plasma era importado por Francia, que tuvo su gran catástrofe de contaminación a hemofílicos durante el comienzo de la epidemia VIH-sida. Zaire, bajo la dictadura de Mobutu Sese Zeko, pasó a ser el mayor proveedor de plasma del mundo y pagaba de dos a cinco dólares por unidad de plasma que mayoritariamente era exportada a Estados Unidos. Cuando la actividad de esos centros fue denunciada, estos se desplazaron hacia el sudeste asiático hasta que Tailandia prohibió la venta de sangre y en India se constató que el 90% de los donadores pagados estaban infectados por VIH. Los centros de plasmaféresis se mudaron a Sudáfrica y a China, cuyo gobierno promovió la instalación de los mismos en zonas rurales durante los años noventa. En todos los casos pudo observarse un común denominador de explotación a pobres e indigentes bajo regímenes dictatoriales o autoritarios, mediados por fuertes intereses de los países ricos, con violación de la dignidad humana y las libertades fundamentales, así como de los principios éticos básicos. Esta comercialización del cuerpo humano se extendería a los trasplantes de órganos y las muestras biológicas y genéticas.

Referencias

- A. Kliman, M. F. Lesses. *Plasmapheresis as form of Blood Donation. Transfusion* 1964; 4:469-472. - C. Lavorato y cols. Experiencia inicial en plasmaféresis por membrana. *Rev. Nefrol. Diál. y Transpl.* 1991; 30:31-37. - Alejandro Brito, Comercio sanguíneo: la cara oculta de la pandemia (entrevista a Patricia Volkow), 1 de julio de 2004. - Andrew Krimbell, Biocolonisation: The Patenting of Life and the Global Market in Body Parts, en Jerry Mander y Edward Goldsmith (eds.), *The Case against the Global Economy and for a Turn Towards the Local*, San Francisco, Sierra Club Books, 1996.

Trasplante de órganos

Alexánder Mármol Sónora (Cuba) - *Instituto de Nefrología Alberto Buch López*

El desarrollo de los trasplantes de órganos. Gracias a los progresos de la medicina y la cirugía, se han abierto también en el campo de la trasplantología grandes horizontes y posibilidades. Muchos enfermos, destinados irremediamente a una muerte segura o a llevar una existencia disminuida con impedimentos en su actividad normal, han encontrado la solución a sus problemas. La ciencia ha ido

superando en los últimos años con tanto éxito los obstáculos opuestos a los logros de la trasplanto-
logía, que en la práctica esta se ha convertido en un hecho normal y rutinario. Desde tiempos remotos el trasplante ha sido un sueño muy acariciado por el hombre. En la literatura mística, el relato de los santos Cosme y Damián recoge la utilización de un miembro de un esclavo etíope para tratar de sanar a un noble, pero tuvieron que pasar siglos para que estas ideas se convirtieran en realidad. El año 1902 marca un hito en el desarrollo de la cirugía con las técnicas de suturas vasculares realizadas por Alexis Carrel en perros, aunque el proyecto no tuvo éxito por razones inmunológicas mal precisadas en ese momento. La era moderna en el trasplante surge en 1952 al ser descubierto el sistema mayor de histocompatibilidad, con el cual se conoce mejor la individualidad genética de las personas, y en 1954 cuando Joseph Murria realiza el primer trasplante renal en el Brigham Hospital de Boston. Junto a esto fue necesario que se desarrollara la inmunosupresión, ya que hasta el momento solo eran bien aceptados los trasplantes entre donantes y receptor idénticos. Este hecho posibilitó la utilización de los donantes cadavéricos. La realización de trasplantes causa un problema, porque si bien algunos órganos o funciones simples pueden ser sustituidos por equipos artificiales, y alrededor de ello la ciencia y la técnica realizan un denodado esfuerzo, la mayor parte de las veces resulta insuficiente o se hace imposible y entonces se impone la necesidad del remplazo por órganos o tejidos de familiares sanos. En ocasiones se utilizan los órganos de personas después de fallecidas, pero existen órganos como el corazón y el riñón que al soportar mal la falta del suministro de oxígeno en sus células se dañan rápidamente. En estos casos es preferible tomarlos de individuos cuya muerte haya sido diagnosticada por criterios neurológicos (la llamada muerte encefálica). En estos dos tipos de donantes existen ventajas e inconvenientes que afectan tanto al donante como al receptor, y la viabilidad y posibilidad de éxito, en cada circunstancia concreta, son los aspectos más importantes que habrán de tenerse en cuenta para la selección.

