

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1994/1

**Metodología de los comités de bioética - Asignación
de recursos en la etapa terminal - Ética y ecología
- El Código deontológico de 1847 - Transformaciones
de la familia - La bioética y el humanismo
- Estadística sobre el aborto provocado
- Bioética y nuevas religiones**



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore, Roma

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en EQUUS Impresores, S.A. de C.V.
Calzada Azcapotzalco La Villa, Núm. 122
Col. Barrio San Marcos, C.P. 02020, México, D.F.

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52760
México D.F. C.P. 11000
A.P. 10-844
Tels. 589-90-00 y 589-22-26, Ext. 227 y 228

Dirección y Redacción en Roma, Italia:
Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

México: 150 nuevos pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Universidad Anáhuac. Apartado Postal 10-844, México D.F. 11000

Medicina y Ética.
Número de Registro de Marca 427526
Certificado de Licitud de Título 6655
Certificado de Licitud de Contenido 6923
Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo 1009-93; control 22235
Impreso en México. *Printed in Mexico.*
ISSN 0188-5022

[039 0793]

Porte pagado.
Publicación periódica.
Registro 0390793.
Características 210451118.
Autorizado por SEPOMEX.

1

VOLUMEN V NUMERO 1 ENERO-MARZO DE 1993

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

Adriano Bausola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Evandro Agazzi - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Francesco Introna - J.F. Malherbe
Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi - Angelo Serra
Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel, Lic. Verónica Rodríguez Struck

Colaborador de Edición: Dr. Manuel Sánchez de Carmona

Comité Editorial: Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Víctor Espinoza
de los Reyes - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Carlos Campillo
Serrano - Dr. Horacio García Romero

INDICE

EDITORIAL	7
Metodología de análisis de casos clínicos en los comités de bioética de los hospitales. <i>Gral. Brig. M. C. Tomás Gómez Maganda y Silva</i>	11
Asignación de recursos para la salud en la etapa terminal. <i>Dr. Alberto Lifshitz</i>	17
Ética y ecología. <i>Luis Miguel Pastor</i>	27
El código deontológico médico de 1847. <i>Francisco-Cristóbal Fernández Sánchez</i>	35
Transformaciones socioculturales de la familia y comportamientos relativos a la procreación. <i>Pierpaolo Donati</i>	55
La bioética y la humanización de las ciencias médicas. <i>Dr. José Kuthy Porter y Dra. Martha Tarasco Michel</i>	101
Algunos aspectos estadísticos sobre el aborto provocado. Variables médicas <i>Dra. María de la Luz Casas Martínez</i>	107
DOCUMENTACION	
Debate sobre filosofía. Bioética y nuevas religiones. <i>Laura Palazzani</i>	117

EDITORIAL

Con la preocupación por despertar la conciencia sobre las implicaciones morales de los servicios de salud, la Comisión Nacional de Bioética ha organizado el Comité de Bioética de Salud Pública y Seguridad Social, que tiene entre sus objetivos “fomentar la creación de comités de bioética en las unidades hospitalarias del Sistema Nacional de Salud, conforme a las recomendaciones de la Comisión Nacional...”

Por su parte, el Hospital Central Militar de México organizó, desde 1983, un comité de ética con una doctrina deontológica y técnica, que con el tiempo ha llegado a ser la “conciencia” de la Institución, lo que además le ha valido para cambiar su nombre al de Comité de Bioética. El Dr. Tomás Gómez Maganda, quien ha presidido dicho comité desde su fundación, expone la metodología empleada, que abarca tanto el análisis de los aspectos éticos, como los técnicos. Es importante señalar que esto es una aportación que se hace a la literatura del tema, ya que otros autores sólo citan en su metodología el análisis del aspecto ético.

Tanto el autor como el Comité Editorial de esta Revista, proponemos que, a pesar de la individualización de normas de cada hospital haga en su propio comité, se debe estandarizar una metodología común a todos. Además, es conveniente que los comités establezcan los lineamientos filosóficos que sustenten sus bases de discernimiento.

Aunque es difícil imaginar que en un comité de ética hospitalario se trate el tema de la asignación de recursos para la salud, este es uno de los grandes capítulos de la bioética. Por ello, el Dr. Alberto Lifshitz nos expone los criterios para tomar decisiones con respecto a este tema, insertándolo en una de las situaciones más difíciles de la vida, que es la etapa terminal. A diferencia de EE.UU., donde se ha venido empleando

el mayor porcentaje del presupuesto nacional para la salud en esta etapa, en México enfatizamos principalmente la medicina preventiva. Sin embargo, no podemos aplicar un criterio utilitarista, sino que debemos tener en consideración la dignidad de nuestros pacientes.

Otro tema de fundamental importancia en la actualidad es la ecología, en el que tendemos a olvidar que nuestro papel no sólo es pasivo para la resolución de estos problemas; es nuestra responsabilidad administrar el patrimonio humano que constituye la tierra. A este respecto, Luis Miguel Pastor señala en su artículo *Ética y ecología* las dos corrientes básicas de pensamiento respecto al problema. Concluye destacando que el hombre tiene la responsabilidad, así como el poder para conservar o destruir su entorno.

Las estructuras en las que se desarrolla el ejercicio de la medicina son múltiples, tanto en el plano médico, como en el legislativo y social, compartiendo así diversas responsabilidades.

Ahora bien, si estas estructuras, con la colaboración del paciente mismo, deben tender a buscar el bien del paciente, no debe olvidarse el deber de tutelar los derechos que salvaguardan la dignidad del hombre. El Dr. Fernández Sánchez indica que en la “ética del acto médico, la deontología profesional ocupa un lugar destacado”, y en donde “la redacción de los códigos deontológicos contemporáneos tienen como antecedente el código de 1847”.

Señala que algunas acciones médicas plantean serias discrepancias sobre la concepción del acto médico y que nos llevan a reflexionar si realmente se pueden justificar ciertas acciones como actos médicos.

Así, el riesgo de un positivismo deontológico y la escasa formación de la conciencia del médico en relación a la dignidad favorece que olvidemos que la base y la meta del actual médico es la búsqueda del bien integral de la persona.

Pierpaolo Donati examina las transformaciones socio-culturales a las que se ha enfrentado la familia italiana en los últimos años y el comportamiento de los cónyuges respecto a la procreación como un análisis del efecto de implosión demográfica que vive Europa. Su artículo es el fruto de una investigación sobre las modificaciones en la relación interfamiliar y de los miembros de la pareja procreativa. Sostiene que la procreación es una estrategia familiar.

Entre las actitudes paradójicas respecto a la procreación, señala que existe una ambivalencia en la actitud de desear un hijo a toda costa contra evitarlo. También indica que en la actualidad la procreación es una actitud individual y no familiar, y que se le considera un hecho artificial y patológico.

El autor propone una mayor educación hacia la humanización de la procreación, en donde se reconozca al hijo como persona, para evitar caer en una problemática que no sólo se refiere al déficit económico, sino a las serias consecuencias sociales. Este problema, resume, se debe a que se ha desligado la sexualidad de la procreación.

Consideramos que la seriedad del artículo, donde se revisa una extensa bibliografía, lo configura como una publicación digna del estudio individual posterior.

Escuchamos con frecuencia el hecho que la tecnología ha superado al desarrollo de la deontología médica, sin embargo, esta se ha basado en el principio filosófico general del reconocimiento y respeto de la dignidad de la persona. Por ello, es importante que, como es señalado por los doctores Kuthy y Tarasco, la actualización de la misma se dirija a la búsqueda del bien integral de toda la persona y de todas las personas.

María de la Luz Casas nos explica que no dejan de llamar la atención las cifras que se reportan sobre muerte materna por causa de complicaciones en un aborto provocado. Las cifras no oficiales fluctúan entre los 100,000 y 500,000 casos anuales en México, sin embargo, en 1990 se reportaron 22,364 muertes de mujeres en edad fértil, causadas por la totalidad de causas posibles. El sector médico tiene un compromiso ético de decir la verdad, no sólo a cada uno de sus pacientes, sino también a la sociedad que ellos constituyen. Por ello, la autora nos conmina a fundamentar, en la medida de lo posible, la publicación médica y que en este tema en concreto se consideren cifras oficiales para poder obtener conclusiones veraces.

Por último, en este número se presenta un interesante reportaje en el Debate sobre filosofía, respecto al enfoque bioético de las diversas religiones. Si bien la ética no está directamente relacionada con la religión, existe una confluencia mutua en la moral. La mayoría de las religiones defienden la vida y tienen una concepción del hombre global, pero con importantes diferencias entre sí, que se reflejan en los aspectos

concernientes al inicio y al fin de la vida, así como lo relativo a técnicas de manipulación de órganos. La exposición de la Dra. Laura Palazzani al respecto nos esclarece las opiniones de Spinsanti y AA.VV. sobre la postura de las diversas religiones frente a los problemas de bioética, y proporciona una base para profundizar en su estudio.



Página del registro del apotecario de Basilea, 1645

Metodología de análisis de casos clínicos en los comités de bioética de los hospitales

*Gral. Brig. M. C. Tomás Gómez Maganda y Silva**

Resumen

Los comités hospitalarios de ética son grupos multidisciplinarios que se ocupan de la docencia, investigación y consulta asociadas con los dilemas éticos que surgen durante la práctica de la medicina hospitalaria. En 1983, el Hospital Central Militar de México organizó un comité de ética, con la doctrina deontológica y técnica, el cual, con el tiempo, llegó a ser la conciencia de la institución, y a cuya metodología se refiere este artículo.

El desarrollo tecnológico de la medicina, acelerado e incontenible; los cambios en la estructura de la sociedad; el cambio en los enfoques filosóficos acerca de la conducta humana (ethos); la toma de decisiones políticas y económicas en la aplicación de los recursos para la atención de la salud; la ingeniería genética; el desarrollo de los transplantes, y la degradación ambiental originada por el hombre son algunos de los factores que han determinado el cambio de la ética tradicional a la bioética actual como ciencia filosófica, que tiene como meta la preservación y mejoría de la vida del planeta.

La bioética se transforma, rápidamente, de una simple y utópica especulación filosófica a una obligación estatal internacional. Los

* Profesor emérito de la Escuela Médico Militar. Profesor Titular del Curso de Gastroenterología para graduados. Escuela Militar Graduados de Sanidad. Coordinador Técnico del Hospital Central Militar. Presidente del Comité de Bioética del Hospital Central Militar.

gobiernos comprenden que es imperioso actuar para la solución de la problemática enunciada, así sea parcial, si es que de verdad se desea la supervivencia del hombre y su entorno. El Gobierno de nuestro país, a través de la Secretaría de Salud (específicamente del Consejo de Salubridad General), ha creado la Comisión Nacional de Bioética en México, la cual tiene como objetivo “estudiar e investigar la temática en todos los aspectos relativos a la vida, la salud, el bienestar y seguridad social, la lucha incesante por la justicia y la honradez profesionales, así como el respeto a los Derechos Humanos y a la dignidad de la persona”.¹

Dentro de la Comisión Nacional de Bioética se encuentra, en fase de organización, el “Comité de Bioética, Salud Pública y Seguridad Social”, el cual incluye entre sus programas de trabajo propuestos: “fomentar la creación de comités de bioética en las unidades hospitalarias del Sistema Nacional de Salud, conforme a las recomendaciones de la Comisión Nacional. Además, propone como estrategias avanzar en forma progresiva 1) en bioética educativa, para despertar la conciencia sobre las implicaciones morales de los servicios de salud; 2) en bioética normativa, donde se expresen los lineamientos morales que sirven de marco de referencia a la acción, y finalmente 3) bioética aplicativa en sus dos variantes: una de carácter individual sobre estudio de casos clínico-éticos y otra, de connotación más amplia, en el respeto de los Derechos Humanos”.²

“Los comités hospitalarios de ética son grupos interdisciplinarios que se ocupan de la docencia, investigación y consulta asociadas con los dilemas éticos que surgen durante la práctica de la medicina hospitalaria. La aparición de esta figura institucional tuvo su origen en la problemática de las nuevas tecnologías médicas y en una nueva conciencia social orientada hacia la evaluación de tratamientos prolongados, decisiones de no tratamiento a recién nacidos con malformaciones graves y otras deliberaciones de índole ética. En 1982 solamente el 1% de los hospitales de los Estados Unidos tenían comités de este tipo”,³ sin embargo, en 1983, el Hospital Central Militar de México organizó y puso en funcionamiento su Comité de Ética -no podría afirmar ni negar si por esas fechas existía otro en el país. El comité inició sus funciones, muy apegado a la definición de Crandford y Duodera, como “grupo multidisciplinario de profesionales de la salud dentro de una misma institución que cumplen la función de dirigir los dilemas éticos que ocurren dentro

de la institución”,⁴ con una doctrina de tipo deontológica-técnica, y que con el tiempo llegó a convertirse en lo que McIver Gibson llama “la conciencia de la institución”.

Aunque en su inicio se ocupaba primordialmente del análisis de los problemas de la relación médico-paciente, pronto empezó a abordar lo concerniente al manejo de los pacientes neurológicos irrecuperables, a los trasplantes de órganos, a la investigación en humanos, a los cuidados intensivos y a la muerte digna. Su actuación honesta, imparcial y justa le fue ganando el respeto de las autoridades hospitalarias y militares.

Drane hace una excelente revisión de los diferentes métodos utilizados para el estudio de problemas de ética clínica, como el de Jonsen, Singler y Winslade; el del propio Drane, en Estados Unidos, y el de Sass en Alemania (autor principal del Protocolo de Bochum, apoyado por Mainetti).⁵

De una manera empírica, nosotros empezamos, en 1983, a estudiar los problemas que se le planteaban al comité siguiendo un método que incluía: 1) descripción del caso; 2) investigación de los hechos; 3) búsqueda y aporte de pruebas; 4) toma de declaraciones verbales y escritas de todos los involucrados en el problema; 5) análisis de los valores éticos en conflicto de cada una de las partes involucradas o afectadas; 6) determinación de medidas que protejan el mayor número de valores; 7) elección de las más viables; 8) redacción de las conclusiones; 9) formulación de recomendaciones y 10) seguimiento de los resultados. Este método es muy similar al que publicaban por esas fechas Pellegrino y Thomasma.⁶ La diferencia fundamental estriba en los puntos 2, 3, 4, 5 y 10 que no se contemplan en el método de Pellegrino, diseñado exclusivamente para el estudio ético del problema. Nuestro comité estudia a fondo, también, el aspecto técnico, debido a que la mayor parte de las quejas que recibimos mezclan supuestas fallas técnicas con aparentes fallas éticas. Nuestro comité, en sus conclusiones, indica y comprueba si hubo fallas técnicas en el manejo de los casos y, si las hubo, recomienda las medidas pertinentes para evitarlas. Al analizar y juzgar la actuación técnica de los médicos, enfermeras y resto del personal surgen, de manera natural y lógica, las recomendaciones aplicables al caso.

El comité cumple así con su papel de asesoría al mando. Al detectar fallas técnicas y comunicarlas a los involucrados (médicos, enfermeras,

etc.) se recomiendan las soluciones, lo cual constituye una forma de educación continua para el perfeccionamiento de normas que mejoren la atención a los pacientes y, al vigilar su cumplimiento, se previenen conflictos posteriores. Las recomendaciones relacionadas con lo ético en ocasiones, llegan a la eliminación de elementos que no se consideran dignos de pertenecer a la institución.

Por otro lado, cuando a partir del análisis de un problema se llega a la sospecha o confirmación de hechos ilícitos, el comité se declara incompetente para conocer los mismos y recomienda la intervención de las autoridades judiciales del fuero militar o civil según el caso, recomendación que siempre ha sido aceptada por la dirección del hospital.

Dado que nuestro comité, a lo largo de sus 10 años de labores, estudiaba de hecho muchos de los aspectos de lo que actualmente se conoce como bioética, solicitó y obtuvo la autorización de la dirección para cambiar su denominación de Comité de Ética a Comité de Bioética, con una organización y funcionamiento acorde a las modernas corrientes de esta ciencia (cuya descripción escapa al tema de este artículo) siendo, creo yo, el primero en su tipo en nuestro país.

Es mi opinión que la organización de comités de bioética en todos los hospitales, oficiales y particulares, es indispensable para el funcionamiento de los mismos, con las modalidades propias de cada uno, pero con una base general de organización. Aunque sus funciones son de asesoría, pues no es un órgano ejecutivo, la presión moral que ejercen en todos los elementos humanos que integran el equipo médico redundan, necesariamente, en una mejoría de la calidad y calidez de la atención y en la prestación de los servicios. Además, se incrementa la confianza de los solicitantes de servicios, que confirman que todos los problemas son estudiados imparcialmente y que las decisiones no son unilaterales, sino producto de las deliberaciones de un órgano colegiado de alto prestigio en lo profesional técnico y de reconocida limpieza ética.

Referencias bibliográficas

- ¹ VELASCO SUAREZ, M., *Significado y proyección de la Comisión Nacional de Bioética en México*, Boletín del Consejo de Salubridad General, 1993, 3, 2: 9.

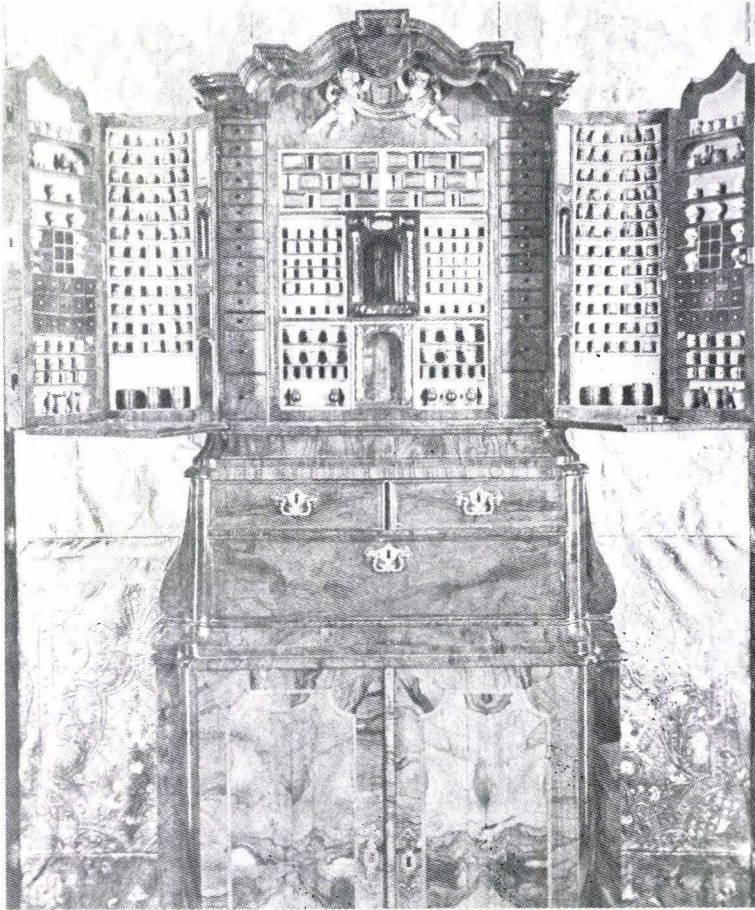
² *Fundamentaciones Bioéticas en Salud Pública y Seguridad Social*. Documento presentado por el Comité de Bioética, Salud Pública y Seguridad Social a la Comisión Nacional de Bioética, julio de 1993.

³ TEALDI, J.C.; MAINETTI, J.A., *Los comités hospitalarios de ética*, Bol. of Sanit. Panam. 1990, 108 (5-6): 43.

⁴ CRANDFORD, R., DUODERA, A., *The emergence of institutional ethics committees*, en TEALDI, J.C., MAINETTI, J.A., *Los comités hospitalarios de ética*, Bol. of Sanit. Panam. 1990, 108 (5-6): 43.

⁵ DRANE, J.F., *Métodos de ética clínica*, Bol. of Sanit. Panam. 1990, 108 (5-6): 415-424.

⁶ PELLEGRINO, E.; THOMASMA, D., *A philosophical basis of medical ethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1981.



Armario farmacéutico del Colegio Farmacéutico de Delfos

Asignación de recursos para la salud en la etapa terminal

*Dr. Alberto Lifshitz**

Resumen

Quienes trabajan en el área de la salud, particularmente los médicos, se enfrentan frecuentemente a la disyuntiva de la distribución de recursos. En este artículo, el Dr. Lifshitz nos da una clara visión de cómo deben ser manejados dichos medios sin transgredir los valores éticos que exige la dignidad, tanto del personal de salud como del paciente, abordando específicamente la problemática de la asignación de recursos en los pacientes terminales.

Introducción

El grado de evolución alcanzado por las sociedades de fines del siglo XX ha enfrentado a sus integrantes con dilemas nunca antes imaginados. La intuición y el sentido común, que habrían sido suficientes en el pasado, no parecen serlo ya para muchas de las intrincadas decisiones que caracterizan a esta era.

La complejidad del proceso ha conducido, incluso, al desarrollo de una teoría de las decisiones y de un camino metodológico (que tiene su

* Jefe de Servicios de Educación Médica del IMSS. Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

mejor expresión en el análisis de decisiones), en el que se incorporaron la estimación del valor de los desenlaces y el cálculo probabilístico de las consecuencias de cada selección. Su aplicación en medicina, para resolver tanto dilemas técnicos como encrucijadas éticas, ha aportado procedimientos que incuestionablemente ayudan a resolver casos difíciles.

El título de esta presentación anticipa el examen de uno de los problemas en la administración de la salud: la necesidad de distribuir equitativamente los recursos y, en particular, qué parte de ellos se puede y debe aplicar a pacientes durante la etapa terminal de sus enfermedades.

La designación de “etapa terminal” se utiliza, con cierta laxitud, para referirse a los pacientes con una enfermedad en última instancia letal y se distingue del “moribundo” en el que los sistemas orgánicos del paciente están, literalmente, desintegrándose de manera rápida e irreversible. Está claro que ambos términos son imprecisos, por lo que este escrito define a la etapa terminal como aquella en la que, a juicio de los expertos, existen señales que anticipan que la vida del paciente ha terminado aunque momentáneamente, sus sistemas orgánicos parezcan indemnes.

Muchos de los conceptos que se expondrán pueden aplicarse también a los pacientes moribundos. Por su parte, el *Manual de ética del American College of Physicians*,¹ considera pacientes con enfermedad terminal a aquellos cuya condición se considera irreversible, independientemente de que reciban o no tratamiento, y que es muy probable que mueran en un período de 3 a 6 meses. Los recursos que requieren estos pacientes suelen ser los de tratamiento paliativo, incluyendo los necesarios para el alivio del dolor, apoyo social y psicológico; eventualmente radiación, cirugía o antibióticos si ayudaran a mitigar el sufrimiento, y otras medidas antisintomáticas.

Los cuestionamientos éticos no nacen, obviamente, de la decisión de prescribir o no estas medidas, pues el más elemental sentido común las apoya sin duda alguna, sino del hecho de que los recursos para la atención médica siempre son limitados, aun en los países ricos, y que su asignación a un área siempre entraña la necesidad de hacerlos escasear en otra.

La economía y la salud

La tradición médica tiende a soslayar los costos de la atención en favor de los valores superiores que defiende. ¿Qué tanto importan unos pesos más o menos ante la posibilidad de salvar a alguien de la muerte o de restituirle su salud? El médico ha sido educado para menospreciar los aspectos económicos de su práctica, lo que, por cierto, han aprovechado por quienes hacen un productivo negocio de la atención de la salud, lo que contribuye a encarecer la atención médica.

Sin embargo, cada vez está más claro que la medicina no puede ejercerse sin una conciencia de sus costos. La atención médica es cada día más costosa, de manera que la amenaza de dejar desprotegido a un mayor segmento de la población es cada vez más real. La necesidad de establecer estrategias para distribuir equitativamente los recursos para la atención de la salud, aunque siempre ha existido, es hoy en día imperativa y para ello el concepto de equidad resulta crucial. Para propósitos de este escrito, la equidad a la que se aspira es la de proporcionar a cada quien lo que necesita, pero no más de lo que necesita, sobre todo si ello va en perjuicio de terceros.

La desproporción entre las necesidades y los recursos ha sido el origen de las disciplinas administrativas. Si existieran suficientes recursos para cubrir todas las necesidades, estas materias no tendrían razón de ser. La economía moderna, considerada como la ciencia de la asignación eficiente de los recursos, ha evolucionado aparentemente neutra respecto de los criterios éticos. No obstante, partiendo del principio de que el racionamiento de la asignación de recursos influye en el comportamiento real de los miembros de la sociedad, la economía no puede dejar de conceptuarse como una ciencia social y no puede dejar de tomar en cuenta, en forma explícita, las consideraciones éticas que afectan a la conducta humana.²

Siempre que se otorga atención médica se incurre en costos. Estos muchas veces son pagados por los pacientes, sus familiares, los seguros públicos o privados y otros son subsidiados por instituciones o individuos. La tradición asume que los pacientes pagarán el costo de su atención y en el caso de que no puedan pagarlo podrá subsidiarse por el Estado o por la caridad, ya sea de los propios médicos o de las instituciones. Conforme los costos son asumidos por los seguros, las instituciones o el

Estado, médicos y pacientes tienden a despreocuparse de ellos, a hacerse menos responsables y menos conscientes de su importancia. Recientemente, han surgido fuerzas sociales y políticas que han obligado a instrumentar estrategias de contención de costos ante los riesgos de despreteger a sectores muy importantes de la población.³ Estas estrategias se basan, fundamentalmente, en la calidad de la atención médica y en la productividad.⁴

El reconocimiento de las responsabilidades éticas del dispendio no ha arraigado tan fuertemente entre el personal para la atención de la salud como la preservación de los valores propios de sus profesiones, en el sentido de que perciben más claramente las necesidades inmediatas del paciente ubicado en el presente y desatienden, o no distinguen, las de los pacientes futuros.

La distribución de los recursos escasos ha sido llamada en ocasiones “racionamiento”⁵ e incluye tanto la distribución basada en las fuerzas del mercado, un tanto azarosa, como a aquella más planeada, que sigue criterios y prioridades.

La atención médica ha sido siempre un recurso escaso y el racionamiento se ha dado frecuentemente sin planeación, de manera de que quien pueda pagarla, directa o indirectamente, es quien tiene acceso a ella, es decir, el criterio implícito es el económico. En algunas sociedades, los criterios de distribución empiezan a ser más explícitos y constituyen una de las preocupaciones más importantes de los ministerios de salud. En todo caso, se saldría de los propósitos de este escrito profundizar en torno a las políticas de salud y su relación con la bioética, por lo que el resto de la discusión se centrará, más bien, en el nivel individual, esto es, en las consideraciones bioéticas en torno a las decisiones para el uso de los recursos que tienen que hacer los médicos, individualmente, ante los pacientes concretos.

El médico y el uso racional de los recursos

La atención médica es una actividad compleja que exige al facultativo poner en juego todas sus habilidades para ofrecer lo mejor de su arte a cada paciente. La mejor atención médica implica una óptima calidad técnica y demanda libertad para tomar decisiones diagnósticas y terapéu-

ticas: ofrecer al paciente lo mejor posible, sin limitaciones. Este enfoque suele excluir los costos, pues los médicos tienden a concederles un peso relativo muy inferior al de la alta calidad técnica y al de la libertad para decidir. Ofrecer al paciente lo mejor posible, sin reparar en costos, parece ser una máxima de la medicina de todos los tiempos. El sentido común acepta fácilmente esta subordinación de los costos a los valores supremos de la medicina, sin embargo, hay que admitir que esta bandera se ha utilizado con frecuencia para cometer abusos en su nombre y que las implicaciones éticas del derecho no son menores que las de la cicatería. La magnitud del problema relacionado con los altos costos de la atención médica tiene que medirse en términos relativos, de modo que lo que hay que evitar son los gastos innecesarios.

Los gastos innecesarios y el paciente terminal

Casi todas las decisiones médicas ante el paciente terminal representan un conflicto bioético, en el que suele haber diversidad de interpretaciones debido a las numerosas variables que es preciso tomar en cuenta.^{6,7} Un avance importante ha sido el reconocimiento del principio de autonomía, definida como el derecho del paciente a ser un participante activo y completamente informado de todos los aspectos de las decisiones médicas que le conciernen⁸ y dejar de ser tan sólo el obediente ejecutor de las órdenes del médico, que caracteriza al modelo paternalista. Ciertamente la autonomía tiene sus límites,⁹ entre ellos la competencia, es decir, la capacidad del paciente para comprender y asimilar la información acerca de tratamientos, pruebas, riesgos, beneficios, resultados probables y alternativas que se le plantean.¹⁰ La opinión del paciente resulta una valiosa guía para seleccionar entre varias alternativas, pero en la etapa terminal muchas decisiones tienen que tomarse ante pacientes incompetentes, y por ello es preciso recurrir a una toma de decisión subrogada,¹¹ que puede ser la de amigos o familiares del paciente y no es raro que sea el propio médico quien tenga que asumir este papel.

Un concepto que resulta fundamental para tomar decisiones relacionadas con la aplicación de recursos ante el paciente terminal es lo que se designa con la expresión “futilidad médica” (del inglés

“*medical futility*”).¹² En español la palabra “futilidad” significa “poca o ninguna importancia de una cosa”, por lo regular, de discursos y argumentos”, y el adjetivo “fútil” se aplica a lo que es “de poco aprecio o importancia”.¹³ En el terreno bioético, se considera fútil cualquier esfuerzo para alcanzar un resultado que es posible, pero que la razón o la experiencia sugieren que es altamente improbable y que no se producirá sistemáticamente.¹⁴

Desde el punto de vista tanto ético como legal, los tratamientos fútiles no son obligatorios. Asumiendo que el objetivo de cualquier tratamiento es mejorar el pronóstico, la comodidad, el bienestar o el estado general de salud del paciente, la terapéutica que no sea capaz de producir este beneficio, aun cuando produzca un efecto mensurable, puede considerarse fútil.

Queda claro que no pueden considerarse equivalentes los términos efecto y beneficio, pues no se trata sólo de lograr una consecuencia sobre la anatomía, fisiología o bioquímica del paciente, sino que se trata de mejorarlo como un todo. A nadie se le ocurriría tratar un absceso hepático con anticoagulantes, pues a pesar que los anticoagulantes tienen un efecto evidente, impidiendo la formación de fibrina, no son capaces de producir ningún beneficio a un paciente con absceso hepático. De manera similar, el apoyo nutricional puede, efectivamente, preservar algunos sistemas orgánicos de un paciente en estado vegetativo persistente, pero es incapaz de restaurar la vida consciente.

Una acción fútil es aquella que no puede alcanzar sus objetivos, no importa cuánto se intente. La probabilidad de falla puede ser predicha en virtud de la naturaleza intrínseca de la acción propuesta, pero también puede hacerse evidente sólo después de muchos intentos fallidos. El término no se refiere a las acciones imposibles, a las evidentemente inútiles ni a aquellas tan complejas que, aunque teóricamente posibles, son muy improbables, ni se refiere a las acciones simplemente excepcionales por la frecuencia con que tienen que realizarse.

También debe distinguirse de la desesperanza. La futilidad se refiere a la cualidad objetiva de una acción, mientras que la desesperanza describe una actitud subjetiva. La esperanza y la desesperanza se relacionan más con los deseos, la fe, la negación, el ánimo o el desánimo, la ilusión, el anhelo, la actitud de optimismo o pesimismo, y no tanto con la probabilidad objetiva de que las acciones planeadas puedan tener

éxito. Incluso cabe la posibilidad de aceptar la futilidad de una acción, pero continuar con la esperanza.

Es muy importante mencionar que la noción de futilidad no nace de consideraciones en torno a la escasez de recursos, sino que se trata de un atributo que es propio de la acción misma y que surge de experiencias objetivas que estiman probabilísticamente sus posibilidades de éxito. La determinación de la futilidad de una acción no depende de una interpretación personal, sino del conocimiento establecido; no debe calificarse como fútil una acción que no va a poder realizarse por falta de recursos, sino aquella que tiene muy pocas probabilidades de ser efectiva, aun contando con los recursos para llevarla a cabo.

La importancia del concepto de futilidad en las decisiones ante un paciente en estado terminal es evidente; baste subrayar que no resulta conveniente utilizar recursos en acciones fútiles y que no es éticamente válido derivar hacia ellas los escasos recursos que se escatiman a las acciones útiles destinadas a otros pacientes.

Racionamiento

A pesar que racionalidad y racionamiento tienen etimología común expresan ideas claramente diferentes. Mientras que la primera denota el uso de la razón, la segunda se refiere a la distribución de raciones y supone restricciones en esta distribución. Aunque se tenga la aspiración de otorgar a todos los pacientes todos los recursos que se puedan obtener, lo cierto es que los médicos tienen que racionar sus servicios, en virtud de que tienen muchos pacientes que atender.

La forma más fácil y menos problemática de racionar es la de evitar actividades inútiles, innecesarias o fútiles. De este modo, los recursos escasos y costosos dejan de derrocharse en pacientes que no se beneficiarán con ellos y esto puede constituir una obligación ética para los médicos. Otras formas de racionamiento han incluido los criterios económicos o de prioridad en la demanda que suelen ser los que prevalecen aunque sean éticamente cuestionables. El que tiene acceso a los recursos es quien tiene con qué pagarlos o el que los solicita primero, y al respecto se ha propuesto una asignación al azar, más como una forma de eludir la responsabilidad de la decisión que como una alternativa

éticamente válida. Recientemente, en Inglaterra, ha surgido una fuerte discusión en torno a la distribución de los recursos para la atención de la salud, a raíz de que se negó la oportunidad de una revascularización miocárdica a un paciente de 47 años por el hecho de que era fumador; el paciente falleció poco después de haber dejado de fumar.¹⁵ Los militares, por su parte, han establecido reglas de prioridad durante la guerra, que en los últimos tiempos se han extendido a otras circunstancias, como terremotos y huracanes. El término francés para referirse a esta selección de prioridades, derivado de las guerras napoleónicas, ha sido el de *triage*,¹⁶ cuyas reglas señalan que “la atención médica ha de darse, primero, a los ligeramente lesionados, para que rápidamente puedan retornar al servicio; en seguida a los más seriamente lesionados, que demanden resucitación o cirugías inmediatas, y al último a los heridos sin esperanza o los muertos al llegar... El cirujano militar debe gastar sus energías en el tratamiento sólo de aquellos cuya supervivencia parece probable, en armonía con los objetivos de la medicina militar, que se ha definido como ‘hacer el máximo bien al mayor número’ en el lugar y tiempo adecuados”.

Esta forma de establecer prioridades se relaciona con el utilitarismo, al propiciar que retornen a la batalla aquellos que se requieren para la victoria. Las sociedades de hoy en día, orientadas hacia la productividad, suelen aplicar criterios semejantes, de modo que orientan sus recursos hacia los individuos que les resultan más rentables. Esta perspectiva considera que lo que hace que un acto sea éticamente correcto es, precisamente, que origine el mayor bien al mayor número de personas.¹⁷ Un principio parecido se ha utilizado en la discusión del dilema clásico sobre elegir entre la vida de la madre o la del niño que lleva en su matriz.

La dignidad humana

En oposición al enfoque utilitarista se encuentra el respeto a la dignidad del ser humano, que excluye el valor relativo de cada persona. “Obra, tanto en tu persona como en la persona del otro, considerando a la humanidad siempre como un fin y nunca sólo como un medio” prescribía Kant, “lo que tiene un precio puede ser sustituido por cualquier cosa equivalente; lo que es superior a todo precio y que, por tanto, no permite

equivalencia alguna, tiene una dignidad”¹⁸. Este enfoque no le asigna valores diferentes a los hombres, y el paciente terminal, que desde la perspectiva utilitarista ocupa la última prioridad, mantiene su dignidad como persona.

El paciente en etapa terminal tiene necesidades que han de ponderarse en su justa medida y conserva su cualidad de ser humano. Su pronóstico no lo excluye de la necesidad de atención, tan sólo modula las características que esta debe tener. La asignación de recursos se fundamenta en estas necesidades y no en el menosprecio del enfermo, al considerarlo como un ser socialmente inútil y parasitario, tal y como han catalogado los enfoques utilitaristas también a los ancianos, a los enfermos mentales y a los económicamente desvalidos. Si se atiende a cada quien según sus necesidades, forzosamente se evita el dispendio, que es lo que resulta éticamente condenable.

Desde luego, la identificación de las necesidades del paciente en etapa terminal suele tener sus dificultades. Las preferencias y demandas del propio paciente, en ejercicio de su autonomía, pueden resultar contribuciones valiosas para esta identificación, al igual que los principios básicos de beneficencia y de no maleficencia, que prescriben en favor de aliviar los síntomas, el dolor y el sufrimiento y de evitar mayores daños. Los recursos aplicados con estos propósitos nunca serán derrochados y resultan tan justificables desde el punto de vista ético como los que aspiran a prevenir enfermedades o a restaurar los daños a la salud. El secreto está en la distinción objetiva entre lo humano y lo que no lo es, entre las personas y las cosas, entre lo vivo y lo muerto, entre efecto y beneficio, entre gasto y dispendio, entre lo útil y lo fútil.

Referencias bibliográficas

¹ ACP Ethics Committee, *Ethics manual*, 3a. ed., American College of Physicians, Filadelfia, Pensilvania, 1993: 19-20.

² SEN, A., *Sobre ética y economía*, Alianza Editorial, México, 1991: 152.

³ GONZALEZ-GONZALEZ, E., *Factores controlables en la contención de costos en la seguridad social*, en la Comisión Americana Médico-Social de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social: Contención de costos y desarrollo gerencial de las instituciones de seguridad social, CIESS, México, 1992: 33-44.

⁴ RUELAS-BARAJAS, E., *Relación entre calidad, productividad y costos*, en la Comisión Americana Médico-Social de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social: Contención

- de costos y desarrollo gerencial de las instituciones de seguridad social, CIESS, México, 1992: 51-66.
- ⁵ JONSEN, A.R., SIEGLER, M., WINSLADE, W.J., *Clinical ethics*, McGraw-Hill, EE.UU, 3a ed.: p. 139.
- ⁶ PEARLMAN, R.A., INUT, T.S., CARTER, W.B., *Variability in physician bioethical decision-making*, Ann. Intern. Med. 1982; 97: 420-9.
- ⁷ WACHTER, M., LUCE, J.M., HEARST, N., LO, B., *Decisions about resuscitation: inequities among patients with different diseases but similar prognoses*, Ann. Intern. Med. 1989; 111: 525-32.
- ⁸ PELLEGRINO, E.D., *La relación entre autonomía y la integridad en la ética médica*, Bol. of Sanit. Panam. 1990; 108: 379-90.
- ⁹ FRIED, T.R., STEIN, M.D., O'SULLIVAN, P.S., BROCK, D.W., NOVACK, D.H., *Limits of patient autonomy*, Arch. Intern. Med. 1993; 153: 722-8.
- ¹⁰ BRENNAN, T.A., *Incompetent patients with limited care in the absence of family consent. A study of socioeconomic and clinical variables*, Ann. Intern. Med. 1988; 109: 819-25.
- ¹¹ AMERICAN THORACIC SOCIETY, *Withholding and withdrawing life sustaining therapy*, Ann. Intern. Med. 1991; 115: 478-85.
- ¹² SCHNEIDERMAN, L.J., JECKER, N.S., JONSEN, A.R., *Medical futility: its meaning and ethical implications*, Ann. Intern. Med. 1990; 112: 949-54.
- ¹³ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la Lengua Española*, 20a Ed. Espasa-Calpe, España, 1984.
- ¹⁴ SCHNEIDERMAN, L.J., JECKER, N.S., JONSEN, A.R., *Medical futility: its meaning and ethical implications*, Ann. Intern. Med. 1990; 112: 949-54.
- ¹⁵ HALL, C., ERNSBERGER, R., *'Playing God' in the hospital*, Newsweek, 1993 (Aug. 30); 122 (9): 44.
- ¹⁶ JONSEN, A.R., SIEGLER, M., WINSLADE, W.J., *Clinical ethics*, McGraw-Hill, EE.UU, 3a ed.: 142.
- ¹⁷ PENCE, G.E., *Ethical options in medicine*, Medical Economics Company, Nueva Jersey, 1980: 37.
- ¹⁸ ABBAGNANO, N., *Diccionario de Filosofía*, 2a ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

Ética y Ecología

*Luis Miguel Pastor**

Resumen

La tierra es patrimonio humano y como tal debe ser cuidada por el mismo hombre, ya que a diferencia de otros seres, es el único que tiene ese poder, o bien el de destruirla. Este es el fundamento de su responsabilidad moral frente a estos bienes. La tierra se nos ha dado por el Creador, y el descuido y los malos tratos a ella suponen una omisión moral en el cumplimiento de una tarea humana.

Muchas veces en la vida nos preocupan ciertas cosas sólo cuando se vuelven problemáticas y conflictivas. Es más, el esfuerzo por resolver esos conflictos nos empuja a profundizar en la raíz de esos problemas y nos lleva a un avance en nuestro conocimiento de la realidad.

El conflicto ecológico, la “cuestión ecológica” como otros la denominan, pone de relieve muchas cuestiones de fondo, y sólo resolviéndolas correctamente se puede disolver la aparente contraposición que en principio parece existir entre el hombre y la naturaleza.

Esta “cuestión ecológica” se plantea de una forma explícita en la sociedad occidental en los años sesenta y surge de una serie de hechos que sensibilizan a la opinión pública: la disminución gradual de la capa

* Profesor Titular de Biología Celular. Departamento de Biología Celular. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España.

de ozono, la contaminación atmosférica, la deforestación incontrolada, el envenenamiento de suelos, los abusos de herbicidas y pesticidas, los detritos industriales, el exterminio de especies animales por capricho, etcétera.

Estos acontecimientos, y otros muchos, han creado un clima de sensibilidad hacia ellos, ocasionando, por una parte, varios diagnósticos filosóficos de la situación en el terreno intelectual, y por otra, varias propuestas de terapia preventiva, que evite caer en comportamientos antiecológicos, definidos en nuestra sociedad como delitos ecológicos.

Analicemos primero los diagnósticos. En general, todos ellos están de acuerdo en un elemento de partida, el pensamiento moderno, que está vertebrado en torno al primado de la producción y a la preocupación por la rentabilidad inmediata. Además, se caracteriza por la consideración del carácter permanente de los recursos naturales, así como por la posibilidad de un crecimiento indefinido.

En la actualidad, hemos “descubierto el límite de la finitud del mundo y de sus recursos”.¹ A partir de aquí, los diversos diagnósticos de la situación empiezan a diferir, sobre todo cuando se trata de averiguar qué factores han sido los causantes de que lleguemos a la situación actual, así como cuáles son las soluciones que se dan al conflicto entablado en el binomio hombre-naturaleza.

Resumo en dos grandes grupos las propuestas de diagnóstico, aun con riesgo de simplificar.

a) Los que afirman que el peso histórico de esta situación recae sobre los antropocentrismos espiritualistas y mecanicistas y proponen como terapia “la sagrada unidad de la biosfera”,² inclinando el binomio hacia la naturaleza, convirtiendo el antropocentrismo en biocentrismo e igualando al hombre con la naturaleza, considerándolo como un “vertebrado más”.

b) Los que proponen como causa de esta situación un concepto antropocéntrico errado, que se encuentra en la base de la modernidad. La terapia, según estos autores, está en entender todas las dimensiones de la naturaleza humana y en concreto la de su corporeidad. Somos evidentemente superiores en este binomio, pero no podemos olvidar que “también somos oxígeno, también somos naturaleza..., no es algo de lo que sólo disponemos, sino también algo que somos nosotros mismos. Naturaleza y cuerpo tienen una relación vinculada, una relación de ser

y no de tener”.³ No somos una unidad solitaria, sino vértice de un orden solidario y nosotros somos los únicos conscientes de ello.

Voy a analizar someramente ambas posturas, pero creo que debo hacer notar que, en este asunto las ideas sobre lo que es el hombre y la naturaleza van a determinar, en gran medida, el contenido de cómo debe ser la relación entre ambos.

La primera postura se caracteriza por un ataque a la sociedad industrial y a su desarrollo, fundamentándolo principalmente en una acusación a la tradición judeocristiana de ser la responsable del desastre del medio ambiente. A este respecto, es clásica la postura del historiador Lynn White, que en 1967 afirmaba: “el cristianismo es la religión más antropocéntrica que el mundo ha visto... el hombre comparte, en gran medida, la trascendencia de Dios respecto a la naturaleza. El cristianismo, en contraste absoluto con el paganismo antiguo y las religiones orientales, no sólo estableció el dualismo hombre-naturaleza, sino que insistió en que es voluntad de Dios que el hombre explote la naturaleza para sus propios fines”.⁴

Los partidarios de este diagnóstico creen encontrar en el último hecho la causa de nuestros males y plantean resolver el problema acudiendo al biocentrismo radical. “Hay que poner al hombre en su verdadero lugar, el de un componente más de la comunidad biótica y, por añadidura, un componente inmaduro de reciente incorporación al conjunto; ningún organismo posee mayor valor intrínseco que los demás”.⁵ Por lo tanto, si se quiere solucionar la cuestión ecológica, hay que considerar al hombre como un vertebrado más. Desde esta ideología ecológica se defiende a los animales rebajando al hombre al mismo nivel: “la naturaleza, en general, es el ambiente tanto del hombre como de cualquier animal, con el agravante de la peligrosidad del primero, pues a diferencia de los demás seres que habitan el planeta, él puede manejar y destruir todo lo que le rodea”.⁶

Esta postura trae adheridas una serie de consecuencias a nivel práctico:

a) Condena sumaria del desarrollo técnico, con un “desprecio superficial por la excepcional mejoría de condiciones materiales y de libertad personal que ha conseguido el hombre común gracias a este desarrollo”.⁷

b) Desinterés por el Tercer Mundo e intento de detener el proceso de industrialización de regiones no occidentales como remedio para evitar la degradación moral.

c) Naturalismo ético, esto es, el bienestar del hombre cede al bienestar de la naturaleza. El hombre se sitúa a la inversa de la situación actual como esclavo de la naturaleza; ella es el criterio último de la valoración moral de la bondad o maldad de las acciones humanas. Se atribuyen derechos a la naturaleza que son prioritarios y se abandona la ética antropocéntrica.

d) La mistificación de esta postura va incorporando rasgos de carácter religioso. Así, un líder ecologista afirmaba recientemente que “quien vota por los verdes es como si se bautizara, pues para los fundamentalistas la conversión a la naturaleza es como renacer de nuevo después del pecado original cometido por el materialismo industrial”.⁸

Pasemos a la segunda postura, en la que el mal funcionamiento del binomio hombre-naturaleza radica, al igual que para los otros, en una deficiente valoración de lo que es la naturaleza. Para ellos, la causa no está en el antropocentrismo espiritual, sino en el mecanicista y en una interpretación errónea del primero, cuya consecuencia más importante es la misma actitud mecanicista dominante.