Problemas éticos, legales y sociales de los trasplantes. Las legislaciones nacionales suelen prohibir que la donación de órganos, cuya motivación debe ser el altruismo, se fomente por intereses económicos; por ello no se permite ninguna retribución al donante, de la misma manera que por afectar la integridad de la persona solo podrá verificarse para fines estrictamente terapéuticos. La preparación científica, el conocimiento y dominio de la técnica y la infraestructura necesaria para la realización del trasplante son exigencias reguladas

por las leyes y las normas de cada país. Las circunstancias han ido variando en los últimos años por la eficacia que han demostrado los trasplantes de órganos extraídos de un cadáver. Para muchos, estos donantes son más deseables que las personas vivas; en igualdad de circunstancias, recurrir a un difunto parece mucho más lógico al ser los beneficios prácticamente iguales sin ninguna desventaja para el donante. Otros dicen que no tiene sentido atentar, aunque sin graves consecuencias, contra la integridad de una persona, cuando el fallecido acaba de perder su vida y sus restos están destinados también a una destrucción inmediata. En épocas anteriores, la mutilación de un cadáver era considerada una especie de profanación; la iglesia católica no permitía la incineración. Motivos religiosos y sentimientos de respeto, como se dan en todas las culturas, inclinaban a conservar el cadáver en su integridad hasta el momento de la sepultura. La experiencia muestra que personas que se preocuparon poco por el difunto durante su vida se sienten obligadas a acompañarlo y alabarlo cuando ya esto no tiene ningún sentido. Este criterio ha cambiado en la actualidad y la donación es asumida como un acto de caridad cristiana; así está recogido en la XI Encíclica papal. Por vez primera el papa Juan Pablo II asistió a la inauguración de un Congreso Mundial en términos de medicina, precisamente el XVIII Congreso de Trasplante en septiembre de 2000 en Roma. Allí se refirió a aspectos de la muerte encefálica, la donación y el consentimiento informado de receptores y familiares de donantes. El problema mayor se centra en constatar con seguridad la existencia de la muerte. Si los criterios tradicionales, como la parada cardíaca o la ausencia de la respiración, perdieron su validez científica, hoy existen otros signos que ofrecen suficiente garantía. El carácter misterioso de la muerte y los sufrimientos que normalmente la preceden han motivado múltiples teorías y especulaciones sobre su causa y definición exacta, pero la mayoría de los autores contemporáneos la sustentan sobre bases neurológicas y se define en la actualidad como la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia. La finalidad primordial en el *donante cadáver* consiste en conservar los órganos en las mejores condiciones posibles hasta el momento de la extirpación, para facilitar el éxito del trasplante. Los miedos y reticencias que todavía existen, como si hubiera peligro de acelerar su fin por el deseo de realizar el trasplante no tiene ninguna justificación y pertenecen más bien al mundo de lo imaginario e irracional. Las mismas normas legales impiden con diferentes disposiciones que esta pura hipótesis se convierta alguna vez en realidad. En cuanto al *consentimiento del fallecido*, el difunto deberá haberlo manifestado antes de su