Estos pensadores consideran que existe una equivocada interpretación de la tradición judeocristiana y que ha sido deformada en una actitud tecnológica. Esto se deriva, según ellos, del modelo cartesiano en el que la “relación hombre-naturaleza se reduce a una relación de sujeto-objeto”.⁹

Estos autores afirman que hay que dar una respuesta para saber por qué el hombre ha llegado a abusar de la naturaleza hasta dañarla. Coinciden con los anteriores en que este hecho tiene su origen en los albores de la modernidad, cuando una postura científicista invadió el conocimiento del hombre, afirmando que este debe dominar la naturaleza mediante la ciencia y mediante instrumentos de diversa índole. Así, el “tecnicismo y el instrumentalismo han guiado, desde Bacon, nuestra relación con la naturaleza, presidida por la creencia en el progreso a través de la explotación ilimitada, y a la larga irresponsable, de los recursos naturales. La productividad es el único valor decisivo de la economía, no teniéndose en cuenta el costo de los recursos que esta conquista supone”.¹⁰

Así, para estos pensadores la actual crisis posmoderna ha puesto de manifiesto el genuino espíritu ecológico, que supone el fin de la actitud moderna de dominio y explotación desmesurada de la naturaleza.¹¹ Lo que hemos descubierto es que también nosotros somos naturaleza en cuanto somos corporeidad.¹²

Para ellos, la respuesta a la relación hombre-naturaleza debe ser equilibrada y tener una postura justa con la naturaleza de los dos términos del binomio.

Por un lado, es necesario recuperar un concepto de hombre donde la responsabilidad frente al mundo sea una obligación, que va unida a la supremacía de este frente a lo creado. Al respecto, Spacman dice que “el hombre es retrato vivo de Dios, Señor de la creación, precisamente porque tiene responsabilidad respecto de aquellos seres distintos de sí mismo y de sus iguales, respecto al reino de la creación”.¹³ Así, para estos pensadores, aun manteniendo que “sólo la naturaleza racional creada está inmediatamente ordenada a Dios”,¹⁴ se afirma que es acorde con la racionalidad del hombre buscar una vida armoniosa con la naturaleza, pues esta es un valor en sí que necesita el hombre. “El hombre tiene una naturaleza que es suya de manera intrínseca y que, por ser racional en uno de sus aspectos, le permite comportarse como hombre, no sólo como animal, incluso cuando satisface las necesidades que comparte con los animales. Esa misma naturaleza intrínsecamente humana nos permite, también, el ejercicio de una actitud teórica ante ese ámbito primordial de nuestra vida y una voluntad de respeto a la propia identidad.

Esta actitud teórica y esa voluntad de respeto no se justifican solamente por su utilidad en cuanto medios para adquirir ciencias de las que se deriven numerosas técnicas y para evitar que se puedan volver contra nosotros las mismas realidades materiales que, bien tratadas, están a nuestro servicio. La contemplación y el respeto de la naturaleza son también necesidades humanas naturales, exigencias primarias de nuestro modo de ser y cuya satisfacción se nos presenta como un cierto valor en sí y por sí”.¹⁵

Es cierto que la persona es el único sujeto de derechos, pero también lo es de deberes, entre los cuales está el de cuidar su espacio vital, sentirse responsable frente a él, reconocer la dignidad propia de las cosas y el respeto que se merecen.¹⁶

Algunos denominan a esto el pensar ecológico, diferente al ecologismo. Este pensar tiene como primeras consecuencias prácticas la sobriedad y la solidaridad. Sobriedad entendida como la primacía del ser sobre el tener. Viviendo la sobriedad nos “conduciría hacia el reconocimiento de que la ampliación indefinida del tener nos lleva, en el fondo, a ser dominados por las cosas que pretendemos tener”.¹⁷ Un deseo indefinido de poseer objetos nos lleva a ser esclavos de ellos. La sobriedad sería una forma de solidaridad, una exigencia indispensable no sólo para el cultivo de la vida, sino también para que buena parte de la población actual no viva en condiciones infrahumanas. Estaríamos ante la moderación, que permitiría la captación de la realidad natural, el uso y el disfrute de ello según su naturaleza.

En conclusión, en vez de caer en una ósmosis casi mística entre el mundo y el hombre¹⁸ o en una idea panteísta, el hombre, según esta visión, está en el vértice de la creación como ser al que se le confía el cuidado de la tierra.

Por otro lado, la naturaleza no es una simple materia para el *facere* (red extensa); en el universo hay un orden. Desde la realidad de la creación, se entiende que el arquitecto no se queda al margen de la creación y que la “realidad terrena y finita participa de la realidad infinita de Dios. Él está presente en las cosas y por eso deben ser tratadas con profundo respeto”.¹⁹ La tierra se nos ha dado; el descuido y los malos tratos a ella suponen una omisión moral en el cumplimiento de una tarea humana.²⁰ En el universo existe un orden que debe respetarse y la persona humana, dotada de la posibilidad de la libre elección, tiene una grave responsabilidad en la conservación de ese orden. Se reconoce, por lo tanto, que “las cosas tienen una naturaleza y dignidad propia, que no pueden ser manipuladas indefinidamente, sino que merecen respeto”.²¹

Termino estas líneas afirmando lo equivocado de algunos al atacar a la tradición judeocristiana como antropocentrismo soberbio y despótico. El antropocentrismo cristiano supone cuidado, respeto y responsabilidad frente a la naturaleza. Esta es el “espacio vital del hombre, y por eso debe ser configurado mediante la cultura como amiga del hombre y digna del hombre”.²² Según la tradición cristiana, la tierra y sus bienes pertenecen a todos los hombres, es decir, todos tenemos obligaciones sociales ante los demás respecto al uso que hagamos del ecosistema.²³ El mandamiento de dominar la naturaleza a la luz de la doctrina cristiana y la Biblia

implica cuidarla y, por tanto, una responsabilidad. Siguiendo a San Agustín, no es la naturaleza una realidad para *uti* (usar), sino *frui* (disfrutar). En el *uti* se considera al objeto sólo en relación al sujeto, como instrumento para satisfacer sus necesidades y deseos, mientras que el *frui* es según su destino específico. El hombre, por tanto, tiene derecho a usar las cosas del mundo, pero según la categoría del *frui* y no del *uti*.²⁴

Dentro de estas ideas se enmarca la declaración de Juan Pablo II “Paz con Dios, paz con la naturaleza”. En este documento se afirma que la crisis ecológica es un problema moral que tiene por principal síntoma la falta de respeto a la vida. Esto se produce por la pérdida de paz con Dios, que lleva a no respetar su obra, y trae como consecuencia la falta de solidaridad entre los países desarrollados y los poco desarrollados. La solución está en una revisión del estilo de vida y en una conciencia ecológica que lleve a la responsabilidad, afirmando que el “respeto por la vida y por la dignidad de la persona humana incluye también el respeto y el cuidado de la creación, que está llamada a unirse al hombre para glorificar a Dios”.²⁵

Referencias bibliográficas

- ¹ BALLESTEROS, J., *El pensar ecológico*, Nuestro tiempo; Noviembre, 1991: 38-47.
- ² BATESON, en MONGE, F., *Hacer las paces con la naturaleza*, Aceprensa 1989, 93: 369-372.
- ³ BALLESTEROS, J., *El pensar ecológico*, Nuestro tiempo; Noviembre, 1991: 38-47.
- ⁴ RAMOS, A., *Ecología y movimientos ecologistas*, *El hombre por encima de la naturaleza*, Aceprensa 1986, 52: 196-199.
- ⁵ Ibid.
- ⁶ MONGE, F., *Ecología y ecologismo en la opinión pública*, Nuestro Tiempo, Junio 1990: 88-101.
- ⁷ Ibid.
- ⁸ Ibid.
- ⁹ MONGE, F., *Hacer las paces con la naturaleza*, Aceprensa 1989, 93: 369-372.
- ¹⁰ YEPES, R., *El alcance de las ideas ecologistas*, Aceprensa 1990, 58: 229-232.
- ¹¹ Ibid.
- ¹² BALLESTEROS, J., *El pensar ecológico*, Nuestro tiempo; Noviembre, 1991: 38-47.
- ¹³ En *Ecología y ecologismo en la opinión pública*, Nuestro Tiempo, Junio 1990: 88-101.
- ¹⁴ AQUINO en RAMOS, A., *Ecología y movimientos ecologistas*, *El hombre por encima de la naturaleza*, Aceprensa 1986, 52: 196-199.
- ¹⁵ PUELLES en RAMOS, A., *Ecología y movimientos ecologistas*. *El hombre por encima de la naturaleza*, Aceprensa 1986, 52: 196-199.

- ¹⁶ RAMOS, A., *Ecología y desarrollo no son antagónicos*, Aceprensa 1991, 34: 133-136.
¹⁷ BALLESTEROS, J., *El pensar ecológico*, Nuestro tiempo; Noviembre, 1991: 38-47.
¹⁸ KASPER en MONGE, F., *Hacer las paces con la naturaleza*, Aceprensa 1989, 93: 369-372.
¹⁹ MONGE, F., *Hacer las paces con la naturaleza*, Aceprensa 1989, 93: 369-372.
²⁰ YEPES, R., *El alcance de las ideas ecologistas*, Aceprensa 1990, 58: 229-232.
²¹ BUTTIGLIONE en MONGE, F., *Hacer las paces con la naturaleza*, Aceprensa 1989, 93: 369-372.
²² KASPER en MONGE, F., *Hacer las paces con la naturaleza*, Aceprensa 1989, 93: 369-372.
²³ Ibid.
²⁴ BUTTIGLIONE en MONGE, F., *Hacer las paces con la naturaleza*, Aceprensa 1989, 93: 369-372.
²⁵ JUAN PABLO II, *Paz con Dios creador, paz con toda la creación*, Nuestro Tiempo, Enero-Febrero 1990: 107-115.



Botiquín del siglo XVIII

El código deontológico médico de 1847*

*Francisco-Cristóbal Fernández Sánchez***

Resumen

El “Corpus Hipocraticum” fue el documento deontológico que se ejerció en el medievo, época en la que no hubo innovaciones importantes. Se percibe un cambio hasta el siglo XVIII, cuando se seculariza la medicina y se reduce el ámbito privado de la conciencia personal del médico en la decisión ética, regularizando esta última la sociedad y el Estado. El artículo expone este proceso, ilustrando el pensamiento europeo y el de las entonces colonias británicas en América.

Introducción

Desde los tiempos de la Grecia y la Roma clásica, el ejercicio profesional de la medicina se ha desarrollado en unas pautas éticas de conducta profesional que se encuentran recogidas, más o menos dispersas, en el conjunto denominado *Corpus hipocraticum*, reunión de escritos de diversas épocas que recogen el saber médico de la antigüedad. Dicho *Corpus*, fue transmitido durante la Edad Media, tras la caída del Imperio

* Profesión médica, filosofía moral y consenso corporativo en los orígenes del primer código contemporáneo.

** Lic. Medicina y Cirugía (Univ. A. Barcelona); Lic. Teología Moral (Pont. Univ. Gregoriana de Roma). Santiago de Compostela, España.

Romano, constituyendo un punto de referencia común para el ejercicio del arte médico durante todo el medievo.

Durante el período medieval, las normas profesionales innovativas con una finalidad de regulación ética son muy escasas. El saber médico es transmitido, a partir de los cenobios, mediante colecciones bibliográficas que conformarán un determinado ambiente cultural, que perdurará hasta los primeros y rudimentarios intentos de sistematización de la enseñanza del arte de Esculapio en la escuela de Salerno. Apenas alguna alusión en la *Regula* de S. Benito, en la *Normae* de Federico II o en las *Partidas* de Alfonso X permiten hacernos la idea de alguna variación particular, en este período, del ejercicio profesional médico, efectuado en la sociedad cristiana medieval desde el punto de vista ético. Dicho ejercicio, sin embargo, se acabará estructurando en torno a unas estructuras típicamente medievales, esto es, el gremio, que regulaba corporativamente la actividad de los médicos (la cirugía fue considerada arte no universitario durante muchos siglos).

La figura del médico llega a adquirir tonos decididamente más profesionales, al enlazarse íntimamente con las estructuras de la Iglesia (dentro de una *Weltanschauung* característicamente medieval), así como se socializa mediante la supervisión gremial. Arnaldo de Villanova, médico y consejero de Papas y Reyes, se dirige a los médicos, tanto en cuanto cristianos como en cuanto profesionales, aconsejándoles y amonestándoles a un recto y virtuoso ejercicio de su profesión.¹ De este modo, es en el interior de las estructuras gremiales que, en peculiar síntesis de cristianismo y profesión médica, se desarrollan las pautas prácticas de ejercicio profesional, entendido como ejercicio de caridad cristiana bajo reglas académicas y profesionales.

El ejercicio de la medicina se desarrolla dentro de una ética cristiana, en la que se despliega en continuidad el espíritu hipocrático y una determinada concepción de la naturaleza de la profesión médica. El médico cumple su función profesional y social (pre-establecida, transmitida y acatada) en un contexto de caridad, sin perder por ello la clara noción de la naturaleza del arte médico, fundada en los principios hipocráticos y su sistematización de corte aristotélico por Galeno, especialmente el primero de ellos: *Primum non nocere*. Las muestras de esta íntima simbiosis medieval del cristianismo y profesión médica, ya en la baja Edad Media, serían innumerables. En la España de los Reyes

Católicos (s.XV), por ejemplo, los médicos que no cumplían con el deber de anunciar al enfermo el peligro próximo de muerte, para que pudieran confesar sus pecados, eran multados. Todavía en el París de Luis XIV, el primer acto de los médicos después de su prueba de licencia en la Facultad de Medicina consistía en el juramento, en la catedral de *Notre Dame*, de defender la religión católica *usque ad effusionem sanguinis*.

En este contexto, quizá se entienda mejor la escasa presencia de textos de ética médica en la bibliografía de la época, ya que los elementos de juicio al respecto procedían, *in vivo* de la presencia de teólogos, canonistas y confesores (función previamente desempeñada en la alta Edad Media por los monjes) en las corporaciones médicas de la época, es decir, los gremios de médicos. Estas pautas éticas básicas deben buscarse en los tratados y sùmulas medievales que tratan de la moral en general,² así como en el funcionamiento de los gremios. Desde este punto de vista, la regulación de la vida gremial es fuente primaria para el estudio del desarrollo histórico de las normas deontológicas de la profesión médica. Entre los muchos estatutos de la época, son los *Statuta Moralia* del Real Colegio de Físicos de Londres de 1563³ los que (por lo que se dirá a continuación) tienen aquí un mayor interés, atendiendo al desarrollo, ya en la época contemporánea, de los modernos “códigos deontológicos médicos”. El primer exponente, de una cierta magnitud y de una considerable repercusión en la actualidad, es el *Code of Medical Ethics* de 1847 de la Asociación Médica Americana de los EE.UU.

Este estado de cosas, caracterizado por un concepto de la naturaleza del arte médico establemente transmitido, así como por una dinámica colegial (gremial) de resolución activa de cuestiones éticas (durante las epidemias, en el ejercicio hospitalario de la profesión, etc.), resulta ligeramente modificado por la aparición de las nuevas enfermedades infecciosas, en el s. XVI, así como los problemas derivados del descubrimiento del continente americano. También influye en ello la división religiosa europea, lo que originará alguna modificación (siempre estructural) de la vida gremial. Sin embargo, la magnitud del cambio no será claramente perceptible hasta el s. XVIII. Laín Entralgo señala que la esencia de esta mutación estructural del ejercicio de la medicina (no ya de sus estructuras organizativas) consiste en una “secularización” que se aprecia, en torno a 1750, con una doble expresión: o bien se niega

todo nexo entre la actividad del médico y sus creencias religiosas, o bien se reduce a un orden puramente personal y privado, práctico. Dicho proceso de “secularización” del ejercicio profesional médico comportará, a su vez, una reducción del ámbito privado de la conciencia personal del médico en la decisión ética, así como una consecuente tendencia a una regulación extrínseca por parte de la sociedad que, por medio de leyes estatales, trata de regular socialmente el ejercicio de la medicina.⁴

Los códigos deontológicos se inscriben en una dinámica social en un sentido análogo. El consenso profesional corporativo va manifestando un desplazamiento de la función de toda una concepción, no sólo del ejercicio ético de la profesión, sino de la misma naturaleza del arte médico, tal como se venía entendiendo durante la Edad Media. En las siguientes páginas nos proponemos estudiar un punto de este proceso, así como señalar alguno de sus fundamentos en la historia de la ética, haciendo especial incidencia en la noción de “código deontológico” como señal paradigmática de una nueva concepción de la profesión médica (en relación a una tendencia de la filosofía moral europea) y tratando de sugerir algunas líneas de aproximación tanto a lo que de positivo y enriquecedor tiene, desde un punto de vista moral, como de algunos de sus límites. Para ello expondremos, muy sucintamente, dos signos de esta nueva concepción, uno europeo y otro de las entonces colonias británicas del nuevo mundo, significativos, a nuestro entender, de este nuevo modo de comprender la naturaleza de la profesión médica y los problemas éticos que de su ejercicio se derivan, en relación a las nuevas circunstancias médicas, históricas y sociales en uno y otro continente.

Más adelante, nos ocuparemos de las circunstancias históricas de aparición del primer código deontológico de la profesión médica, así como su contexto filosófico moral de origen. Por último, expondremos algunas consideraciones finales al respecto.

Preludios de una nueva concepción de la profesión médica en ambos mundos. El concepto de “policía sanitaria” y el debate a propósito de la inoculación variólica de Boston (1721)

1. Puede señalarse el s. XVIII como significativo del interés de los monarcas por la salud del súbdito, en un sentido claramente diferente al

manifestado anteriormente por el señor feudal. Esto comporta una determinada concepción de la función del médico en la comunidad y, consecuentemente, un cambio en la concepción de los deberes del médico, ya no sólo en relación al enfermo, sino respecto al soberano, garante del equilibrio social. Los gobernantes perciben su responsabilidad respecto a la función sanitaria del Estado y se preocupan por legislar con precisión, delimitando los ámbitos del ejercicio médico y sus instituciones.

La presencia del monarca en los colegios médicos se hace más intensa, en un esfuerzo racionalizador de los ritmos de vida académicos y gremiales que persistían desde hacía siglos (valorados en aquella época como oscurantistas), propio de las concepciones ilustradas del racionalismo del período. El médico comienza a ser incluido en programaciones de la función pública, sobre todo en Europa central, y comienza a ser comprendido como un peculiar funcionario del Estado, de estuto liberal.

Thomas Rau (1721-1772) es el primero en usar la expresión “policía sanitaria” en relación al deber del soberano de velar, en el ejercicio público del poder, por la salud de sus súbditos. La noción, aún sin ser equivalente a la concepción contemporánea del derecho a la salud, supone ya una cierta aproximación, si bien todavía en términos de obligación civil, en ausencia de una concepción global de los derechos naturales (oscurecida desde los mejores años de la escolástica medieval). La creación de Reales Academias de Medicina, así como de organismos públicos cuya función consiste en velar por la “policía sanitaria”, son elementos que se inscriben en un mismo desarrollo.

Uno de los principales ejemplos de esta nueva actitud del monarca ilustrado lo tenemos en la emperatriz María Teresa de Austria, quien, imbuida de las nuevas concepciones de la salud pública, llama a Viena al Dr. Gerhard van Swieten (1700-1772), eminente discípulo del *Communis Eurapae Praeceptor* (como le llamaba A. von Haller), H. Boerhaave (1668-1738), para aplicar en el Imperio sus ideas. Junto con Anton de Haen (1704-1776), es considerado el fundador de la *Alte Wiener Schulle*, modelo en toda Europa de actuación sanitaria. M. Stoll, J.L. Auenbrugger, junto con J.P. Frank (llamado por José II desde la Universidad de Pavía) desarrollarán las modernas concepciones higienistas aplicadas por los médicos durante toda la siguiente centuria.

Es ya patente cómo el ámbito de la profesión médica se ha desplazado del ámbito de la caridad cristiana, y de su ejercicio tanto hospitalario como particular, al de la justicia social, con una concepción nueva del hospital y de la práctica médica en zonas urbanas y rurales. Esta concepción de la función del médico como factor integrante de las estructuras sanitarias y de su inserción en un progreso de la justicia social (y no en el ámbito de la caridad pública y el ejercicio privado) es desarrollada desde el punto de vista intelectual por algunos autores franceses de finales del s. XVIII, como J. Turgot, J.B. Huguet o el barón de Montyon. Estas concepciones (con un origen común con el concepto de “policía sanitaria” de los monarcas ilustrados) no estuvieron ausentes en los planteamientos sanitarios de las ideas socialistas que comienzan a desarrollarse en Europa central a mediados del s. XIX.

2. La situación europea, fuertemente caracterizada por la evolución de las ideas sociales, la actitud de los Estados y la mediación de estructuras como los Colegios Médicos, las Reales Academias de Medicina y las Facultades Universitarias, contrasta con la realidad del ejercicio médico en las colonias británicas americanas.

El primer tratado de medicina, pensado, escrito y publicado en la Norteamérica británica, tuvo por autor a Cotton Matther, miembro de la *Royal Society* de Londres desde 1713, quien era internacionalmente valorado por sus vastos conocimientos médicos y eruditos, a pesar de no ser él mismo médico.⁵ A raíz de la gran epidemia de viruela de Boston de 1721, Matther animó a un grupo de médicos de la ciudad a experimentar un nuevo procedimiento de inmunización: la inoculación variólica a efectos preventivos.

La inoculación estaba siendo experimentada también en Londres debido al interés de Lady Wortley Montagú, que había observado la práctica secular en Turquía, donde su esposo era embajador. Dichas experiencias fueron publicadas en el boletín de la *Royal Society* (*Transactions*), del que Matther era suscriptor.

El Dr. Zabdiel Bolyston y sus colegas, animados por Matther, decidieron intentar la práctica en Boston, inoculando la viruela a 286 personas, de las cuales murieron seis, quedando inmunes el resto.⁶ Una vez pasado el azote, se desató una fuerte polémica en la que se acusaba en términos muy duros a Matther (sobre todo en ambientes puritanos),⁷

haciéndole responsable de las muertes causadas por el experimento. El debate adquirió proporciones de considerable magnitud, hasta el punto que el Estado de Massachussets tuvo que tomar cartas en el asunto. Finalmente, se consideró que la inoculación estaba fuera de los márgenes de la ética médica y se prohibió por ley la inoculación variólica.

Benjamín Franklin había atacado, desde las columnas del “New England Courant” en agosto de 1721, a Matther por llevar adelante el experimento. Sin embargo, en 1736, a consecuencia de la muerte de un hijo suyo por viruela, cambió radicalmente de opinión, convirtiéndose en uno de los más tenaces defensores y contando en ello con el apoyo de G. Washington. A pesar de que en 1747 el gobernador de Nueva York prohibió también la inoculación, esta fue cada vez más practicada, extendiéndose por los estados de Massachussets, Connecticut y Pensilvania. Por otro lado, Franklin será el principal propulsor de la fundación del *Pennsylvania Hospital*, la primera escuela de medicina de las colonias británicas de América del Norte. Este hospital apoyado por las grandes figuras de médicos que allí ejercieron (p.ej. Morgan, Shippen jr.), será el inicial núcleo de conformación de la escuela de Filadelfia, de considerable influencia en los planteamientos deontológicos de la primera mitad del s. XIX y de una indudable participación (junto a la escuela de Nueva York) en la elaboración del primer código deontológico de 1847, con el fuerte influjo en ella de la filosofía moral empirista (sobre todo mediante la obra y la enseñanza del Dr. B. Rush, una eminente figura de la medicina de los EE.UU., al que después nos referiremos).

Antecedentes del “Code of Medical Ethics” de 1847 de la “American Medical Association”

El ejercicio de la medicina en lo que hoy constituyen los EE.UU., a finales del s. XVIII y mediados del s. XIX se daba en unas condiciones profundamente diferentes de las que se daban en la misma época en Europa. La reglamentación ética del ejercicio médico, mediada por la estructura colegial de origen gremial y por una dinámica de continuación, no encontraba un paralelo en la América del Norte.⁸ Este “vacío” venía suplido, en la práctica, por los contactos personales entre los médicos,

así como por reglamentaciones particulares de las diversas instituciones en que se desarrollaba su actividad.

El más antiguo de los reglamentos deontológicos conocidos en las colonias británicas es el de la *Medical Society* de Nueva Jersey de 1766, pero son muchos los documentos similares de pequeñas instituciones, agrupaciones y mutualidades. La función de dichos reglamentos es eminentemente pragmática y su ámbito bastante restringido, en los que el médico se integra siempre con una cierta autonomía.

La idea de constituir en EE.UU. una asociación unitaria y nacional, con una finalidad similar a la de los colegios médicos europeos (si bien con una concepción de fondo muy diversa), surgió, al parecer, durante una cena de algunos médicos, en 1845, pertenecientes a la *New York State Medical Society*, entre ellos el Dr. Natan Smith-Davis, en la que se decidió constituir una asociación a nivel nacional.⁹ Se llevaron a cabo, con este propósito, una serie de reuniones que culminaron con la constitución de la *American Medical Association*.

Pronto se advirtió la conveniencia de establecer una norma consensuada de ética profesional, con una finalidad similar a la de los reglamentos de las instituciones médicas y, en cierto modo, a la de los estatutos de los colegios médicos. Para ello, en la reunión de mayo de 1846 (en la que participaron unos cien médicos) se decidió elaborar, en forma de código, una norma básica de regulación deontológica, labor que culminó con la aprobación del código en mayo del año siguiente,¹⁰ el cual fue concebido como un estándar de conducta profesional.¹¹ En la realización del proyecto intervinieron, como miembros del comité de redacción, médicos bien conocidos en la historia de la medicina de los EE.UU. de la primera mitad del s. XIX, John Bell, Isaac Hays, G. Emerson, W.W. Morris, T.C. Dunn, A. Clark, R.D. Arnold. El *Code of Medical Ethics* fue finalmente aprobado en la convención nacional de la AMA el 5 de junio de 1847,¹² e intentaba definir, por primera vez en la historia, la índole de los deberes y derechos de los médicos asociados¹³ desde una perspectiva deontológica.¹⁴

Son, fundamentalmente, cuatro las fuentes de dicho código: el "juramento" de Hipócrates (en escasa medida); los *Statuta Moralia* del *Royal College of Physicians* de Londres; la obra *Medical Ethics* del médico inglés Thomas Percival de 1803 (la primera parte del código contiene extensos fragmentos, literalmente copiados de este texto) y en

la segunda y terceras partes del código se aprecia claramente la influencia de las obras de B. Rush.¹⁵ Debido a que las obras de estas dos personalidades son menos conocidas, pasamos a señalar algunos aspectos de interés, para advertir la fuerte influencia de la filosofía moral empirista de fondo en las líneas basales del código de 1847.

Th. Percival y B. Rush, como fuentes de inspiración de la concepción deontológica del código de 1847

La formación académica de la generación de médicos norteamericanos que constituyó la AMA provenía de las escuelas americanas, no obstante, la influencia de las personalidades médicas que continuaron formándose en Edimburgo y Londres (y que siguieron constituyendo, todavía durante algunos años el núcleo básico del *staff* de estas instituciones), era muy considerable.

Es precisamente en la Universidad de Edimburgo donde la figura del Dr. Thomas Percival (1740-1804) tenía una notable influencia. Procedente de Edimburgo, había completado su formación en Leyden.¹⁶ Tras una ampliación de estudios en Bélgica y Francia, retorna al Reino Unido. Fue miembro de la *Royal Society* desde 1765 y es considerado como un eminente representante del racionalismo ilustrado, predominante en la época.¹⁷ Se estableció finalmente en Manchester, donde ejerció la medicina y donde surgió su interés por la ética médica. Sus obras, en cuatro volúmenes, fueron publicadas juntas en 1807.¹⁸

Tras la epidemia de fiebre tifoidea en Manchester en 1791, Percival comienza a escribir esta obra,¹⁹ que acaba tres años después, imprimiéndola y distribuyéndola privadamente (la edición no verá la luz hasta nueve años más tarde). En ella, Percival trata de los deberes del médico, teniendo como base el trabajo recientemente publicado por un clérigo anglicano, aunque en un contexto más amplio.²⁰

Esta obra, de 1803, causará una fuerte impresión en los ambientes médicos de EE.UU. Puede señalarse su influencia en la redacción, así como su consideración de modelo deontológico a aplicar, en el *Boston Medical Police* (1808), en los estatutos de la *New York State Medical Society* (1823), y en los del Colegio de Médicos de Filadelfia (1843). Indirectamente, mediante la adopción del código de la AMA, puede

señalarse su influencia en muchos de los códigos deontológicos médicos posteriores.²¹

La influencia del Dr. B. Rush en la redacción de la segunda y tercera partes del código de 1847 (*Of the duties of a physician to each other and to the profession at large*) es, como hemos señalado, muy notoria. Benjamín Rush (1745-1813) fue uno de los próceres pioneros de la joven nación norteamericana. Empleado con una familia cuáquera que había seguido a W. Penn a América en 1863, se había educado como médico en Edimburgo, con los Drs. Monro, Cullen, J. Gregory y Black, comenzando a ejercer su profesión en Filadelfia en 1769. Formaba parte eminente de la generación de médicos que, formados en el Reino Unido, consolidaron las escuelas de medicina norteamericanas. Como otros de su generación (Hunter, Astley, Cooper, J. Bell y Ch. Bell, que se habían formado también en Europa), a su regreso, relevará a la primera generación de médicos de las nuevas escuelas de medicina de Norteamérica (Filadelfia, Nueva York y Boston).²² Amigo personal de Th. Jefferson,²³ y como representante de su pueblo firmará, algunos años después la Declaración de Independencia de los EE.UU. (1776) y la Constitución (1787), e influirá, de modo decisivo, en una concepción de la medicina más orientada hacia la sociedad y no sólo hacia el cliente.

Sus obras tuvieron una muy notable extensión e influjo en la formación de los médicos norteamericanos.²⁴ De entre ellas, la que mayor influencia tiene en el código de 1847 es *Medical inquiries and observations*.²⁵ Es patente (como en Percival), la acusada dependencia del empirismo, y cita expresamente en esta obra (además de a Condilac), a Locke, a Hartley y a Th. Reid.²⁶ En cierto modo, sigue representando la antigua concepción del ejercicio de la medicina como íntimamente unido al desarrollo de las virtudes del caballero cristiano, con lo que se vincula (al menos en lo formal) a la ya mencionada tradición gremial europea, a través de la concepción que se desprende de los *Statuta Moralia* del Colegio de Médicos de Londres.²⁷

El tránsito, sin embargo, desde un planteamiento de la medicina de origen hipocrático (centrada en el beneficio del enfermo) al de la medicina “útil” (centrada en el beneficio y utilidad de la sociedad), y desarrollada posteriormente por los continuadores de la tradición filosófica de la escuela moral inglesa de sentido utilitarista J. Bentham (1748-1832), J. Stuart Mill (1806-1873) es ya notorio.²⁸

Quisiéramos señalar que el tránsito de una ética del bien, del fin y de la virtud (como la representada por la mejor tendencia de la moral escolástica medieval) a una ética del deber y la norma formulable en un código de deberes, como es el código de 1847, no proviene de las fuentes, por así decirlo, “clásicas”, sino de la mediación intelectual representada por las concepciones de Percival y Rush. En ellos, es explícita su insistencia en los deberes del médico, si bien, todavía fundamentados en determinada teoría ética sobre la virtud. No carece de contexto, por supuesto, la actitud que ambos vienen a consolidar en el ámbito de la deontología profesional médica, sino que se inscribe en toda una tendencia de la filosofía moral europea, contexto del que quisiéramos ocuparnos brevemente.

Ética y empirismo en la medicina del s. XVIII-XIX

Una de las obras más características de esta progresiva transición a la que nos referíamos y que hallamos en el “núcleo intelectual” del proceso de “secularización” de la ética médica, es el libro de un profesor de la Universidad de Halle, Friederich Hoffman (1660-1742): el *Medicus Politicus* (1738). Esta obra tuvo una amplia extensión en su tiempo, por constituir una verdadera novedad en la perspectiva de la ética médica, y se halla dentro de la más clara concepción cristiana de la vida y de la profesión.²⁹ Esta continuidad se integra en la clásica sistematización del dinamismo de las virtudes. Toda la primera parte se ocupa de la virtud en la prudencia que el médico debe desarrollar, y en la segunda y tercera partes del libro, la perspectiva de las virtudes desemboca en un planteamiento de deber práctico, concreto, profesional (*Deals with physicians* y *Deals with prudence toward patients*); se trata, por tanto, de una propuesta que pudiera ser denominada pre-deontológica.

Sin embargo, el planteamiento estrictamente deontológico (en el sentido que ahora nos ocupa), requería de una elaboración ética general más compleja, labor desarrollada por la escuela ética empirista, especialmente británica. La reflexión moral se centra no en el fin último del hombre, sino en el deber “en sí”, o bien, en la experiencia común del deber, prescindiendo de una fundamentación ontológica o una consideración metafísica del bien o del fin. Esta tendencia, denominada intuicionismo

moral, se fundamenta en partir de una intuición como origen de la experiencia del deber. Podemos encontrar una completa exposición de la misma, en lo que se denomina escuela del *Common sense*. Su fundador, Thomas Reid (1710-1796), clasifica los deberes en forma sistemática, en una articulación diferente de la que hallábamos en la antropología de los tratados medievales de las virtudes.³⁰ Lo mismo sucede, si bien desde otra perspectiva, con las obras morales de F. Hutchenon (1694-1746), que influyó tanto en D. Hume como en J. Bentham.³¹

El intuicionismo moral, en simbiosis con las concepciones del *Common sense*, se halla también presente en el más antiguo texto de ética médica de las colonias británicas, *A discourse upon de duties of a physician* (Nueva York 1769), escrito por Samuel Bard, profesor en el *King's College* de medicina de Nueva York. En este caso, la dependencia más directa es de Hutchenon y su concepción de deber en equilibrio con la benevolencia.³²

Un desarrollo más amplio del intuicionismo moral del “sentido común” aplicado a la ética médica,³³ se debe a John Gregory (1724-1773), profesor en Edimburgo hasta 1754.³⁴ La obra de Gregory causó una profunda impresión en B. Rush, quien lo dio a conocer en América,³⁵ especialmente en *Lectures on the duties and qualifications of a physician* (Londres 1722, Filadelfia 1817).³⁶ Gregory se había formado en Leyden y París, ocupando la cátedra de filosofía en Aberdeen, pasando después a Londres en el ejercicio de la medicina. En sintonía con Hume, Gregory propone un modo de armonización entre médico y paciente basado en una “simpatía” (del griego *sun* -juntos- y *phatos*) mutua: el médico debe ser “simpatético” respecto al paciente. De este modo, se da una coincidencia de sentimientos morales y de intuición moral.³⁷ El conocimiento científico del profesional es moderado, así, por la “simpatía” y esto sería el fundamento de los deberes específicos del médico: la compasión, la cortesía, la firmeza³⁸ (*knowledge and skills virtuosly*). En Percival, a diferencia de Gregory, la dimensión social de la ética médica se presenta en un modo correctivo del individualismo de Adam Smith.³⁹ Esta dimensión tiene ya características netamente diferenciadas, propias de una sociedad como la británica, que inicia un proceso intensivo de industrialización de características propias. Puede decirse que la obra de Percival señala una concepción de la ética médica en la que se ha dado

el paso decisivo, de una moral de la caridad a una ética filantrópica.⁴⁰ En 1849 aparecerá, en este sentido, una obra en que la filantropía dejará paso, en lógica evolución, a una concepción propiamente contractual (en el más pleno sentido liberal) del acto médico, basado en la reciprocidad de deberes entre médico y paciente.⁴¹ En el contexto de la profesión médica (fundamentada en los principios hipocráticos en su origen), el tránsito a una ética propia de una sociedad inspirada por el liberalismo del s. XIX puede considerarse efectuado.

Algunas consideraciones finales

La decisión ética en el acto médico suele desenvolverse, en las sociedades occidentales contemporáneas, en un ámbito pluri-institucional. Son múltiples las estructuras en las que se desarrolla el ejercicio de la medicina (sistemas sanitarios nacionales y privados, instituciones hospitalarias y asistenciales), así como estructuras sociales que se hallan en relación con el acto médico (legislativas y ministeriales, comités, colegios y asociaciones profesionales, etc.). Todo ello puede constituir (y suele ser así) un positivo factor respecto a la misma, en cuanto comporta el ejercicio de una responsabilidad compartida, un auxilio en dicha decisión, y también una vigilancia para que esa responsabilidad del médico no se diluya en una multitud de instancias, llegando a suplir el insustituible papel desempeñado por la conciencia del médico, orientada a la verdad y al bien del enfermo confiado a sus cuidados.⁴²

Por otra parte, en la valoración del papel de la conciencia del médico en el ejercicio de su profesión, no pueden ignorarse los derechos objetivos e inviolables de toda persona humana y el deber irrenunciable de la sociedad de tutelar estos derechos primordiales, patrimonio constitutivo del bien común de las sociedades.⁴³

Es precisamente en la conjunción de ambas dimensiones en la ética del acto médico, que la deontología profesional ocupa un lugar destacado. Las sociedades occidentales contemporáneas presentan, en muchos casos, una considerable divergencia denominada “pluralismo ético”, que no puede ser regulada sólo, de un modo meramente externo, mediante una legislación fruto de un consenso en una sociedad madura y democrática.⁴⁴ En este sentido, subrayar la irrenunciable orientación

de la conciencia de todo médico a la verdad y la finalización de sus actos como profesional en el bien de las personas supone la defensa de la competencia del médico en la maduración de una decisión ética, en referencia siempre a criterios morales objetivos sobre el bien integral de las personas.⁴⁵

Ahora bien, en las últimas décadas se observan, respecto a cuestiones tales como aborto, eutanasia, FIVET y otras, serias discrepancias que repercuten, indudablemente, en la redacción de los códigos deontológicos por las corporaciones médicas locales, nacionales e internacionales, y que hacen (en un número llamativo en muchas naciones) cada vez más frecuente el necesario recurso a la objeción de conciencia por parte del médico y el personal sanitario.

La bondad y utilidad del proceso de codificación⁴⁶ en el que se inscribe la redacción de los contemporáneos códigos deontológicos (y que tienen como primer antecedente el código de 1847) ha sido señalada por diversas instituciones supranacionales.⁴⁷ La insistencia, desde los diversos foros médicos, en el insustituible papel de la conciencia del médico (necesariamente orientada a la verdad sobre el bien de las personas implicadas en el acto médico), no puede desvincularse de una adecuada reflexión sobre el acto médico, así como de una concepción objetiva de la naturaleza de la profesión médica.

¿Cuáles son, por ejemplo, los criterios por los que, implícitamente, se sostiene y se acepta, en amplios sectores profesionales, que el acto de interrupción voluntaria del embarazo (aborto provocado) es un acto médico? ¿Puede un código deontológico cambiar arbitrariamente, por consenso más o menos mayoritario (en un momento histórico determinado), la naturaleza de la profesión médica, hasta el punto de justificar la eutanasia como acto profesional médico?

En el ámbito cultural anglosajón también está siendo cuestionada, la validez de un contractualismo regulado extrínsecamente por códigos deontológicos basados exclusivamente en el consenso corporativo, como recurso intermedio a la legislación estatal en decisiones éticas problemáticas.⁴⁸ No parece arbitrario señalar, en este sentido, el riesgo de una especie de “positivismo deontológico”, como el representado por Kelsen en el ámbito jurídico, que llevado quizás del buen propósito de dotar al médico de un instrumento útil en el “pluralismo ético” y social (tan acusado en algunas sociedades contemporáneas) comporte un

olvido de presupuesto básico de la proís médica, no por implícitos menos relevantes, ya desde los tiempos de Hipócrates.

Existe también el peligro de un excesivo formalismo ético que insista exclusivamente en la conciencia moral del médico, y deje en un lugar muy secundario (o en ocasiones, incluso omita) el deber de formación de dicha conciencia, orientada, de suyo, a la verdad sobre el hombre y su dignidad, su vida y su sufrimiento, así como su finalidad de ordenar el acto médico al bien integral de toda persona humana, conforme a la propia dignidad de todo ser humano y de cada persona humana.⁴⁹ En este sentido, sería deseable una mayor reflexión en los ámbitos profesionales sobre la índole histórica de la misma profesión médica, con el objeto de hacer una oportuna valoración de los límites inherentes al consenso corporativo solicitado por grupos de presión en muchas actuaciones médicas de dudosa eticidad, en cuanto esto supone de afirmación de la profesión y de su naturaleza.

La medicina y el derecho, como ha señalado Juan Pablo II,⁵⁰ pueden encontrarse útiles en la búsqueda de medios, estructuras y auxilios aptos en la causa por el hombre. La aprobación de códigos deontológicos en medicina, por consenso de las corporaciones médicas nacionales e internacionales, constituye un auxilio apto para la promoción y desarrollo de la profesión y de la humanidad, en este sentido, pero podría ser infructuoso si la relación medicina-derecho no halla un adecuado fundamento en una antropología que se base en la ontología de la persona humana y su dignidad, y si ello no comporta una adecuada concepción de la índole misma de la profesión médica.

Referencias bibliográficas

¹ DE VILLANOVA, A., *De cautelis medicorum*, 1315.

² No obstante, hay también referencias explícitas a los problemas que hoy denominaríamos deontológicos en los tratados de Paré, Ingrassia, Condrocchi, Fedele o en otros de los muchos manuales que circulaban (tras la aparición de la imprenta) en los ámbitos universitarios. Véase, por ejemplo, el clásico tratado de P. ZACCHIA *Quaestiones medico-legales*.

³ De fecha relativamente cercana, son los *Statuta* de dicho Colegio de 1543, de carácter prevalentemente penal, y el de 1601.

⁴ LAIN ENTRALGO P. (dir.), *Historia de la medicina*, Barcelona, Salvat, 1978: 384ss.

⁵ Era hijo de un pastor puritano de Boston, Increase Matther, uno de los primeros rectores de la Universidad de Harvard, y que tuvo alguna relación con los famosos procesos de brujería de

Salem de 1692.

⁶ La epidemia de Boston afectó a más de la mitad de la población, registrándose 5,759 casos de enfermedad, a consecuencia de lo cual murieron 844 pacientes, quedando lesionados una gran parte de los supervivientes. Cfr. HAGGARD W.H., *The doctor in history*, trad. en español, Buenos Aires 1962: 237ss.

⁷ Por lo que se refiere a la influencia del fundamentalismo de origen calvinista en relación a la filosofía del "common sense" en los orígenes de los EE.UU., cfr. JONSEN A.R., *American moralism and the origin of bioethics in the United States*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 1991, 16: 113-130.

⁸ No abordamos aquí la situación en la Hispanoamérica de los s. XVI-XIX, profundamente diferente, con una estructura de ejercicio profesional mucho más cercana a la europea.

⁹ Cfr. FISHBEIN M., *A history of the American Medical Association*, Filadelfia, Saunders, 1947: 6ss.

¹⁰ Este código de 1847 puede aún ser considerado la base del actual, tras las modificaciones de 1903, 1912, 1947, 1957 y 1981.

¹¹ "The following Principles adopted by the American Medical Association are not laws, but standards of conduct which define the essentials of honorable behaviour for the physician". VEATCH R.M., *Medical ethics*, Boston, Georgetown Univ., 1989:9ss.

¹² Su texto de *Code of Medical Ethics: Adopted by the American Medical Association at Philadelphia, May 1847, and by the New York Academy of Medicine in October 1847*, Nueva York, Ludwig, 1848. Reproducido por AA. VV., *Ethics in medicine*, Londres, Mass. Inst. Techn. (Mass), 1977: 29ss. y en REICH W.T. (ed.), Nueva York, Free Press, 1978: 1738-1746.

¹³ La Asociación se define a sí misma: "self-constituted doctors".

¹⁴ "Medical ethics, as a branch of general ethics, must rest on the basis of religion and morality. They comprise not only the duties, but also, the rights of a physician, and in this sense, they are identical with Medical Deontology - a term introduced by a late writer, who has taken the most comprehensive view of the subject." BELL J., *Proceedings of the National Medical Conventions, held in New York, May 1846 and in Philadelphia, May 1847*, Filadelfia 1847: 83-106. Reproducido parcialmente en AA. VV., *Ethics...*, p.15. El vocablo "deontología" fue empleado por primera vez por J. Bentham (1784-1832) en su obra *Deontology*, de 1829 (conciendo la "ciencia de los deberes" en un contexto utilitarista) y publicada póstumamente en 1834. M. Simond desarrollará la noción, aplicándola a la medicina, en su conocida obra de 1845 *Deóntologie Médicale*, publicada en París.

¹⁵ Explícitamente reconocida la fuerte influencia del Dr. Rush en la misma presentación del código a la asamblea general por los miembros del comité de redacción. Cfr. BELL, *Proceedings...*, p. 87ss.