fallecimiento. Su voluntad, favorable o negativa, merece un profundo respeto, sin que nadie pueda cambiarla después, de acuerdo con sus propios gustos o sentimientos. En muchos países del primer mundo, en caso que no conste, sus familiares o la autoridad competente podrán permitir el trasplante para fines terapéuticos, ya que a diferencia de los vivos, la extirpación no constituye ninguna limitante de sus posibilidades. La postura parece correcta y éticamente aceptable. Con estas normativas en dichos países, cualquier persona sabe que, al no manifestar su negativa, se convierte por el mismo hecho en un donante potencial. En este problema relacionado con la donación de órganos, Cuba ha sentado un hito en la historia de la medicina universal. Casi el 80% de la población adulta del país expresó su conformidad con que sus órganos fuesen utilizados en caso de muerte. Alrededor de esto se debaten múltiples criterios, y gracias a la legislación actual sale publicada en la gaceta oficial la ley de muerte encefálica, aspecto este que se aplicaba en nuestros hospitales pero que queda muy bien definido a partir de 2001. La solución más eficaz debería lograrse por otro camino. Si la donación de órganos después de la muerte es un gesto de solidaridad con muchos necesitados y un remedio para mejorar su calidad de vida, o hasta su misma subsistencia sin ningún inconveniente para el donante, habría que despertar por todos los medios una conciencia social más profunda de la magnitud del problema. No hay derecho a que por ignorancia de la situación, indiferencia frente a situaciones graves y a veces dramáticas, o por una simple apatía y comodidad del que vive despreocupado porque no sufre personalmente o en algún ser querido la angustia de una espera, muchas personas estén condenadas a morir o a vivir con limitaciones importantes.

El trasplante renal. La problemática de los enfermos renales adquiere hoy una importancia particular. La insuficiencia renal crónica está considerada una epidemia aunque otros la consideran pandemia. Cada diez años se duplican en cada país el número de pacientes que están en tratamientos sustitutivos de la función renal, mediante la diálisis peritoneal o la hemodiálisis (riñón artificial). La causa de este incremento, sin que haya existido aún una meseta en ningún país, se debe a que las dos primeras causas que producen más de la mitad de la enfermedad son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambas con incidencias mayores cada año. Asimismo al aumentar la expectativa de vida, muchas personas dejan de morir más jóvenes y tienen más tiempo para entrar en este camino del remplazo de la función renal. La población en diálisis es cada día mayor y con edad avanzada en más del 50% de los casos, lo cual ha motivado que los programas de trasplante

renal cada día permitan mayor edad de sus receptores. El trasplante renal va siendo ya una práctica generalizada, que ha alcanzado un nivel de eficacia impresionante. Es la mejor solución para muchos pacientes cuya esperanza media de vida no sobrepasa los 10 o 12 años, y que necesitan la diálisis. Esta situación, como es comprensible, no solo dificulta la integración social del enfermo, sino que afecta también a otros niveles de su personalidad. Son enfermos crónicos y en un proceso de progresivo deterioro, dominados por la amenaza de la muerte y esclavos de una máquina que los sostiene durante algunos años, pero sin perder la esperanza de un trasplante como la única salida para su futuro. El trasplante renal es no solo mejor desde el punto de vista biológico sino también para asumirlo económicamente. La diferencia es sustantiva ya que un paciente en diálisis peritoneal o hemodiálisis cuesta alrededor de cuarenta y seis mil dólares por cada año en Estados Unidos, mientras que el trasplante renal cuesta sólo diecisiete mil en el primer año, y luego se abarata más al consumir menos medicamentos y ser cada vez más esporádicos los chequeos médicos y complementarios.

Desarrollo del trasplante renal en Cuba. Para Cuba, el abordaje del trasplante renal es también importante; de hecho se encuentra en primer lugar en cuanto a programas de toda Latinoamérica y en uno de los más importantes del mundo en cuanto al número de trasplantes realizados por millón de habitantes. Hoy día se han realizado alrededor de quinientos mil trasplantes renales en todo el mundo. En Cuba esta actividad importante comienza el 24 de febrero de 1970, liderada por el profesor Abelardo Buch López, al cual debe su nombre el Instituto de Nefrología. Para 2006 se habían efectuado tres mil quinientos trasplantes entre los nueve centros del país; de ellos mil doscientos se habían hecho en el propio Instituto. En todos esos años Cuba se encontró a la cabeza de los países de Latinoamérica por efectuar el mayor número de trasplantes por millón de habitantes, con donante cadavérico, gracias al sistema tan fuerte de obtención de órganos en muerte encefálica. En los últimos años se alcanzaron las tasas de realización más elevadas, oscilando entre diecisiete a veinte por millón de habitantes. Pero como sin donantes no hay trasplantes, Cuba ostentó también una de las seis primeras tasas de donación en todo el mundo en 2001, terminando 2005 con diecisiete donantes por millón de habitantes. Este logro no es tan solo en el campo de la medicina como práctica profesional, sino en el de la solidaridad humana, bajo el principio cardinal de que todo paciente tributario de dicho proceder lo reciba sin importar raza, sexo, profesión o nivel cultural, ya que la salud es un derecho del pueblo. Un conjunto de disciplinas tienen que vincularse para que la