¹⁶ Donde había defendido su tesis doctoral "*De frigore*"

¹⁷ Respecto a su relación con Franklin, Voltaire, Diderot y D'Alembert, cfr. LEAKE C.D. *Percival's medical ethics*, Baltimore: Williams and Wilkins, 1927. Reeditada en 1975 (R. Krieger, Huntington New-York): "Percival evidently believed in the power of revealed reason: physicians have a single most rational way to be have and, once shown tha way, will follow. Percival's role is to be the voice of Reason." BERLANT J.L., *From medical ethics and monopolization*, en AA. VV., *Ethics...*

¹⁸ PERCIVAL T., *Medical ethics, essay medical philosophical and experimental (1768-1776), Observations and experiments on the poision of lead (1774), Medical jurisprudence (1800)*.

¹⁹ Cfr. PERCIVAL T., *Sketches of the lives and the work of the honorary staff of the Manchester infirmary*, Manchester, Manchester Univ. Press, 1904: 53-107. Cfr. CHAPMAN C.B., *Physician, law and ethics*, Nueva York: N.Y. Univ. Press, 1984: 75-124.

- ²⁰ GISBORNE T., *An enquiry into the duties of men*, Londres J. David, 1974, especialmente el capítulo 12, *On the duties of physicians resulting from the profession*.
- ²¹ Por ejemplo, en el de la "Canadian Medical Association", de 1867. Sobre la influencia posterior del código de la AMA de 1847, cfr. McCULLOUGH L.B., en REICH, *Encyclopedia...*, p. 951-953; LEAKE C.D. *Theories of ethics and medical practice*, Journal of American Medical Association 1969, 208: 842ss.; KONOLD D.E., *A history of American medical ethics 1847-1912*, Madison: State Historical Society of Wisconsin, 1962; SOHL P., BASSFORD H.A., *Codes of medical ethics, social science and medicine*, 1986, 22: 1175-1179.
- ²² Cfr. WANGENSTEEN O.H., en LAIN ENTRALGO, *Historia...*, vol.5, p. 133ss.
- ²³ KOCH A.-PEDEN W., *The life and selected writing of Thomas Jefferson*, Random House, 1972.
- ²⁴ RUSH B., *Observations upon the duties of the physician and the methods of improving medicine, accomodated to the present state of society and manners in the United States*, Filadelfia 1789; ID. *Sixteen introductory lectures upon the institutes and the practice of medicine, with a syllabus of the latter*, Filadelfia 1811.
- ²⁵ ID., *Medical inquiries and observations*. Conoció muchas ediciones en Filadelfia: 1794, 1802, 1809, etc.
- ²⁶ Cfr. BURNS Ch.R., *American medical ethics. Some historical roots*, en AA. VV. *Philosophical and medical ethics. It's nature and significance*, 3, Dordrecht, Reidel, 1977: 21-26.
- ²⁷ El médico, por ejemplo, debe profesar la religión cristiana, cfr. RUSH, *Medical inquiries...*, p. 439ss. La perspectiva del código de 1847 es claramente distinta. Entre los miembros del comité de redacción figuraba un destacado y eminente miembro de la comunidad judía en los EE.UU., el Dr. Isaac Hays (cfr. KONOLD D.E. en REICH, *Encyclopedia...*, 1, p.170), quien junto al Dr. J. Bell presentó a la Asamblea general el trabajo del comité (cfr. BELL, *Proceedings...*, p. 83 ss.). Esta actitud profesional del caballero cristiano se encuadra perfectamente en la concepción anglo-sajona de "gentleman"; el ejercicio ético de la profesión es condición del caballero virtuoso. Tanto en Rush como en Percival puede hablarse de una ética profesional del "gentleman". Cfr. McCULLOUGH L.B., *Virtues etiquette and Anglo-American medical ethics in the 18th and 19th centuries* en SHELPE E.E., *Virtue and medicine*, Dordrecht: Reidel, 1985: 81-92); PELLEGRINO E.D., *Percival's medical ethics: the moral philosophy of an 18th century English gentleman*, Arch. of Internal Medicine 1986, 146: 2265- 2269.
- ²⁸ Respecto a la concepción de la justicia en el contexto del utilitarismo, y su articulación en la deontología médica utilitarista, cfr. GRACIA D., *Fundamentos de bioética*, Madrid, Eudema, 1989: 245 ss. y 279.
- ²⁹ Cfr. LAIN ENTRALGO, *Historia...*, p. 384ss.
- ³⁰ Véase, por ejemplo, una característica clasificación de deberes en REID Th. en HAAKONSSSEN K. (ed.), *Practical ethics*, Princeton (N. Jersey): Princeton Univ. Press, 1990: 1-98. Este modelo podremos encontrarlo muy similar en las obras de planteamiento deontológico posteriores.
- ³¹ McCULLOUGH L.B. se refiere a un peculiar desarrollo tanto en el Reino Unido como en América de la temática del "Medicus Politicus" de Hoffman, en una literatura centrada en los deberes del médico, concebida como una aplicación de la "moral universal" de la intuición del deber, de Hutcheson y Hume. McCULLOUGH L.B., en REICH, *Encyclopedia...*, p. 957-962. Cfr. en este sentido, KING L.S., *Development of medical ethics*, New England Journal of Medicine 1958, 258: 480-486; Id., *The medical world of the eighteenth Century*, Chicago: Chicago Univ., 1958 (especialmente cap. 8); Id. *Medical theory and practice at the beginning of the 18th Century*, Bull. of the History of Medicine 1972, 46: 1-15.
- ³² Concepción que también es patente en Percival y que se deja entrever en su clásica expresión: (el médico) "se esforzará, pues, en unir en su talento, ternura con firmeza, y condescendencia

con autoridad, así como inspirar en el alma de sus pacientes gratitud, respeto y confianza”, recogida tal cual por el código de la AMA de 1847 (c.1, art 1.1). En Bard, la decisión ética es conocida inmediatamente, sin argumentos.

³³ Cfr. VEATCH, *Medical...*, p. 10ss.

³⁴ Sus lecciones en Edimburgo se hallan en *observations on the duties and offices of a physician, and the method of prosecuting enquiries in philosophy*, Londres 1770.

³⁵ Cfr. BERLANT J.L., *From medical ethics and monopolization*, en AA.VV., *Medical...*, p. 57ss.; ACKERKENCHT E.H., *Zur Geschichte der Medizinischen Ethik*, Praxis 1964, 176:580.

³⁶ Otras obras de J. Gregory son *Comparative view of the state and faculties of man, with those of animal world*, Londres 1766; *Elements of practice of the physic*, Londres 1772; *A father's legacy to his daughters*, Londres 1774; en ellas se aprecia la continuidad con las ideas de Hume y Hutchenon. “In modern times the first major interest in medical ethics in the Anglo-Saxon world appeared in the eighteenth century. The most important example of a comprehensive medical ethics is John Gregory's 'Lectures'” (VEATCH, *Medical...*, pp.9 ss.)

³⁷ Cfr. McCULLOUGH en REICH, *Encyclopedia...*, p. 951ss; KONOLD, *Ibid.*, p. 162ss.; VEATCH, *Medical...*, p. 9ss.

³⁸ Temas que hallamos también en Percival.

³⁹ BERLANT, *From medical...*, p. 55s.

⁴⁰ LAIN ENTRALGO, *Historia...*, p. 385.

⁴¹ Nos referimos a la obra de HOOCKER W., *Physician and patient; or a practical view of the mutual duties relations and interests of the medical profession and the community*, Nueva York 1849. Se trata de un planteamiento del todo coherente con el código de la AMA, que (salvo en una ocasión, y tangencialmente), no se refiere a derechos, sino sólo a obligaciones.

⁴² En este sentido, la enseñanza de la moral y de los diversos códigos de deontología profesional médica debería ser integrada en los planes de formación profesional del personal sanitario, también en las naciones donde la “common law” es patrimonio social: “Ningún futuro médico puede ignorar los intereses esenciales de los pacientes, protegidos por la moral y por los cuales han sido formulados los códigos de deontología”. Documento final “*Dans le cadre*” de los participantes a la reunión promovida por el Pontificio Consejo “Cor Unum” (27.6.1981), Città del Vaticano: Tipografía Poliglota Vaticana, 1981: 1-25.

⁴³ No puede ignorarse el avance de cierta cultura, preponderante en un momento histórico determinado, que ha promovido la legalización del aborto provocado y que presiona ahora, cada vez con mayor insistencia, para la legalización de la eutanasia, cultura que puede denominarse con toda propiedad como “utilitarística”. Cfr. JUAN PABLO II, *Discurso a la Unión de Juristas Católicos Italianos*, Congreso nacional sobre problemas jurídicos de la bioética (5.12.1987), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, X, 3, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1987: 1294-1296.

⁴⁴ Respecto al Magisterio de la Iglesia Católica sobre la libertad en materia de conciencia y de religión, cfr. JUAN PABLO II, *Mensaje a las autoridades firmantes del Acta final de Helsinki de Seguridad y Cooperación Europea* (1.8.1975), de 1.9.1980 (AAS 1980, 72: 1252-1260).

⁴⁵ Desde el planteamiento del personalismo contemporáneo, una consideración de la bioética atenta a esta relación de la conciencia del médico con la persona del paciente, en SGRECCIA E., *Manuale di bioetica*, Milano: Vita e Pensiero, 1989: 47-51.

⁴⁶ Hemos tratado en otro lugar de esta noción de “proceso de codificación”, reteniéndolo relevante. Cfr. FERNANDEZ F.C., *El Code of Medical Ethics (1847): Principios de ética y proceso de codificación*, Cuadernos de bioética 1992, 13.

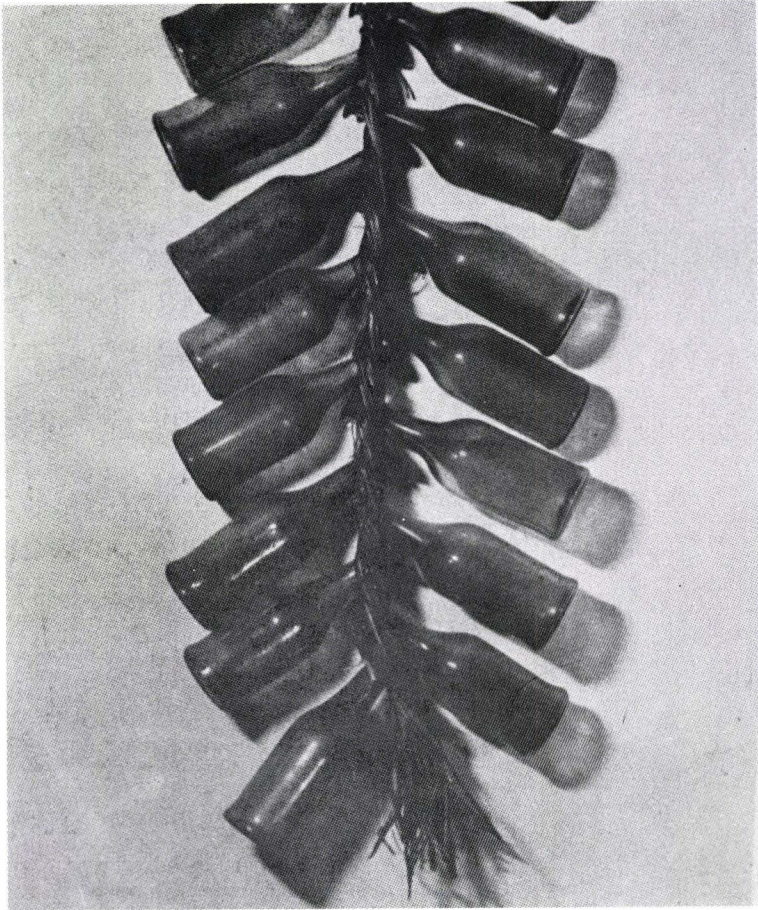
⁴⁷ La Iglesia Católica destacó pronto la utilidad de dicho proceso, subrayando la relevancia de una recta inspiración de los principios constitutivos (y no sólo de las consecuencias prácticas)

de los códigos deontológicos médicos. Cfr. PIO XII, *Discurso a la XVI Sesión de la Oficina Internacional de Documentación de Medicina Militar* (19.10.1953); Id., *Discurso a la VIII Asamblea General de la WMA* (30.9.1954).

⁴⁸ Véase en este sentido, por ejemplo, MAY W.F., *Code and covenant or philanthropy and contract?*, Hastings Center Report 1975, 5: 29-38.

⁴⁹ La Iglesia Católica ha expresado varias veces en su Magisterio la profundidad de la verdad sobre la libertad del hombre, la verdad de su ser y el misterio de su conciencia. En lo profundo de su conciencia el hombre descubre una ley inscrita en su corazón a la que debe obedecer y que él mismo no se ha dado; cfr. *CONCILIO VATICANO II, Const. "Gaudium et Spes"*, n.16 (AAS 58, 1966: 1037), S. CONGREGATIO PRO DOCTRINA FIDEI, Decl. "*Persona humana*" (29.12.1975) n.14 (AAS 68, 1976: 78ss.). "*Ce que l'Eglise veut, c'est précisément une médecine conforme à la vérité et à la dignité de la personne, la 'mesure' ou le critère ultime de l'exercice médical doivent être cette dignité, en un moment, le bien de la personne*". CAFARRA C., *La doctrine catholique et l'exercice de la médecine*, en AA.VV., *Le Médecin face aux droits de l'homme*, Pavoda: CEDAM, 1990: 982ss.

⁵⁰ JUAN PABLO II, *Discurso a la Unión de Juristas Católicos Italianos*; Congreso Nacional sobre problemas jurídicos de la bioética (5.12.1987), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, X, 3, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1987: 1294-1296.



Lazo con frascos para medicamentos, siglo XVIII

Transformaciones socioculturales de la familia y comportamientos relativos a la procreación

*Pierpaolo Donati**

Resumen

El autor examina las transformaciones socioculturales a las que se ha enfrentado la familia italiana en estos últimos años, así como el comportamiento de los cónyuges respecto de la procreación. Ha cambiado el modo de mirar al hijo, convertido ahora en un medio para satisfacer las exigencias de una pareja cada vez más replegada sobre sí misma y a la búsqueda de su propia realización. De aquí el buscar un hijo a cualquier costo, aun cuando esto lleve a reducir a la familia —a causa de la intervención de “partners” externos— a un simple medio de catalogación, desprovista ya de sus más profundos significados. Buscando una manera de superar el estado actual, el autor indica posibles pistas de intervención y proporciona también indicaciones válidas para sucesivos debates sobre el tema.

La fecundidad: no ya “revolución silenciosa”, sino “fluctuación paradójica”

Un poco en Europa y en todo el mundo civilizado, pero en particular en Italia, los nacimientos han disminuido de forma casi constante a partir

* Catedrático de Sociología de la Familia y Director del Centro de Estudios de Política Social en el Departamento de Sociología de la Universidad de Bolonia.

de la mitad de los años sesenta, primero de manera ligera, y luego, a partir de 1974 aproximadamente, con bastante rapidez. En ciertas áreas se puede hablar de un auténtico derrumbe de la natalidad. El “epicentro” de este fenómeno, que J. Bourgeois-Pichat¹ ha llamado de “implosión de la población”, estaba, hasta hace poco, en el Centro-Norte de Europa,² pero en los últimos años se ha desplazado a un triángulo bien identificado que abarca Alemania, Suiza, Austria, Italia, Grecia, España y Portugal (países en los cuales la tasa de fecundidad total bajó a 1.4, 1.5, 1.4, 2.1, 4.1, 3.1 y 1.4 respectivamente, en 1990).

Si el descenso de la natalidad sigue así por unos decenios más, en el lapso de uno o dos siglos muchas poblaciones autóctonas están destinadas a desaparecer. Por esta razón, ciertos demógrafos hablan del “descenso brutal” de la fecundidad y de “tendencias suicidógenas”. La hipótesis es ciertamente irreal, sin embargo, hay que notar que invertir consistentemente esta tendencia requerirá notables sacrificios. En particular, para llevar el nivel de fecundidad cercano a la tasa de reemplazo de la población se necesitará que un número elevado de familias (en torno al 50 por ciento) tenga tres o más hijos, lo cual es, evidentemente, una condición bastante gravosa para nuestra organización social.

Lo que se quiere poner de relieve no es el fin de la humanidad, sino el hecho que el actual proceso histórico tiene un alcance tal que indica que se están dando cambios perturbadores en toda la sociedad y en todas las esferas de la vida: culturales, económicas, sociales, políticas y éticas. Nótese también que, mientras Francia se muestra preocupada por el hecho de que en ese país el número modélico de hijos por pareja ha pasado de tres a dos, en Italia este número ha bajado ya a 1.27.³ Una restricción de la procreación humana de este alcance tiene unas premisas y unas consecuencias que podemos definir como “de época”, y van más allá de cuanto acostumbramos llamar “modernización” de los comportamientos procreativos. La llamada “revolución silenciosa” en los años sesenta y setenta, en los años ochenta se ha vuelto una “revolución abierta”.

En muchos aspectos, el derrumbe de la natalidad que padecen algunos países (en primer lugar Italia) viene a significar que se ha fabricado y colocado en el corazón de la sociedad una “bomba de explosión retardada”. El concepto de “bomba” no se refiere al hecho de

que la población humana vaya al encuentro de la extinción. La redistribución a escala continental e intercontinental, ya en curso, no puede, ni siquiera por un momento, hacernos pensar en la desaparición de la población, considerando que el Sur del mundo es aún altamente fértil a menos que no tenga una implosión por carestías y guerras (como está sucediendo en Africa, según lo que trágicamente intuyera Malthus las posibles estrategias de control de la población). Los procesos migratorios podrán ciertamente proporcionar los reemplazos a las poblaciones indígenas que “implosionan”.

El concepto de “bomba” hay que referirlo más bien a los *desequilibrios sociales y culturales que se derivarán de la actual transición demográfica dentro de nuestra sociedad*. Una drástica y prolongada disminución de la fecundidad y, como consecuencia, de los contingentes juveniles significa: *a.* drásticos cambios de las formas familiares (entre otros el aumento de las familias sin hijos o con el llamado hijo único) y los consiguientes cambios radicales en las relaciones de vida cotidiana, tanto desde el punto de vista de las relaciones generacionales como desde el punto de vista de la formación psico-cultural de la personalidad individual y de los modelos de vida; *b.* fallidos *inputs* en el sistema económico y en el sistema de seguridad social, con efectos regresivos; *c.* fuerte envejecimiento de la población, y por tanto explosión de las necesidades vinculadas a los ancianos, justo cuando disminuyen los recursos que deberían proceder del recambio generacional; *d.* necesidad de redefinir toda la sociedad sobre bases multiétnicas, pluriraciales y multiculturales.

El presente estudio, sin embargo, no tiene como finalidad examinar las tendencias históricas de carácter macrodemográfico y los escenarios a los que acabamos de aludir. Estos últimos no son el objeto directo, sino más bien el contexto del presente trabajo. La tarea que me he fijado es la de explorar de qué manera, en ese contexto, se ha ido modificando la relación entre familia y miembros de la pareja procreativa. El esquema que tengo en mente (figura 1) tiene presente que, por vía empírica y no normativa,⁴ *la procreación es todavía una estrategia familiar*. La sociedad global influye en los comportamientos demográficos, particularmente en la fecundidad, de manera indirecta, es decir, a través de la familia. La fecundidad no es un comportamiento aislable de los demás comportamientos demográficos, sino que se inscribe en un

proyecto familiar más amplio como una estrategia entre las demás.⁵ Hay que comprenderla no tanto como resultado de “causas externas” a los individuos, cuanto más bien como *expresión de estrategias de pareja, esto es, de intenciones vinculadas* (la procreación es una opción que se hace “bajo vínculos”).

Nuevos contingentes de “jóvenes adultos” se asoman a la sociedad. ¿Su procreación está más o menos, y de qué manera, vinculada a la familia? ¿Cómo hacen familia? ¿Qué procreación llevan a cabo?

Resumo aquí, por razones de simplicidad, que entre los diversos “ambientes” que influyen en la relación familia/procreación (estructura demográfica de la población, mercado del trabajo, condiciones urbanas y habitacionales, etcétera) dos grandes “ambientes” son particularmente relevantes, esto es el ambiente cultural y el de las nuevas tecnologías.⁶

En la manera como se modifica la relación familia/procreación surgen las nuevas formas familiares y la que los demógrafos llaman “transición demográfica”.

(A)

Esquema de la problemática abordada

nuevas tecnologías

Posiciones/condiciones de los nuevos contingentes en la sociedad

(B)

familia—procreación

nuevas formas familiares

nueva transición demográfica

ambiente cultural

A propósito de este esquema, me apresuro a decir que, queriendo captar las tendencias más evidentes, se puede hablar de “fluctuación paradójica”.

Hay que decir ante todo por qué hablo de “fluctuación”. Con este término indico el hecho de que la procreación está sometida a presiones y movimientos contradictorios, “de avance y retroceso”, de rechazo y búsqueda desesperada del hijo, de manera que las variables del esquema (figura 1) muestran una significativa tendencia a una mayor ambivalen-

cia y variabilidad. La fecundidad se desnormativiza: de generación en generación, los contingentes juveniles se “individualizan” cada vez más; los comportamientos procreativos no siguen ya modelos normativos y valores *a priori*, sino que también ellos se individualizan, y lo mismo ocurre con las familias. El espectro de los comportamientos admitidos y pensados como posibles, muestra un radio más amplio y más accidentado, *aun cuando el efecto global es, contraintuitivamente, más uniforme que antes* (la fórmula: “tener hijos como se quiera y cuando se quiera” se traduce, en la inmensa mayoría de los casos, en tener uno o dos hijos entre los 25 y los 35 años).

Con la expresión “paradójica” entiendo el hecho de que, al mismo tiempo, el sistema cultural adopta actitudes paradójicas sobre la familia y sobre la procreación; las “construye” paradójicamente. En especial aparecen los siguientes rasgos.

a. El ambiente cultural en el que vivimos ya no está interesado en observar la realidad, que más bien se supone que coincide con la observación; en consecuencia, ya no puede ver lo que ocurre, sino sólo imaginarlo y simularlo. Frente a la realidad, los individuos tienden a adoptar actitudes y orientaciones de ficción, en el doble sentido de imaginación y de ficción. En concreto, las personas y las parejas están sometidas a presiones cargadas de ambivalencias y contradicciones que, en ciertos aspectos, inducen a querer al hijo, mientras en otros aspectos inducen a no quererlo; expresan la necesidad de tenerlo a toda costa, mientras por otro lado lo rechazan. En una palabra, la cultura actual no distingue entre el “hijo imaginario” y el “hijo real”. El hijo se vuelve una paradoja; existe, pero no debería existir; está hecho así, pero debería ser diferente; es aún demasiado pequeño o es ya demasiado grande. Nunca es como se le imaginaba, y esto aumenta la sensación de que tener un hijo es como jugar a la ruleta.

b. La sociedad posmoderna asume que la procreación se desliga de la orientación de la familia. Para la cultura actual, la procreación es un asunto de individuos y entre individuos. No se parte de una familia, ni se debe llegar a una familia, sino que se parte de individuos y lo que se piensa es construir individuos. Es como individuos como se forma una familia y se procrea. No se ve que la procreación es un fenómeno mediado por la *relación* de pareja y por el contexto familiar (tanto de la familia de origen como de la familia escogida), cualquiera que sea la

forma. Nuestra sociedad asume en cambio como ficción que la procreación se desvincula de las redes y de las mediaciones entre los sexos y entre las generaciones. La relación procreación/familia es considerada, así, de forma “paradójica”.

c. La procreación se convierte de evento “natural” y “fisiológico”, en un hecho “artificial” y “patológico”. En general, se vuelve un “riesgo” que puede correrse y sólo en ciertas condiciones. Se habla *en sentido generalizado* de procreación como “riesgo de embarazo”, de riesgo-hijo incluso cuando el hijo es esperado y querido.⁷ En el proceso procreativo inciden cada vez más las fluctuaciones que provienen de un ambiente cultural complejo (desnormativizado) y de medios tecnológicos que tienden al control de la procreación en todas direcciones.