actividad se desarrolle: cirugía, urología, anestesiología, psicología, anatomía patológica y nefrología, entre otras. Todas ellas sobre la base de la inmunología que trata de buscar una mayor compatibilidad entre donante y receptor, dado que el trasplante constituye una alteración de las leyes biológicas que posibilitan el surgimiento, desarrollo y conservación de la vida. Desde 1988 la selección de la pareja donante-receptor se hace de forma automática a los pacientes que se encuentran en métodos sustitutivos de su función renal. Se tienen en cuenta primero los criterios inmunológicos –grupo sanguíneo, compatibilidad HLA y % de sensibilidad–, a los cuales se suman aspectos como las prioridades sociales, o los niños o personas que no tienen vía de acceso vascular para las hemodiálisis y no podrían sobrevivir más que un corto período. La actividad de trasplante renal en Cuba se distingue de muchos otros países porque la moral de la sociedad refleja y fija a través de principios y normas de conducta el humanismo de las personas participantes alrededor del trasplante. La base económica determina los componentes de la superestructura, y no obstante, esta última tiene dialécticamente una independencia relativa. Cuba es un ejemplo claro de este fenómeno, ya que a pesar de una base económica aún subdesarrollada, el Estado socialista se preocupa por utilizar gran parte del Producto Nacional Bruto en el campo de la salud. Recientemente, para abordar la problemática de esta epidemia del siglo XXI, la insuficiencia renal, el Estado cubano ha incorporado la nefrología entre los programas priorizados de la revolución, porque sin este apoyo sería imposible mantener a ciento setenta y cuatro pacientes por millón de habitantes en métodos sustitutivos de la función renal distribuidos por todo el país, lo cual crece cada año. En este programa, se crearon quince nuevos servicios de nefrología (2004-2005) para llevar este tratamiento lo más cerca posible del lugar donde reside el enfermo, el cual vivirá allí el resto de su vida mientras espera un futuro trasplante en caso que sea un verdadero candidato. De esta forma se afirma el papel del Estado, que además de distinguir la insuficiencia renal como problema de salud la considera un problema político y social. Sobran ejemplos de países que no pueden afrontar todos estos tratamientos tan costosos y donde muchas personas mueren en etapas terminales de uremia al no ser abordados o no poder entrar en estos programas por causas económicas.

El binomio donante-receptor. En el trasplante renal existe una importante relación dialéctica en el binomio donante-receptor. Por un lado, se encuentra un paciente en estadio final de su enfermedad renal, que fija sus esperanzas en el trasplante como única forma de rehabilitación biopsicosocial; por

otro, el donante, con sus dos variantes, vivo y cadavérico. En el primer caso el donante procede por lo general de un familiar (emparentado) o de una persona emocionalmente relacionada (no emparentada). Estos tipos de donantes ponen de manifiesto un verdadero problema ético-legal donde intervienen no sólo leyes biológicas como fundamento básico del trasplante, sino también los factores sociales y morales. Muchos países han logrado trasplantar con mayor número de histocompatibilidades porque primeramente tienen un mayor grupo de receptores y las leyes de probabilidad son mayores. Además, se han creado grupos de intercambios de órganos entre países para hacer llegar un riñón más compatible a pacientes que desde el punto de vista inmunológico lo requieran, ya que sin esto les sería imposible el éxito, pese a las nuevas drogas inmunosupresoras. En Cuba no es posible realizar este intercambio por el momento, por situaciones inherentes a nuestra región, donde los países miembros, a pesar de la relativa cercanía, tenemos dificultades de transporte que impiden facilitar un intercambio de vísceras para trasplante, lo cual repercute en un tiempo de isquemia prolongado. Por otra parte, muchos de estos países no tienen un adecuado sistema de obtención de órganos, que descansa sobre todo en el donante vivo. Cuba cuenta con un sistema fuerte de obtención de órganos que permite la realización del trasplante con donante cadáver en más del 90% de los casos, y equipos multidisciplinarios que se encuentran trabajando ya en cuarenta y dos hospitales por todo el país. No obstante, se ha ido trabajando más con el donante vivo emparentado de primera línea (padres, hermanos e hijos); del 4% de los trasplantes de este tipo realizados en 1994 se llegó en 2005 a un porcentaje del 10%. Por consideraciones éticas, no existe relación entre el grupo que hace el diagnóstico de muerte por criterios neurológicos; lo maneja y realiza finalmente la nefrectomía, con el equipo encargado de hacer y seguir el trasplante renal. Una vez extraída la víscera se procede, por parte del segundo equipo con su centro coordinador nacional en el Instituto de Nefrología, a buscar luego del tipaje el mejor receptor dentro de este programa automático que tiene todas las variables y hace una selección mejor no sólo desde el punto de vista biológico sino también en el orden ético y de total transparencia. Al decidir un país qué tipo de donante utiliza en mayor grado –cadáver o vivo–, tiene en cuenta no solo aspectos de resultados biológicos buenos, como el uso del donador-cadáver con potentes inmunosupresores, sino que los factores religiosos y éticos de esa sociedad en particular lo llevan a un lado o el otro. El ejemplo más típico es Japón, donde no se acepta por la legislación ni por la

población obtener órganos de cadáveres. Debe decirse que con el curso de los años los trasplantes de donante cadavérico cada día tienen mejores resultados. No obstante, al compararlos con los trasplantes renales de donantes vivos relacionados, estos últimos ofrecen mayores expectativas en el mismo período. Son varios los factores que se señalan al respecto, pero en forma general se considera que el trasplante de cadáver es una operación de urgencia, con largos periodos de isquemia fría, con menor número de compatibilidades y un tiempo de espera del receptor en los planes de diálisis que a veces sobrepasan 2 y 3 años. El trasplante de donante vivo relacionado se efectúa con una cirugía electiva, con corta isquemia fría, mayor grado de compatibilidad y el tiempo de espera en métodos sustitutivos es menor y depende desde la decisión del receptor y su familia hasta que el equipo de trasplante lo realice. Para sintetizar el análisis sobre los donantes vivos, conviene distinguir dos realidades sociales y culturales diferentes: por un lado, un grupo de países desarrollados que tienen en común riqueza, alto nivel de rentas, sistemas desarrollados de protección social, seguros de enfermedad, disponibilidad general de diálisis, sistema sanitario avanzado y necesidades básicas cubiertas para toda la población, con programas de donantes cadavéricos bastante desarrollados y valores culturales definidos; por otro lado, el mundo en vía de desarrollo, donde falta todo lo anterior y el trasplante de donante vivo es la única alternativa a la muerte. Además, la miseria está generalizada, el nivel de justicia social es mínimo, carecen de sistemas de protección social, predominan las necesidades básicas, agua potable, comida, alcantarillado, y la ignorancia y pobreza extrema constituyen el caldo de cultivo. En estas circunstancias, la coacción adopta diversas modalidades, derivadas de la ignorancia (consentimiento no informado) y la pobreza extrema (consentimiento desesperado). En esas condiciones ha florecido el comercio de órganos con el escándalo consiguiente del mundo rico y la condena generalizada del ordenamiento jurídico de muchos países, de las sociedades de trasplante, de la Comunidad Europea y de la Organización Mundial de la Salud. Esta nefasta práctica médica es el resultado de la miseria creciente de una gran parte de la población, afectada cada vez más por las políticas neoliberales, que provocan, entre otros males, la falta de asistencia médica.