Para decirlo brevemente, el código simbólico de las sociedades complejas tiende a tratar la fecundidad como un sistema funcional que expande el número de los titulares y al propio tiempo amplifica sus derechos subjetivos, a fin de hacer probables todos los comportamientos posibles. Deben ser ampliadas todas las posibilidades que pueden pensarse, *tener hijos debe ser siempre “posible de otro modo”*. El drama es que esta regla pierde de vista la distinción entre humano y no-humano, y de este modo se hacen posibles algunos comportamientos que son improbables por su propia naturaleza.

Esto ocurre, por decirlo de alguna manera, en teoría. En la realidad, las cosas van en direcciones bien definidas. En los comportamientos procreativos, en efecto, prevalece una tendencia a la baja y a la negación, y es por esto que el clima difuso que se respira es más de rechazo que de aceptación de la procreación.

Todo esto hace “explotar” las formas familiares, en el sentido de que las relaciones entre los sexos y entre las generaciones ya no son “unívocas”, sino practicadas como “juegos” comunicativos y estratégicos. En el conjunto, surgen nuevos desequilibrios demográficos que propongo denominar “*tercera transición demográfica*”.⁸ Esta fase se caracteriza por una procreación entendida como *riesgo* y, por tanto, *ultra-controlada*, particularmente a través de una acentuada *medicalización*. La semántica de la procreación como riesgo va acompañada de una creciente percepción de la familia, esta también, como riesgo y por tanto como improbabilidad.

Así, nos preguntamos ¿para qué sirve y a qué conduce este poner en fluctuación la procreación humana?

Formalmente, la cultura de la elección llega después de dos siglos de exaltación del “sujeto” y de sus libertades, en primer lugar de la subjetividad femenina, y luego, aunque esto sea un terreno menos conocido en el campo procreativo, también de la masculina. En realidad, las opciones subjetivas en materia de fecundidad están orientadas por un contexto cultural y social. En particular, se vuelven expresión de poderosas fuerzas sistémicas que están ciertamente legitimadas en términos de humanización y de bienestar, pero que sobreentienden impulsos y orientaciones muy distintos. La procreación ha entrado, desde hace tiempo, en los mecanismos del mercado capitalista y en los del aparato llamado *de bienestar*. Al final, nos preguntamos si todo este proceso incrementa verdaderamente una subjetividad humana libre y responsable, si acrecienta la satisfacción y la felicidad de las personas, lo cual es siempre posible, o bien si aumentan también los condicionamientos y las manipulaciones con una sensación difusa de frustración colectiva, sobre todo respecto de cómo una generación trata a la sucesiva.

No es casualidad que las investigaciones empíricas, incluso en Italia, revelen la existencia de una *necesidad insatisfecha de maternidad y de paternidad*. Este dato hace evidente que la libertad de procreación se dirige hacia abajo más que hacia su realización a través de mayores oportunidades. En otras palabras, existe hoy un exceso de condicionamientos sistémicos sobre las intenciones y sobre los proyectos subjetivos.

En este “juego sistémico” quien pierde, al menos inicialmente, es la familia. Es la relación-familia la que, más que cualquiera otra, pierde sentido y sustancia. Hace implosión, y a su vez, la implosión de la familia provoca la implosión de muchas otras relaciones sociales.

Las sacudidas que experimenta el sujeto humano y la familia, hasta la anulación de la personalidad y la destrucción de las relaciones interhumanas, generan mutaciones en las formas familiares y procreativas, mutaciones que a su vez contribuyen a una nueva fase de malestar de los sujetos y de las relaciones sociales, hasta llegar a la anulación.

Tratemos de entrar en los detalles de este proceso. Me propongo, ante todo, analizar la manera como han cambiado las estructuras familiares y los comportamientos procreativos, luego, entender qué le está sucediendo a la procreación humana, y después, analizar la

demanda de fecundación artificial y las respuestas que actualmente se le dan.

Los problemas que surgen de este análisis llevan a profundizar el tema sobre los *aspectos sociales en la procreación*. El debate actual, en efecto, está a mi parecer demasiado polarizado sobre la relación entre procreación “natural” y procreación “controlada”, de manera que en la polarización (entre natural y artificial) se va perdiendo una visión más “comprensiva” de la mediación que lo social ejerce (y debe ejercer) dentro y sobre esta polaridad. Derivaré de ello algunas consideraciones sobre los escenarios de posible intervención y algunas sugerencias para producir nuevas observaciones sobre los problemas tratados.

Transformaciones de la familia y procreación: tendencias

Describir las transformaciones de la familia y de los modelos culturales procreativos es obviamente una tarea compleja, y más complejo aún es comprender sus interacciones. Introduciré, pues, algunas simplificaciones para poner en evidencia las principales tendencias de fondo, con la advertencia previa de que la disminución de la fecundidad es un proceso “secular”.⁹

Las tendencias estructurales de cambio de las familias pueden describirse mediante varias tipologías. Si nos atenemos a las encuestas del ISTAT, encontramos dos tipos, la tipología del censo y la de control.¹⁰

Aun cuando no coinciden totalmente, ambas dicen que las estructuras familiares muestran las siguientes tendencias:

- drástico derrumbe de las formas familiares alargadas y extensas;
- disminución de las familiares nucleares completas (esto es, parejas con hijos);
- aumento de las familias con un solo progenitor;
- aumento de las familias con un solo hijo;
- aumento de las parejas sin hijos;
- aumento de las personas que viven solas (impropiamente llamadas “familias unipersonales”, en su mayoría ancianos solos, especialmente mujeres).

Si utilizamos las tipologías de la demografía histórica, derivada en particular de P. Laslett, podemos describir los cambios familiares como

simplificación de sus formas.¹¹ Simplificación significa que la familia se restringe y se limita a un número menor de componentes y de relaciones parentales.

Sin embargo, hay que estar atentos, la tesis de la progresiva nuclearización no es aplicable a escala generalizada y a lo largo de todo el curso de la historia. Se han desmentido tanto las tesis “estructuralistas”, según las cuales las estructuras familiares serían invariables, como las tesis evolucionistas, según las cuales las estructuras familiares irían necesariamente de lo más complejo a lo más simple, o bien estarían sometidas a “leyes” biológicas o históricas de algún tipo.

En todo caso, es indudable que en el último siglo, con el paso de la familia tradicional a la contemporánea, se ha dado un proceso general de restricción de la natalidad y de fragmentación de los núcleos familiares.

No tiene caso referir aquí los datos estadísticos analíticos, cuya disponibilidad, por lo demás está generalizada.¹² Me limito a referir una tabla con algunos datos significativos (Tabla 1).

Hoy, también la familia nuclear estable se encuentra en peligro, en cuanto que experimenta presiones que tienden, por así decir, a despedazarla y a recomponerla, eventualmente, de otra manera. Hay zonas territoriales en las que la familia nuclear estable se ha vuelto una “rareza”.¹³

Algunos explican esta marcha diciendo que la familia se restringe sobre todo a causa de la baja fecundidad, esto es, recurren a la relación (flecha B en la figura 1). El descenso de la natalidad produce familias más “simples”. Esto es lo que dicen, pero, por sí sola, esta explicación corre peligro de ser tautológica. Hay que considerar también la relación inversa (flecha A de la figura 1): la fecundidad disminuye porque cambian los modelos culturales de la familia, así como sus presupuestos de valores y normativos.

Bajo el perfil cultural, *la novedad es que la procreación no es ya un “valor en sí” aunque esté sometido a un cálculo de costos-beneficios en relación con estrategias de supervivencia y de descendencia familiar, sino que se convierte en un “valor de consumo”*, es decir, una manera de actuar que consiste en la elección de un bien relativo a otros bienes de consumo (no es un bien de “inversión” en el sentido de este término). El hijo no es un bien incondicional o una inversión humana que un cierto cálculo de costos hace más o menos accesible, sino que es un objeto de

consumo que entra a formar parte, a la par de otros objetos, de una escala de preferencias contingentes. Ph. Ariès¹⁴ ha hablado, a este propósito, de un paso del malthusianismo ascético a un malthusianismo hedonista. Más en general, es *la imagen social de la felicidad* de la pareja la que da forma a las motivaciones procreativas. Las opciones de fecundidad son parte de un complejo de elecciones que son percibidas como decisivas por la pareja y es indudable que, en tales opciones, entran los valores que los cónyuges/*partners* sienten como predominantes en un cierto momento en la sociedad que los rodea (valores sociológicamente entendidos como preferencias colectivas que aparecen en un cierto contexto y contribuyen a la regulación de ese contexto). La sociedad entra cada vez más prepotentemente en la familia y permea su vida “interna”.

Hay que considerar, obviamente, el hecho de que cuanto más envejecen las familias, tanto menos pueden tener hijos, y por ello la que está destinada a extinguirse una población en la que el porcentaje de ancianos llega a superar un cierto umbral (estimado en torno al 35-40 por ciento), a menos que se den inmigraciones muy consistentes.

Desde este punto de vista, el descenso drástico de la fecundidad tiene una motivación evidente: es el indicador (el motor y el producto) de una orientación más difusa hacia el bienestar material de la familia.

Por todas partes, cuanto más crece el nivel de bienestar tanto más disminuye la fecundidad (la correlación es conocida desde el siglo XVII-XVIII).

No obstante, los demógrafos se encuentran en grandes dificultades para explicar por qué la fecundidad se ha derrumbado tan fuertemente y con tanta rapidez. Por fuerza de las cosas, se remite a una pluralidad indefinida de variables demográficas (de estructura por edad de la población), culturales, sociales, psicológicas, económicas e incluso políticas, pero no podemos hacer aquí un análisis más complejo de las mismas.

Bastará recordar que, en el marco de las tasas decrecientes de nupcialidad, la gente se casa en promedio a una edad más avanzada y en la mujer termina la fecundidad a una edad más precoz. Por tanto, se restringe el período de fecundidad.¹⁵ Si se considera que los contingentes de mujeres en edad entre 25 y 39 años están destinados a disminuir en número, entonces se dice que para elevar la tasa de natalidad al nivel de reemplazo de la población las mujeres deberán tener casi el doble de

hijos respecto de cuantos tienen hoy. Se estima que, para alcanzar una tasa de natalidad adecuada al reemplazo de la población, más del 35 por ciento de las mujeres en edad fecunda debería tener tres hijos por lo menos. Esto constituye un objetivo bastante “costoso”, porque el tercer hijo comporta una carga marginal considerable en la vida familiar, y a falta de apoyos adecuados, lleva a establecer una espiral negativa (la mujer se ve obligada a abandonar el trabajo profesional, lo cual disminuye los ingresos familiares).¹⁶

Para bajar a un análisis más detallado, hay que elaborar enfoques que vinculen más los datos estructurales con los culturales. Así, han surgido nuevos enfoques: los que estudian a las familias a través de las generaciones y los que tratan de entender los cambios de las familias a través de los cambios en el ciclo de vida de los individuos.

a. Desde principios de siglo hasta la actualidad, las generaciones han estado siempre inclinadas a la procreación. La generación nacida en la segunda posguerra es la que llevó a cabo la segunda transición demográfica, lo que ha llevado, a Italia concretamente, a una configuración de “crecimiento cero”.¹⁷ De la generación sucesiva, la de los hijos de la “generación del 68” (esto es, los jóvenes nacidos después de los primeros setenta y que se disponen a casarse en los próximos años), no se sabe exactamente qué esperar. En teoría, las jóvenes parejas actuales están muy ligadas a la familia (como demuestran todas las encuestas empíricas), pero en la práctica muestran dificultades crecientes, subjetivas y objetivas, para sostener un nivel de fecundidad más elevado, o por lo menos igual al de los padres.

b. Con base en la idea de que las generaciones tienen sus modelos procreativos y familiares, se trata de ver cómo se forman estos. Diversos estudiosos, como C. Saraceno,¹⁸ han avanzado la hipótesis de que se forman como entrelazamientos de cursos de vida individuales, y se sostiene que estos últimos se van *desinstitucionalizando*. La tesis está fundamentada empíricamente, si con ella se intenta señalar el hecho de que no hay un “modelo de vida” predominante que prevea un cierto decurso procreativo. En otro tiempo, según el sexo y la clase social, un joven, en general, estudiaba hasta cierta edad, luego encontraba un trabajo (el único de su vida si era varón), se casaba (con el único cónyuge de su vida), y tenía un mínimo de hijos. Ahora ninguna de estas variables es “estable” en el tiempo; los jóvenes se fragmentan en sus recorridos de

vida y la diferenciación entre roles masculinos y femeninos no es tan clara. El hecho de que un joven se case o no, que esto ocurra más pronto o más tarde, tenga más o menos hijos o ninguno, todos estos fenómenos son menos previsibles en el tiempo, especialmente si se leen en clave de sexo, paternidad, familias parche, matriarcales o híbridas, etcétera.

Algo parecido ocurre con la procreación. Quedan lejos los tiempos de la cultura burguesa de la infancia¹⁹ y del moderno “puerocentrismo”. La familia “centrada en el niño” ha quedado atrás²⁰ y L. Rousset²¹ habla del “fin del reino de la infancia”. En algunas sociedades occidentales, particularmente en Italia, la infancia tiende a morir como grupo socialmente relevante y significativo para la sociedad.²²

Ciertamente, muchas familias siguen estando todavía “apegadas al hijo”, pero en un sentido muy diferente. Ahora el niño no es el destinatario de un proyecto, sino que es el niño-símbolo de una experiencia vivida progresivamente. El niño es imaginado fantasiosamente como un juguete “muy hermoso”, o bien se convierte en “un riesgo” que provoca sentimientos dramáticos.

Son numerosas las investigaciones de campo que proporcionan indicaciones empíricas sobre estas tendencias, y lo difícil es seleccionarlas. Mucho sabemos sobre la pareja italiana, estratificada y diversificada por cantidad de otras variables relacionadas con la condición social (geográficas, económicas, etcétera) y con las creencias culturales y religiosas.

Las investigaciones sobre la fecundidad llevadas a cabo por la OMS (y coordinadas en Italia por P. De Sandre) y los estudios del I.R.P. (A. Golini y otros) han proporcionado muchos datos estadístico-demográficos que aquí no es posible resumir.

Desde el punto de vista cuantitativo-cualitativo, los datos más recientes confirman lo que tuve manera de comprobar en un experimento piloto en 1980, esto es, la coexistencia de tres modelos familiares y procreativos:²³

— la pareja centrada en el hijo (*familia de filiación* o procreativa), estadísticamente “modal” todavía;

— la pareja centrada en el eje horizontal (*la familia-de-pareja*, centrada en la pareja misma), y dispuesta de un modo bastante limitado a la procreación y de rápida difusión;

- la pareja cerrada a la filiación (*familia individualista*, caracterizada por el narcisismo), estadísticamente minoritaria todavía, pero hoy en rápida difusión.

Entre las más recientes investigaciones al propósito, las de R. Palomba, A. Menniti y otros,²⁴ así como la investigación multiobjetivo *Istat* (no publicada todavía), para citar sólo algunas, ofrecen abundante información. Eurisko hizo su propio sondeo, presentado en mayo de 1992 en el CISF de Milán, en el que se pone de relieve la persistencia, e incluso el creciente apego de los padres italianos a los hijos, en la que se ha dado en llamar *familia marsupial*, caracterizada por una filiación expresiva que busca 1-2 hijos y los mantiene largo tiempo dentro del núcleo original, llevándolos hasta un matrimonio ritualmente manejado por los padres mismos. Referir y comentar todos estos datos ocuparía aquí demasiado espacio.

Urge sólo hacer una advertencia. Muchos de los datos estadísticos de investigación producidos con base en opiniones, actitudes y valores son escasamente confiables si no son referidos a comportamientos efectivos y a otras variables relevantes para comprender su coherencia y su consistencia. No son confiables, adviértase, no porque los investigadores no hayan registrado fielmente las respuestas, o porque las muestras no sean representativas u otras razones técnicas, sino porque, aun suponiendo que los entrevistados hayan sido sinceros y que los investigadores hayan sido competentes y correctos, las interpretaciones de las respuestas de opinión son sumamente problemáticas. En este campo se requieren muchos más análisis (análisis en profundidad, de estructuras latentes, e incluso hermenéuticos), que todavía no se han llevado a cabo.

Me explico con un ejemplo. En una investigación llevada a efecto entre 1987 y 1988, R. Palomba²⁶ preguntó a los italianos cuáles eran los motivos por los que las parejas no deseaban tener un hijo más. Si se analizan los motivos se ve que estos se distribuyen en orden de importancia como sigue: — primero, la situación económica general (crisis económica y desempleo: 88 por ciento recuérdese que en 1987 Italia gozaba de un periodo de notable bienestar económico); luego, el costo elevado del mantenimiento de los hijos (78 por ciento), el trabajo de la madre (76 por ciento), y así, de manera escalar, el porvenir incierto del hijo (75 por ciento), la carencia de servicios sociales (62 por ciento), el excesivo esfuerzo exigido a los padres (56 por ciento), la escasez de

vivienda (55 por ciento), el deseo de mayor independencia de los padres (54 por ciento) y las dificultades en la educación de los hijos (52 por ciento). El único motivo que no parece influir en el hecho de no desear otro hijo es “la dificultad de hacer de padre” (48 por ciento), que es el único motivo que está por debajo del 50 por ciento, y por tanto resultaría ser el menos problemático.

Sin embargo, ¿qué decir de un panorama de respuestas como éste? Se subrayan todas las dificultades externas, mientras la propia capacidad de hacer de padre no parece constituir un problema. Es evidente el carácter “proyectivo” de las respuestas, que requieren interpretaciones atentas y no simplistas.

En todo caso, de estas investigaciones se deduce que los comportamientos procreativos no siguen un modelo predominante, ni siquiera una pluralidad de tipos compartidos de acción; la procreación se vuelve un problema, *el* problema de la pareja, que debe decidir si se convierte o no en “familia”.

Según estos estudios sobre la pareja italiana, surge la tendencia a hacer desaparecer virtualmente al hijo como relevante para la pareja misma.²⁷ En los juegos de complicidad/competición de la pareja el tema del “posible hijo” se hace latente. En este “poner en latencia” se puede ver el hecho de que, en las nuevas generaciones, el hijo es percibido como un elemento que transforma a la pareja en otra cosa, y es por esto por lo que es amado y temido al mismo tiempo. Ayer, la pareja era pensada como familia; hoy, la pareja y la familia se vuelven cosas sustancialmente distintas. El niño, que ayer era un “producto natural” de la pareja, se hace la expresión de algo que la pareja no cree poder dominar.

La consideración podría ampliarse haciendo observar que, por una contradicción muy precisa de nuestra cultura, el niño es cada vez más deseado, pero también es vivido cada vez más con sentimientos de temor y angustia. Esta exaltación de la ambivalencia simbólica que comporta la actual imagen del niño, acompaña al hecho de que, en todo el debate sobre la procreación, incluso de la artificial, a pesar de la apariencia contraria los “grandes ausentes” son, precisamente, los niños. Las parejas pueden desear y hablar con inmenso afecto de los niños, pero lo hacen desde su punto de vista, no desde el punto de vista del niño.

No es casualidad si la cultura de la infancia esta marcando el paso casi en todas partes. Y se está quedando atrás tanto en los contextos con elevada modernización (tómese el caso de Nueva York o de nuestras metrópolis), cuanto en los contextos más marginales (como en Africa, donde la infancia es exterminada en masa, obviamente por los occidentales). La infancia desaparece de la escena o bien, donde sigue estando presente, lo es de una manera altamente simulatoria.

El tema de la relación entre procreación y orientaciones religiosas merece que le dediquemos unas palabras. Si nos atenemos a las investigaciones estadístico-demográficas sobre la fecundidad en Italia, la fe y las creencias religiosas resultan significativas en cuanto a la diversa visión del mundo (valores, opiniones, actitudes) de las personas, pero no respecto de los comportamientos efectivos. En otras palabras, simplificando el razonamiento, católicos y no católicos se distinguen claramente por los valores en los que creen (acerca de la procreación y la familia), pero si se ven luego las tasas de fecundidad, la diferencia se reduce grandemente y en ciertas zonas no es significativa. Poco se sabe de las religiones no cristianas. A diferencia de quien se declara poco a nada religioso, los creyentes revelan estar sometidos, de todos modos, a fuertes presiones de la sociedad respecto de la limitación de los nacimientos.

Esta realidad quiere significar, entre muchas otras, dos cosas. En primer lugar, que el derrumbe de la fecundidad se produjo bajo la insignia de una acentuada secularización de la familia. Quien se apresura a sostener, como incluso en 1992 hacía una socióloga feminista de Padua, que los problemas de la mujer derivan de la influencia aún persistente de la Iglesia católica [la cual] constituye todavía una amenaza a la secularización de la vida familiar demuestra haber entendido muy poco. Los datos de las investigaciones que acabamos de citar demuestran que la familia italiana se ha secularizado en gran medida, y que sus mayores problemas surgen ahora precisamente de un sistema cultural secularizado. Las ambivalencias para con los hijos, el fin de la infancia, la latente cultura de la muerte, deben estar vinculadas al declinar de las orientaciones religiosas frente a la vida humana. Los nuevos problemas sociales ligados a la fecundidad se derivan de las contradicciones internas de la modernidad.

En segundo lugar, se ha vuelto evidente que, en la actualidad, las reglas de la vida social penalizan a quien apoya a la cultura de la vida, especialmente si es de religión cristiana (aunque también de otras grandes religiones mundiales). Quien esté abierto a la fecundidad es ayudado por la sociedad dentro de ciertos límites bastante estrechos y condicionados, más allá de los cuales falta toda solidaridad. Y tales límites se van restringiendo cada vez más. De hecho, la procreación es cada vez menos considerada como un derecho humano fundamental, en el sentido de una libertad positiva (libertad de y no sólo por). Según la opinión predominante de la modernidad, que aún se sigue reflejando en los medios de comunicación, quien piensa de este modo debe echarse a cuestras la carga de renovar a las generaciones sin poder contar con la ayuda de otros que no sean las propias redes informales. Por el contrario, quien prefiere optimizar un estándar individualista de vida es mayormente apreciado, premiado o por lo menos favorecido.