El donante vivo. Al inicio de los trasplantes de donante vivo, la actitud de los médicos fue expectante ante la duda por la mutilación de una persona sana; sin embargo, al evolucionar los resultados obtenidos con los trasplantes relacionados en muchos lugares del mundo, aumentó su práctica, como sucede en Estados Unidos. El uso del donante

vivo no relacionado se inició desde los primeros momentos del trasplante renal. Desde su comienzo fue rechazado por la comunidad de trasplante, debido a un alto grado de desconfianza sobre la motivación humana de este tipo de donante. Sin embargo, en la actualidad la comunidad de trasplante tiene opiniones diferentes y controvertidas, sobre todo cuando la Organización Mundial de la Salud recomendó utilizar solo donante vivo genéticamente relacionado. En Cuba no está permitido por la legislación el trasplante entre personas emocionalmente relacionadas; se exige tener compatibilidades, garantizando la transparencia de las selecciones, bajo leyes biológicas bien establecidas. De ese modo, en 1979 se efectuó el primer trasplante renal en Cuba entre hermanos gemelos. Desde entonces y hasta la fecha se han realizado casi trescientos, todos entre personas emparentadas. En el trasplante con donante los resultados en Cuba han sido mejores que con los de donante cadáver, e igualables a los de donantes vivos de otros países. Por el valor ético de este tipo de trasplantes se procura mantenerlos, luchando por incrementarlos pero permitiendo alteraciones biológicas de los donantes que pudieran implicar males en el futuro a ese donante que ha hecho un acto altruista y debe ser bien protegido. Por tener Cuba la tasa de trasplante más alta de Latinoamérica, con frecuencia sus servicios de salud reciben demandas para efectuar este tipo de práctica a extranjeros. Al respecto está bien definido que deben cumplirse las mismas reglas que la ley tiene para los ciudadanos cubanos, es decir, que el paciente extranjero debe viajar a Cuba con su donante francamente compatible. Se vuelven a estudiar estos casos para las moléculas HLA y si no hay compatibilidad, aunque sostengan ser parientes de primera línea, el trasplante no se efectúa. De esta forma se logran mantener los principios éticos que Cuba exige, evitando que cualquier otro tipo de trasplante sea mal interpretado como un negocio o un tráfico inconsciente de órganos. La donación de vivos no está ampliamente divulgada por los medios como el de la obtención con donante cadavérico. Cabe preguntarse cuál es la causa de esta no divulgación: si el respeto a los familiares, su voluntariedad o el temor a que un paciente necesitado de una víscera para vivir una vida normal pueda ejercer involuntariamente una coacción sobre los padres o hermanos, invocando una posible muerte si no le dan uno de sus riñones. Los casos no aceptados como tributarios de recibir un riñón de un donante vivo por consideraciones médicas o éticas se incluyen en el programa nacional de selección con donante cadavérico. Al referirse a este tipo de trasplante, Ortuño, nefrólogo español, señala: "... desde la perspectiva de los países ricos se propugna aumentar los trasplantes de vivo, liberalizando los

criterios de aceptación. Desde la perspectiva latinoamericana y de los países pobres, por el contrario, deben establecerse criterios más rígidos y restringidos, porque el empleo de donantes vivos no relacionados aumenta la posibilidad de explotación de los pobres, frecuentemente tentados a vender sus órganos antes de morir de hambre”.

Referencias

C. Stiller, R. Fox, J. Swazey et ál. Organ and tissue transplants. En W. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*,

1995, 4, pp. 1871-1894. - José Acosta. ¿Es la vida un valor absoluto? *Revista de avances médicos*. 1996, 3 (7), pp. 42-44. - S. Arce. *Avances en el trasplante de órganos y tejidos*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1989. - A. Mármol, R. Herrera. Organ procurement and renal transplantation in Cuba, *Transplantation Proceedings*, USA, 1996, 28 (6), 3358. - A. Martínez, R. Rivas, A. Mármol. Influencia del modelo español en la organización del programa de trasplante renal de Cuba, *Nefrología española* 2001, 21 (supl 4), pp. 148-49. - A. Mármol, R. Herrera. Ética del trasplante, reflexiones en el campo de la nefrología. En J. Acosta (ed.), *Bioética desde una perspectiva cubana*, 1997, pp. 246-253.