En pocas palabras, la caída de la fecundidad debe referirse ciertamente también al hecho de que la religiosidad tiende a ser menos relevante desde el punto de vista público, social, común, de solidaridades no privadas. Pero, con todo, se hace también evidente que, en la actualidad, es la secularización de la esfera pública la que se vuelve problemática en el campo de la procreación.

La procreación en el caleidoscopio de lo postmoderno

La procreación humana es un indicador sumamente complejo de una pluralidad, potencialmente no numerable, de factores simbólicos y materiales que se sintetizan en él. Es, en una palabra, la resultante de un conjunto de factores que, relacionados entre sí, indican que un cierto grupo social es más o menos capaz de expresar confianza, e inversión en el futuro, a través de las nuevas generaciones. Como tal, el comportamiento procreativo caracteriza a toda una cultura en cuanto más o menos capaz de vida.

Resultará bastante largo, y sumamente complicado, evaluar cada uno de los factores (causas) y sus relaciones. Baste sólo recordar que, en los años setenta, las principales causas del derrumbe de la natalidad fueron atribuidas, en primer lugar, a factores materiales (desempleo juvenil

dificultad de encontrar y pagar vivienda; otros factores de precariedad de las parejas jóvenes la disponibilidad de nuevos anticonceptivos y de otros instrumentos técnicos de control de los nacimientos, etcétera). Pronto las explicaciones basadas en este tipo de determinismos materiales se revelaron como parciales e insuficientes y se hizo evidente que los factores culturales eran, como lo son en realidad, decididamente más profundos e invasores. Sobre la caída de la fecundidad son sumamente significativos la incertidumbre existencial, la falta de un sentido de identidad en el adulto, el carácter de riesgo creciente al echarse la responsabilidad de un hijo y los nuevos comportamientos preferenciales de consumo. Se abrió, así, una nueva etapa de investigaciones sobre las causas que hacen que la procreación sea más incierta y cargada de dificultades.

Sintetizando, puedo decir que, en Italia tanto como en los países más industrializados, la procreación ha disminuido por las siguientes razones:

— la *disminución de la mortalidad*. Con el alargamiento de las expectativas medias de vida, ha llevado a una vida más larga de la familia y por tanto de una mayor carga de los hijos (que hay que evaluar también en relación con los costos en conjunto de su crianza) en términos probabilísticos, y en promedio, ahora padres e hijos (y en general 3 a 4 generaciones contiguas) tienen tiempos más largos de convivencia común, desconocidos en los siglos precedentes ²⁸

— la *desinstitucionalización de la familia*. El escasísimo interés del estado por la familia, bajo el aspecto de la protección jurídica y de la promoción solidaria (aun cuando no de bienestar individual), ha comportado un proceso de privatización de la procreación de aquí le viene su fuerza a la difusión de todas las técnicas de control, incluida la reproducción artificial

— la *alianza mujer-Estado y el proceso de emancipación femenina*. Se insiste a menudo que la natalidad ha disminuido como consecuencia del aumento del empleo profesional femenino, pero no es así precisamente no es el trabajo de la mujer en sí y por sí el que hace disminuir la fecundidad, sino más bien el hecho de que la organización social en su conjunto haga más o menos fácil o posible la procreación en la mujer que trabaja. ²⁹

— *la cultura del dominio sobre la naturaleza*, con sus facetas en términos de mentalidad anticonceptiva, abortiva o de todos modos de control de los nacimientos.³⁰

Inicialmente todo esto llevó a que surgiera un modelo cultural de familia nuclear con dos hijos, pero luego éste también saltó por los aires. Hoy la fecundidad es medida sobre el deseo.

En la sociedad del bienestar se ha puesto de manifiesto el hecho de que la clave para entender los comportamientos procreativos reside en la identidad parental y en el estilo de las relaciones de pareja. No es cosa del presente el que sepamos que el hijo es expresión tanto de la madurez del adulto como ser recíprocante cuanto de la calidad de la relación de pareja. Se quiera o no se quiera, el hijo es el indicador de tales relaciones: de si éstas funcionan mejor o peor, si son más o menos felices, si son más o menos humanas.

Entonces nos preguntamos: ¿cómo cambian las identidades parentales? ¿Qué sentido tiene hoy ser padre o madre, y cuáles son las relaciones entre estas identidades?

Ser padre y madre se ha modificado en muchas direcciones. A diferencia de otros tiempos, ahora las personas se distinguen por la manera como, personalmente y en la relación de pareja, operan la distinción de identidad que les concierne. Ser padre o madre no son ya pertenencias dadas, sino que se vuelven opciones activas, en ocasiones más mediatizadas, y otras más impulsivas.

En todo caso, las tendencias fundamentales se caracterizan por:

— *la separación entre sexualidad y procreación*, y la separación anexa entre la identidad de pareja (como pareja) y la identidad de progenitor

— *la psicologización de las relaciones parentales*, con la pérdida del sentido social (de mediación) que la paternidad implica

— la facilidad con que se piensa que las nuevas tecnologías para el control de la fecundidad, tanto en sentido restrictivo como en sentido de facilitarla, pueden resolver los problemas de relación de la pareja y conducir, por eso mismo, a ser padres

— *la expansión de la esterilidad*, temporal o permanente, especialmente masculina y luego de la pareja, además de la femenina con la consiguiente aparición de nuevas respuestas culturales a una paternidad negada

— la aparición de nuevos patrones parentales, como la *genitorialidad pospuesta* (en algunos países, como en Suiza, aumenta la llamada popularmente maternidad tardía, elegida por los más variados motivos). Resulta también demasiado fácil ver que la procreación, considerada como genitorialidad, ha entrado en el caleidoscopio de lo posmoderno.

Detrás de todo esto están los cambios culturales más generales que llevan de las sociedades y de la primera modernidad, a las sociedades complejas o posmodernas. En estas últimas, sociológicamente hablando, la familia no es ya una isla, una célula, sino una realidad entrelazada y multidimensional,³¹ y así también la identidad parental se hace una identidad múltiple, socialmente construida de múltiples facetas, que se distancia hasta de los aspectos biológicos.³²

Como efecto de todo esto, el embarazo y el nacimiento sobrevienen en una pluralidad de contextos más variada que en otros tiempos. K. Lüscher y H. Engstler³³ han sugerido repensar a la familia a partir de la manera como se forma en relación con la concepción del hijo y con lo que ocurre entre este evento y las decisiones de la pareja en materia de la decisión familiar (por ejemplo, si casarse o no). En Italia, diversamente de lo que ocurre en otros países, la concepción del hijo, cuando se comprueba, conduce en la mayoría de los casos al matrimonio.

Entre las variables decisivas en el actual cambio de época de los modelos procreativos, no cabe duda que la más significativa hay que referirla a la mujer, a su nueva conciencia, a su nuevo papel en las relaciones de pareja y en la familia, a su nueva posición en la sociedad. La mujer es, en cierto sentido, el gozne de todo lo que se está produciendo en el escenario de la procreación, pero habría que hacer numerosas precisiones a este propósito.

Las mujeres son “actores” de los cambios procreativos, en cuanto que apoyan movimientos e ideologías de defensa, promoción y emancipación que tienen su propia dinámica, y son “víctimas” en cuanto que, de pronto, se encuentran en un torbellino “sistémico” más amplio que sus fuerzas y sus intenciones. El campo de la liberación femenina está sometido a presiones y efectos de todo tipo, incluidos los acumulativos y no intencionales, que van más allá de su sentido original.

Las presiones para el control de la reproducción han llevado a hacer desaparecer los confines entre natural y artificial. D. Haraway,³⁴ en un famoso ensayo en los límites entre la ciencia y la ciencia ficción, ha

llamado la atención sobre el hecho de que, por ese camino, se crearían hoy individuos los cuales, engendrados por las nuevas tecnologías, borran los confines entre lo humano y lo animal, entre lo mecánico y lo biológico, entre lo técnico y lo humano.³⁵ Según él, la mujer debe sentir placer en manejar estas confusiones de fronteras, mientras al mismo tiempo asume la responsabilidad de su construcción. Pero debe admitir que, por este camino, ninguna otra cosa caracteriza a la mujer: no hay nada que ligue de modo natural a las mujeres a ser “hembra”. A su parecer, no hay ni siquiera una condición como la de “ser” hembra.

Las presiones para socializar las cargas femeninas de procreación han llevado a hacer de la reproducción humana un proceso social ampliado a muchos actores y a una pluralidad de esferas sociales.³⁶ Hart hace notar que, de esta manera, la mujer ha encontrado mejores apoyos. Sin embargo, apenas alude al hecho de que, al mismo tiempo, ha encontrado también nuevas trampas.

Ciertamente, se han logrado muchos objetivos de emancipación femenina. Pero, al final, no está todavía claro si los nuevos patrones procreativos significan una liberación de la subjetividad femenina, o si en cambio son una fragmentación y sometimiento de la personalidad de la mujer.

Queda por hacer el balance del actual punto de llegada. Sin embargo, hoy, en los países occidentales, todas las familias y todas las mujeres tienen que enfrentar condiciones de riesgo que, para ser manejadas sin experimentar graves menoscabos, requieren nuevas elaboraciones culturales,³⁸ si es que la procreación y la genitorialidad han de ocupar un lugar significativo en la sociedad, y si no se quiere asistir al definitivo ocaso de lo humano.³⁹

En los años ochenta advertimos notables replanteamientos y nuevas reflexiones en el campo feminista. Las nuevas voces de mujer indican una nueva tendencia que plantea la exigencia de superar de la concepción moderna de la emancipación femenina; basada en la igualdad simple (como uniformidad) entre los sexos. Se nos ha preguntado si el código simbólico de la simple igualdad no se ha quedado obsoleto e incluso es ya contraproducente no sólo para la procreación, sino también para la personalidad femenina: si no es necesario pasar ya a un código simbólico de la igualdad compleja que tenga en cuenta las diferencias de sexo según otras modalidades, positivas o sinérgicas, más que negativas y

separadoras, y si este código puede constituir la referencia para nuevas relaciones de reciprocidad (no mistificante ni alienante), entre los sexos.

Es en esta dirección, tal vez, en la que el caleidoscopio de la procreación podría mostrar en el futuro un marco de referencia menos deshumanizante.

A mi juicio, las nuevas investigaciones que exploran los factores de condicionamiento y de elección de la procreación evidencian algo que, para ser observado, requiere adoptar un punto de vista particular: la creciente conexión, en un sentido específico, entre familia y procreación.

¿Qué quiero decir? Que si en ciertos aspectos la vinculación familia/procreación se ha hecho menos rígida, en otros aspectos se ha reforzado.

La relajación del vínculo familia/procreación es evidente no sólo en el número de nacimientos fuera del matrimonio, ⁴⁰ cuanto más bien por la tendencia a legitimar socialmente una especie de derecho al hijo (en especial al artificial) incluso para el individuo solo o para las parejas homosexuales.

El reforzamiento de la vinculación familia/procreación es tal vez menos visible, pero, a mi juicio, también más consistente, y estriba en el hecho de que el esperar o el tener un hijo lleva, hoy más que ayer, al reconocimiento de que ahí hay una familia, así como en el hecho de que la familia comienza a ser mirada con los ojos del hijo, desde el lado del hijo, desde el punto de vista de sus derechos, en primer lugar de su derecho a la identidad biológica y a la identidad sociocultural.

Es cierto, por tanto, que la procreación está a merced de fuerzas paradójicas; es un fenómeno de implosión en cuanto a su significado y de explosión en cuanto a los comportamientos. Pero algo marcha en una dirección diferente, en el sentido de que, a través de los nuevos patterns procreativos, aumenta también la conciencia de los derechos humanos del que va a nacer distintos de los de los progenitores. Entre éstos está el derecho del niño a una familia "válida".

Si todo esto es verdad, entonces podemos decir que, detrás de las presiones hacia la individualización y la diferenciación de la procreación, están surgiendo nuevas mediaciones. Decir procreación significa reconocer relaciones que llevan a la familia no por constricción por parte de un orden social impuesto por alguna autoridad, sino por la exigencia de la persona humana en relación con las otras.

El factor que parece mayormente contradecir esta interpretación evolutiva de la cultura parece ser dado por la llamada reproducción artificial.

Las demandas de fecundación artificial y las respuestas del sistema sociosanitario

En el contexto de una profunda depresión procreativa se están difundiendo las demandas de fecundación artificial. Como todos sabemos, el requerimiento es inducido: en su origen proviene de la oferta de tecnologías puestas a disposición por los estudios zootécnicos y de cría del ganado, y de aquí se transfirió al campo de la fecundación humana.

Una vez lanzados al mercado (a un mercado, como decíamos, paradójico y caleidoscópico), es lógico que estos métodos hayan atraído a un número creciente de individuos. La solicitud de fecundación artificial, pues, ha aumentado y está creciendo tras los impulsos del mercado, porque se considera como una de las posibles variantes; como una de las posibilidades que la sociedad democrática debe dejar abiertas, más aún, incrementar.

No estoy tratando aquí de los problemas éticos y de ética política. Me limito sólo a ofrecer elementos para una valoración de las premisas sociales y culturales de esta difusión. Se trata también de considerar la identidad de las parejas que solicitan la fecundación artificial y las formas sociales de utilizar las nuevas tecnologías de procreación asistida, así como sus efectos sociales y culturales en la interacción entre demanda de fecundación y respuestas de los sistemas sociosanitarios.

¿Cuáles son las premisas que favorecen la expansión de las nuevas tecnologías de procreación artificial?

El factor decisivo se hace estribar, generalmente, en la esterilidad, individual o de pareja, pero a este propósito hay que hacer una precisión. La esterilidad es hoy una nueva construcción social que las tecnologías de lo artificial favorecen, mientras en sentido inverso no la problematizan. La favorecen directamente en cuanto que ofrecen la posibilidad de tener los hijos de manera distinta a la natural (y por tanto inducen una esterilidad social, no biológica). La favorecen indirectamente en cuanto que disminuyen en las personas los esfuerzos para evitar estilos de vida

que llevan a la esterilidad. No la problematizan en cuanto que dan una definición puramente médica de la esterilidad: la tratan como problema médico aunque no lo sea.

De hecho, la esterilidad se difunde hoy más por causas ligadas a los estilos de vida que por motivos estrictamente biológicos. Sería, pues, correcto enfrentar el problema desde ese punto de vista y no medicalizando cada vez más la esterilidad, sobre todo la temporal. La definición médica de esterilidad lleva a construirla como enfermedad, con efectos de patologización que escamotean las dimensiones psicosocioculturales del problema (individual o de pareja). Sociológicamente, lo que está en juego es la necesidad de ser padres y la genitorialidad es una necesidad compleja. Las premisas que llevan al aumento de las solicitudes de fecundación artificial remiten, pues, ampliamente a la medicalización de la vida.

¿Se puede hacer un retrato robot de la pareja que solicita las nuevas tecnologías de procreación artificial? Sobre este punto seguimos sin tener suficientes datos empíricos. Pero de lo que se trata también es de saber observar.

Recientemente alguna investigación empírica ha comenzado a arrojar cierta luz. Pero ha surgido de inmediato un problema. ¿Tienen estas parejas rasgos diversos de las parejas normales? Me parece que planteado de esta manera el problema no tiene sentido. El concepto de parejas normales es prácticamente inutilizable. Debemos preguntarnos más bien: tienen estas parejas un perfil que presenta problemas particulares, esto es, son parejas de alguna manera con riesgo?

La respuesta de gran parte de las investigaciones empíricas es que si se dan problemas muy relevantes. Las parejas que solicitan la fecundación artificial presentan rasgos específicos. En otro trabajo he esbozado ya esta problemática.⁴¹ Aquí quisiera recordar las conclusiones sintetizadas de L. Hagoel y otros ⁴² cuando observan que las parejas estériles son particulares en cuanto que tienen que enfrentar un auténtico trauma emocional de la falla al no poder concebir un hijo, y luego porque han de enfrentar un proceso de diagnóstico y tratamiento de la esterilidad que tiene un profundo impacto en la vida de la pareja. “Este impacto se caracteriza por sentimientos de depresión, pérdida, estrés, ira y resentimiento, sentido de culpa”. Hagoel y otros señalan que los científicos sociales sólo ahora están advirtiendo que los problemas emotivos

concomitantes de la esterilidad y de su tratamiento no han sido abordados aún de manera apropiada.

Por el contrario, algunas investigaciones han sostenido que entre las parejas naturalmente fecundas y las estériles no habría diferencias relevantes. En tales investigaciones es evidente el interés por presentar la fecundación artificial como una simple acción técnica de ayuda, y por esto definen como totalmente normal a la pareja que solicita la fecundación artificial.⁴³ Sin embargo, a este propósito hay que hacer ciertas distinciones.

Las parejas pueden presentar características sociológicas externas (esto es condiciones económicas y sociales, edad, empleo, instrucción, e incluso creencias religiosas) parecidas a las de las otras (lo cual de todos modos se tiene que demostrar, ya que las investigaciones a las que me refiero no presentan todavía un análisis estadístico confiable de comparación con el universo de las parejas que engendran hijos). Pero bajo el punto de vista psicológico-cultural, las cosas no están tan claras.

Como ha puesto de relieve el trabajo de la psicóloga P. Mutinelli en la investigación de Ventimiglia⁴⁴: “las entrevistas (a las parejas que solicitan la fecundación artificial) subrayan la urgencia de poner a punto instrumentos suficientemente sensibles y predictivos para individualizar poblaciones con riesgo, bajo el perfil emocional y social, entre aquellos que solicitan someterse a las intervenciones de la medicina de la reproducción. Lo que más aumenta el sufrimiento de estas parejas es el intento de su negación y, más globalmente, la pesada autocensura de la profunda experiencia de los entrevistados, la cual se manifiesta en el uso de mecanismos defensivos masivos y, a menudo, ineficaces. Las parejas parecen negar conflictividad, angustias, la profundidad del malestar sexual, la experiencia vivida de su propio cuerpo como inadecuado, sufriente, estéril, incluso el niño imaginario.

La condición misma de esterilidad surge como una deficiencia que hay que tener oculta, incluso para ellos mismos. Por esto no se reconocen sus causas, no se aclaran las intervenciones que pretenden ponerle remedio y, al interior de la pareja, no se individualiza nunca al responsable de la fallida reproducción. Y añade: “Los datos parecen confirmar que las intervenciones de la reproducción médicamente asistida representan un banco de prueba muy exigente respecto de la esperanza de tener sólo en la medicina, o en otras ciencias, o peor aún, en servicios eficientes

pero estandarizados, compañeros de camino a priori y, de todos modos, tranquilizantes”.

Desde hace tiempo se abre camino una pregunta mucho más crucial: ¿cuáles son los efectos sociales y culturales de la difusión de las nuevas tecnologías reproductivas?

En una reseña de las investigaciones de campo hasta ahora disponibles en EE.UU. acerca de las nuevas tecnologías, J. N. Edwards ⁴⁵ sostiene la tesis de que los descubrimientos biológicos y sus aplicaciones técnicas como reproducción asexual (o sea, sin el acto sexual) pueden tener repercusiones revolucionarias en la familia, y acentúa el hecho de que, asexuales por naturaleza, las innovaciones de reproducción artificial se han difundido inicialmente en respuesta a problemas de esterilidad, pero su uso se ha difundido luego en otras direcciones muy distintas. Los datos estadísticos dicen que algunas de las nuevas tecnologías reproductivas (fertilización in vitro, crioconservación de embriones, inseminación artificial, ingeniería genética transferencia de óvulos a madres en renta, así como las promesas de clonación y ectogénesis) son adoptadas cada vez más por individuos normalmente fértiles por razones que nada tienen que ver con la esterilidad. Así las utilizan especialmente:

— personas que tienen un historial familiar de enfermedades genéticas, problemas de endometriosis, de hipertiroidismo o fallas de embarazo (abortos espontáneos repetidos) ; ⁴⁶

— personas que quieren seleccionar el sexo del que va a nacer y/o manipular sus rasgos somáticos (su semblanza física) e incluso sus capacidades intelectuales (el hijo a la medida para el cliente); ⁴⁷

— personas homosexuales que pretenden tener los hijos fuera de las relaciones heterosexuales

— parejas heterosexuales que quieren tener hijos más allá de la edad normalmente fecunda; ⁴⁹ una solicitud que es requerida por gran variedad de motivos, por ejemplo cuando se desea posponer la procreación para más adelante por motivos de trabajo (porque el embarazo comporta el despido, cosa que se sigue dando en EE. UU. o bien porque puede provocar una menor eficiencia en un cierto momento de la vida profesional).

Se calcula que, en 1986, nacieron sólo por FIVET más de 5,000 niños en el mundo. Pero, más significativo todavía es el número de niños

engendrados con esta técnica que se duplica cada año (por tanto, unos 320,000 en 1992, y esta cifra subestima el fenómeno).

En cuanto a la inseminación artificial, el orden de magnitud es bastante más elevado: algunos cientos de miles (4/500,000) al año, sólo en EE.UU. Poco se sabe de las madres en renta y de los otros métodos. Lo cierto es que miles y miles de embriones congelados se encuentran en numerosos bancos diseminados por el mundo. Y el comercio crece desmesuradamente. Otras técnicas, hoy todavía en vías de descubrimiento o de experimentación, esperan sólo ser perfeccionadas.

Si todo esto es cierto, hay que esperarse que la demanda de tecnologías de fecundación artificial irá en aumento y llegará a sustituir a las modalidades procreativas naturales a gran escala. Con base en estas previsiones, Edwards considera que la fecundación artificial producirá una revolución en la familia y en la genitorialidad en cuanto que, según él, mina en su raíz el significado, la experiencia de vida, en una palabra el sentido tradicional del ser familia.

“En teoría, las nuevas tecnologías reproductivas marcan lo obsoleto del matrimonio y de la familia en relación con la manera como los funcionalistas y los “familialogos” han conceptualizado estas situaciones”.⁵⁰ La parentela se vuelve ficticia, ya no hay un vínculo biológico entre los progenitores y sus hijos, los nuevos medios de concepción fragmentan los roles genitoriales abriendo la puerta a nuevas relaciones entre padres e hijos.

Los niños pueden tener tres, cuatro y hasta cinco “progenitores” (en el caso de la inseminación artificial heteróloga, se puede llegar incluso a seis “progenitores relevantes”: el padre y la madre sociales, el donador masculino y el femenino, más la madre en renta, y eventualmente el marido de esta última. En el caso en que, en general, el concepto de familia se vuelva un concepto folclórico, que delimita un cierto tipo o radio de relaciones que podemos llamar, cuando mucho, intimidad (*close relationships*).

Basándose en esto, Edwards prevé que el concepto de familia se volverá una mera etiqueta de catalogación: el concepto de familia representa sólo una forma de interpretar y ordenar un conjunto de relaciones, sin referencia alguna a los vínculos jurídicos (legales) entre los adultos o sin vinculación alguna de consanguinidad. Si se quiere, un instrumento de catalogación.

Los únicos frenos que Edwards previó a la difusión de las nuevas tecnologías se refieren a la consideración de que las nuevas familias artificiales tienden a estar muy estresadas en comparación de las otras: tanto porque temen el hecho de que la gente sepa que el hijo no es verdaderamente suyo (se sienten diferentes), como por el hecho de que no se conoce la herencia biológica del hijo, o bien porque tienen una sensación de falla biológica.⁵¹ Por lo demás, surgen dos graves problemas desde el punto de vista del hijo, esto es, la cuestión de su identidad biológica y el conocimiento de sus propios orígenes. ¿A quién pertenece, sociológicamente hablando, un niño que tiene tres, cuatro o cinco padres?

Obviamente, sostiene Edwards, en general las dinámicas de estas familias son bastante más complejas que las que tienen las familias tradicionales. Este hecho puede influir en el apoyo social y emotivo dado a uno o ambos padres, en las prácticas de crianza, la satisfacción percibida con la pareja, el sentido de adaptación de esta última, y, en último término, incluso la estabilidad de cualquier relación adulta, incluida la incorporación de la persona a redes sociales más amplias. El hecho es que no sabemos mucho todavía sobre todo esto. Las preguntas en relación con estas familias (¿cómo serán en el futuro?), y con los niños nacidos por métodos artificiales de tipo heterólogo (¿cuál será la identidad social y la experiencia vivida interior?), no tienen aún respuestas.

Sin embargo, hemos de dar un paso más en la evaluación de estas tendencias. La realidad es que la utilización de la fecundación artificial heteróloga no se debe entender, como con frecuencia hacen los médicos, con base en un esquema conductista estímulo/respuesta. Las solicitudes no son espontáneas, sino consecuencia de una oferta precisa, pública o más a menudo de mercado, que las orienta. La manipulación del cuerpo humano, o de parte del mismo, se hace con una escasa problematización de lo que en tales actos está implicado. En general, el papel de los médicos como fecundadores es minusvalorado; se presentan como mediadores técnicos, cuando en realidad ponen en juego acciones no técnicas.

Las parejas que solicitan intervenciones artificiales de tipo heterólogo no son bien conocidas. Se debe aclarar aún cuánto hay de meditado y racional en su comportamiento, y cuánto, en cambio, de emocional y de simbólico (con frecuencia arcaico: el llamado de la sangre). Algunas

investigaciones captan los aspectos de escape de una actitud propiamente moral (en ese sentido, las parejas se sitúan en un terreno amoral), incluso cuando declaran sentimientos religiosos o alguna afiliación religiosa. Otras encuestas ponen en evidencia las dificultades cuando es preciso considerar las consecuencias de sus deseos o de sus decisiones. Lo cierto es que tales parejas no ven al hijo como un problema relacional, sino predominantemente como un objeto de deseo, y son tratadas por el sistema médico, que menos que ningún otro, se plantea el problema de los problemas relacionales de la pareja y del que va a nacer. Las tecnologías artificiales se difunden en un contexto que carece de referencias sociales, sin considerar el sentido y las causas de la eventual esterilidad, ni los problemas relacionales de la pareja que comporta y nadie se hace cargo de los aspectos psicosociales de la solicitud y de las situaciones que van a crearse después de la concepción y el nacimiento del hijo.

Los sistemas sanitarios hablan de prevención de la esterilidad, pero desde hace tiempo han renunciado a llevarla a cabo verdaderamente, porque implicaría entrar en el terreno de los estilos de vida, y en los modos de organizar la vida social, el trabajo, el consumo, el tiempo libre. En una palabra, deberían promover una cultura de la vida humana. La regresión cultural hace que la procreación asistida sea considerada sólo como un problema de intervención técnica especializada de tipo médico. Las parejas que la solicitan pasan, cada vez menos, por el filtro de la medicina de base (médico de cabecera, consultorios familiares), que podría ofrecer la oportunidad de elaborar la necesidad de una manera más meditada y racional, y se dirigen directamente a los centros especializados, casi como si la necesidad tuviera ya su respuesta. El resultado global es que la procreación artificial se vuelve un negocio que va a alimentar el amplio campo de la medicalización de la vida humana siguiendo los impulsos de la economía libidinal.

De ello se han dado cuenta las mujeres, que denuncian ahora la manipulación de su cuerpo y la despersonalización a la que se enfrentan al someterse a estas técnicas. Están en tela de juicio no tanto las tecnologías como tales, evidentemente, sino esa máquina sistemática de gestión de la salud, tanto pública como privada, que, tras la cortesía y una aparente ética de la donación, esconde una nueva instrumentalización del cuerpo, en particular el femenino.⁵² Tal vez se abra aquí un nuevo

horizonte; mientras en tiempos pasados se hablaba de una alianza entre mujer y medicina bajo la bandera de la emancipación femenina, ahora me parece que las mujeres están adoptando una posición más crítica acerca de los resultados de esta alianza.

La procreación como relación social

El debate sobre la procreación se ha centrado siempre en la relación entre los aspectos naturales y los artificiales. Se dice, en efecto, que la procreación es idéntica a la reproducción y que ésta es una cuestión de biología + tecnología: es un binomio sólo en apariencia dual, pero en realidad sinérgico, por el que la procreación humana se *homologa* con la reproducción de cualquier otra especie animal.

Sin negar la importancia de la distinción natural/artificial, quisiera subrayar que ésta no sólo es insuficiente, sino que puede resultar desorientadora y conducir a enfoques distorsionantes en la búsqueda de soluciones a los problemas ligados a la procreación.

Desde el punto de vista sociológico, la procreación no es un hecho biológico, sino una relación social: en la procreación se acoplan dos diversidades sociales (no sólo biológicas, varón/hembra) y la relación, de diádica que era, se vuelve triádica. En la relación hay una referencia simbólica y una vinculación estructural entre dos sujetos que, por medio de esa vinculación y referencia, se remiten a un tercer sujeto. La intersubjetividad de dos, para ser plena, reclama necesariamente la presencia de un tercer sujeto y de un contexto social meta-individual.⁵³

Por estas pocas alusiones al carácter relacional de la procreación, se puede advertir cuán desconocido es éste por la moderna cultura de la reproducción. Los llamados nuevos derechos de reproducción surgen en un contexto cultural en el que está ausente, por así decir ajena, la dimensión relacional. Incluso allí donde se observan las relaciones, éstas se piensa a dos (madre/hijo, padre/hijo) o como suma de relaciones duales.

Y esto porque el código cultural opera a través de distinciones entre opuestos que se niegan (la codificaciones básicamente diádica: N. Luhmann). En una palabra, hay algo de intrínsecamente distorsionado en la cultura reproductiva actual, en cuanto que no logra ver, y por tanto

a manejar, el carácter relacional (triádica) de la procreación. Sobre esto se puede decir tal vez algo más.

El uso del código binario natural/artificial, entendido a la manera de Luhmann como diferenciación o bien, a la manera de Marx, como proceso de naturalización de lo artificial y de artificialización de la naturaleza, comporta eliminar otras distinciones que deben ser consideradas cuando se quiere comprender la procreación como acción humana. Subrayo aquí tres:

La polarización en el binomio natural/artificial elimina el problema de la distinción entre procreación integrada/desintegrada en sus diversas dimensiones humanas.

Hacer de la procreación una cuestión de traspolación entre aspectos naturales y artificiales lleva a no ver las dimensiones culturales, psicológicas, sociales, económicas y legales vinculadas a la procreación.

Cae dentro de la misma lógica (o código simbólico-funcional) el hecho de que, paralelamente, la familia se vuelve una cuestión de mera comunicación. Es por este camino por el que el subsistema de la pareja se diferencia y se aparta del subsistema progenitor/hijo, y, consiguientemente, no se espera ya, que los hijos sean los naturales de la pareja progenitora.

Este proceso puede ser leído e interpretado como falta de integración de los diversos aspectos de la procreación. La *escisión* entre sexualidad y procreación es sólo una de sus modalidades. La tendencia a desligar lo que en otro tiempo estaba ligado, integrado, es el fruto de un código binario que resulta totalmente inadecuado para tratar los problemas de la procreación como hecho propiamente humano, distinto de la reproducción de otras especies animales.

Observando las cosas desde este punto de vista, se entiende mejor por qué hoy no vale ya ni siquiera la ecuación tradicional según la cual *la actitud procreativa natural* corresponde al mínimo control, y la actitud procreativa artificial corresponde al máximo control de la fertilidad. Control natural y control artificial se entrelazan, se combinan, se superponen de varias maneras precisamente porque se anula la mediación simbólica que tenía unidas las varias dimensiones de lo social. En una palabra, la reducción de la procreación al único binomio natural/artificial lleva a despegar y a confundir los patrones procreativos, los cuales proceden desintegrando las relaciones interhumanas sin encontrar

formas superiores de integración entre los diversos componentes de la genitorialidad.

La polarización en el binomio natural/artificial elimina la distinción entre aspectos individuales/sociales en la procreación. Tratada sólo con base en el código binario naturaleza/cultura, la procreación se reduce a un problema de individuos. Desde el punto de vista sociológico, se observa esta orientación individualista incluso cuando hay más individuos involucrados. No se ven las relaciones que les ligan a él y a ella, y mucho menos las relaciones con los otros actores (los padres de las parejas, los médicos y los demás operadores de los servicios). La distinción entre individual y social, en lo que se refiere a la procreación, es vista de manera antagonística cuando lo social es el otro polo de un asunto que resulta un asunto entre individuos. De este modo, lo artificial prevalece sobre lo natural, y lo individual vence a lo social.

Si se enfoca la procreación como acción individual, es decir, si se la ve como pura elección (decisión, acción o derecho al hijo) de los individuos, se provoca un cortocircuito con lo social: esto es, se conectan directamente lo natural con lo artificial sin mediatización alguna, y con esto la procreación pierde referencias esenciales a lo que caracteriza a lo propiamente humano.

La polarización en el binomio natural/artificial elimina la distinción entre procreación mediatizada/no-mediatizada por las funciones sociales de la familia.

Tratada sólo conforme al código binario naturaleza/cultura, la procreación, paralelamente a cuanto acabamos de decir, se vuelve una acción desligada de la familia o, en cualquier caso, no mediatizada por ella. La procreación, vista como decisión individual (aunque sea tomada esta decisión por dos individuos, es tal si éstos no se piensan como relación y no piensan al hijo como fruto de una relación), es abandonada a la casualidad o a la sociedad técnica de lo artificial; en todo caso, no es producida mediante la distinción humano/no-humano (cuando sólo semejante distinción produce la sociedad de lo humano).

De hecho, mientras aumenta la importancia de la mediación social que esta inserta en la reproducción, al mismo tiempo disminuye su percepción, su capacidad de representación y por tanto de manejo. Ciertamente, no es el caso insistir aquí en las dificultades y en la importancia de las mediaciones que los padres están llamados a ejercer

respecto de los hijos, si éstos deben convertirse en miembros adultos de la sociedad.

En general, los requerimientos de ejercer la función mediatizadora que los padres ven que es su deber desempeñar entre el niño y la sociedad se multiplican y se intensifican por doquier. Y, sin embargo, se nota cada vez menos la capacidad de advertir y manejar estas funciones, con total menoscabo, obviamente, de los hijos. El hecho es que estas mediatizaciones no se pueden hacer derivar ni de la naturaleza ni de lo artificial, pues ponen en juego las acciones humanas y sus interacciones.

En el contexto actual, la procreación se vuelve una relación social, pero es como si nuestra sociedad (en primer lugar la cultura) no lo supiera o lo negara. La procreación es tratada como una decisión, como algo imaginario, como un problema biológico de fecundación, casi nunca como relación social.

Nuestra sociedad no dispone todavía de los medios necesarios para tratar estos problemas. La hipótesis que adelanto es la de que, para una posible solución, es necesario observar la procreación como relación social.

Sólo comprendiendo la naturaleza social de la procreación, que nunca es ni puramente natural ni meramente artificial, es como se puede tratar de manera adecuada su carácter integrado, supraindividual y mediatizador respecto del hijo. Con base a esto se puede desarrollar una bioética no individualista o puramente adaptativa (hecha de utilidad y procedimientos), sino relacional en cuanto respetuosa de los sujetos y de sus relaciones.⁵⁴ Si es cierto que la procreación se convierte en una relación social compleja, y que para su tratamiento se activan mecanismos de reducción selectiva que niegan la complejidad en juego, entonces requerimos de un enfoque relacional más adecuado.

Los escenarios

Muchos se preguntan qué se puede y qué se debe hacer para intervenir en el presente estado de cosas. Obviamente, mucho depende de los fines que se proponga alcanzar. Se da en cualquier caso, un amplio consenso acerca del objetivo, que es convertir la procreación, y el estilo de vida

familiar que la acompaña, objeto de nueva atención y esfuerzos en sentido humanizante.

Valgan, a este propósito, algunas advertencias preliminares. En primer lugar, que las intervenciones dirigidas por terceros (ajenos a la pareja) en el campo de la procreación, tienen el riesgo intrínseco de ser potencialmente lesivos de los derechos de las personas, y por tanto se requiere poner aquí mucha atención. En segundo lugar, como consecuencia de lo anterior, la humanización de la procreación supone que la intervención tenga más carácter de una ayuda que de una manipulación, y busque elevar la calidad cultural de las acciones emprendidas en la dirección del máximo respeto a la dignidad de la persona humana. En tercer lugar, que las intervenciones encaminadas a modificar los comportamientos procreativos con medidas económicas y de política social han demostrado ser en general poco eficaces. En cuarto lugar, hay que precisar que intervenir en los patrones procreativos no es lo mismo que hacer “políticas de la población”. Estas últimas responden a otras exigencias y consideraciones,⁵⁵ aunque exista en común el problema de responder a temas de equidad generacional, de responsabilidad de una generación para con las sucesivas.⁵⁶

Pero, dicho esto, sigue subsistiendo el problema sustancial de qué es lo que hace a la procreación más humana. La línea tradicional de los movimientos feministas ha apuntado hacia la emancipación de la mujer mediante la entrada al mercado del trabajo y la consecución de derechos autónomos de bienestar, además de una acción general de solicitud de mayor poder contractual en todas las relaciones sociales. Con base en esto, se ha pensado que, por decirlo con palabras de Joan Huber,⁵⁷ mientras en las sociedades agrícolas la capacidad reproductiva de las mujeres constituía la base de su subordinación social, en las sociedades industriales su capacidad reproductiva puede representar la base de su igualdad social. Planteada en estos términos, sin embargo, la procreación se vuelve más un valor de la conflictividad actual que un objetivo de crecimiento humanizante.

No hay que minusvalorar ciertamente la importancia que las garantías de estado de bienestar han producido para las mujeres en términos de mejores oportunidades de vida y reconocimiento práctico de una igual dignidad humana. Se trata de conquistas que no pueden, de ninguna manera, ser puestas en tela de juicio, so pena de provocar efectos aún

más devastadores sobre la calidad de la vida social. Sería ilusorio pensar que la humanización de la procreación y la emancipación femenina pueden seguir por este camino, a menos que se quiera llegar hasta el fondo. La emancipación femenina, refiriéndose al campo de la procreación, no puede esperarse en sentido determinista de parte de un mayor poder individualista de la mujer, sea a través de la participación en el mercado de trabajo o a través de la disponibilidad de métodos de control artificial de la fecundidad, siguiendo un enfoque de determinismo económico-tecnológico.

Ante el problema de apoyar una fecundidad significativa (hablamos de tasas aceptables de fertilidad que hagan realidad las aspiraciones, los derechos, las necesidades de sentido de genitorialidad, femenina y masculina), el pensamiento feminista ve sólo tres posibles respuestas por parte de la sociedad:

a. Una primera solución, la que el feminismo teme, está en un papel del Estado coercitivo, políticas de reducción de la participación de la mujer en el sistema educativo y/o en el mercado del trabajo o bien restricciones legislativas en la venta y el uso de anticonceptivos, así como el uso de las nuevas tecnologías. Hay que reconocer que este camino no es practicable y de cualquier modo no llevaría en sí a un crecimiento cultural en sentido humanizante.

b. Una segunda solución está en redefinir los sistemas fiscales y redistributivos y, por tanto, también de los beneficios de la seguridad, la prevención social y la jubilación, con base en la aportación que las personas hacen a la procreación y a la crianza y educación de los hijos. Actualmente, en efecto, los adultos con hijos pagan, ellos solos, la cuenta al criar a esas nuevas generaciones que en el futuro habrán de sostener a toda la sociedad (y por tanto, también a quien no haya contribuido a la renovación de las generaciones). Esta línea pone en evidencia un problema real, aunque limitado a la redistribución monetaria. En todo caso, hay que subrayar que, para su solución, se debe reconocer que existe un problema de equidad generacional, el cual, para que se resuelva, requiere un reconocimiento de la familia como esfera de solidaridad social por distinción con otros modelos, individualistas, de vida.

c. Una tercera solución se entrevé en la distribución de los costos económicos y sociales de la filiación entre toda la comunidad política,

esto es, de manera difusa, haciendo la genitorialidad más atractiva para las personas que quieren seguir estando en el mercado del trabajo a través de una mayor oferta de servicios. Se hace observar aquí que el problema de los padres es el de tener que estar disponibles 24 horas al día para los hijos. Hacer de padres podría volverse más aceptable si hubiera mejores servicios para la primera infancia de tipo profesional. Cae por su peso que este tercer enfoque les parece a muchos el más viable.⁵⁸

Al sugerir estas posibilidades, muchas estudiosas que comparten una orientación feminista se dan cuenta de que las políticas sociales son en sí débiles, pero no saben encontrar alternativas apreciables. Una búsqueda semejante implica, adoptar otro punto de vista, aquel según el cual las políticas sociales no son importantes sólo o sin cambio como ayudas materiales para las mujeres, cuanto por los modelos culturales de vida que vinculan y promueven. No se puede decir que las nuevas tecnologías promueven una mayor dignidad de la mujer sólo porque son ampliadas por cantidad y por una genérica, deseable calidad. Lo cierto es que resulta bastante reductivo buscar soluciones a una procreación más humana mediante instrumentos puramente sociales y económicos.

Cobran entonces consistencia otros escenarios de intervención. Estos se refieren a nuevos modelos de educación para ambos sexos, a una socialización en la vida de pareja y genitorial, que busque la reciprocidad total entre los sexos, una transmisión generacional que no penalice a las nuevas generaciones, un diverso papel de los medios de comunicación al dar a la cultura de la procreación significados más humanos.

Todas estas estrategias son indudablemente relevantes. Pero resulta igualmente evidente que, incluso allí donde se buscan, no han dado grandes resultados. Han demostrado ser insuficientes porque no han logrado llegar hasta el meollo del problema. Se requiere algo más. Hay que volver a plantearse el problema desde el principio.

La clave del razonamiento se orienta a esa nueva sensibilidad que surgió, a este propósito, en el campo feminista cuando los estudios de las mujeres sobre las mujeres han puesto de relieve que los patrones de procreación ponen en juego toda la biografía de la mujer, los perfiles del curso de su vida, y que, más en general, existe un problema de estratificación social vinculada al género. Surge así una lectura, a la manera femenina, de la procreación totalmente diversa de la masculina.

A esta sensibilidad es oportuno prestar gran atención, aun cuando, al mismo tiempo, hay que reconocer que necesita todavía mucha aclaración.

Podemos sintetizar estas sensibilidades en los siguientes puntos:

a. Una conciencia creciente de lo que la procreación representa para la identidad de la mujer. La maternidad es reconocida como un valor irrenunciable, pero el hecho de desear convertirse en madre no puede significar aceptación de una condición social de dependencia por parte de la mujer.

b. Una relación cambiante entre cuerpo y psique: la corporeidad femenina pide un nuevo respeto y un nuevo dominio de sí misma, en el marco de una redefinición de la personalidad de la mujer.

c. La conciencia de que los programas de apoyo a la maternidad o, en cualquier caso, para hacer más atractivo el tener hijos, no pueden ser enfocados desde un punto de vista ajeno a la pareja. Las medidas de política social no pueden pensar en hacer más atractiva la procreación induciendo a las mujeres a quedarse en casa y hacer hijos simplemente porque así lo piden la sociedad y el Estado. La elevación del nivel de escolaridad femenina y la conciencia de que salir al mercado del trabajo significa para la mujer notables desventajas y, tal vez, la imposibilidad de volver, no pueden hacer pensar que el valorar la maternidad signifique apuntar a un papel generalizado o generalizable de ama de casa.

La nueva sensibilidad femenina reclama nuevas soluciones a estos grandes problemas. Especialmente cuando, frente a las dificultades de una procreación más humana, las alianzas promovidas por el feminismo en las últimas décadas se tornan críticas, hay que pasar a otra fase.

Conclusiones

N. Luhmann⁵⁹ hace observar que la sociedad finge ahora como deseable la posibilidad de tratar la sexualidad sin consecuencias. Esta afirmación puede ser considerada, como en efecto lo es, bastante cínica, pero capta con gran realismo todo el clima de una época histórica. Ésta nos pone frente a una observación que nos petrifica: la sociedad finge querer hijos y los piensa desligados de la sexualidad humana. Lo malo no está en la observación, sino en el hecho que, como observación, pretende representar la realidad, (toda) la realidad significativa para el observador. Para no

quedar petrificados, se debe considerar la observación desde otro punto de vista.

Y nos preguntamos: ¿es éste el rasgo característico del mundo social en que vivimos? Debemos entender en serio si de veras esta sociedad es así, por qué es así y si podría ser de otro modo y cómo.

Algunas investigaciones empíricas parecen confirmar la validez del análisis de Luhmann. Este análisis resulta particularmente fascinante en la medida en que logra observar y describir ciertos aspectos de la situación que tenemos ante nuestros ojos. Personas, parejas, hijos, familias son víctimas de una cultura que finge al niño como deseado, lo cual significa que el hijo no es sustancialmente querido, sino que es más bien percibido como un peso, un trastorno, un riesgo, un juguete o una apuesta difícil e improbable o, en todo caso, no como una persona humana. Personas y familias son víctimas y actores de una cultura que finge la posibilidad de tratar la sexualidad sin consecuencias en el sentido de hacer de ella lo que se quiera. Sexualidad y procreación son separadas radicalmente y, así, se piensa que el acto sexual no tiene consecuencia alguna en las personas y en la sociedad más allá de los sentimientos del momento. Se piensa y se actúa como si la sexualidad se pudiera someter, sin límites, a lo artificial.

La sociedad desaparece. Es como si no quedara ya nada tradicional. De esta manera, para decirlo con palabras de G. Bateson, se quebranta la estructura que conecta los elementos de lo que se aprende y, en consecuencia, se destruye toda cualidad. Yo diría que a la observación le falta captar las relaciones que conectan los elementos de lo que se observa y se hace, y por tanto al hijo no se le ve como expresión de la calidad de la relación de pareja, sino como cualquier otra cosa. Por consiguiente, faltan los instrumentos para comprender e intervenir.

Si se adopta el punto de vista de Luhmann simple y sencillamente, la procreación humana es puesta frente a una imagen, la posmoderna, que sólo puede petrificarnos con sus paradojas. Esta representación de la procreación finge aceptar las paradojas sólo para poder pasarlas por alto. Y, de hecho, Luhmann supone que sólo las intervenciones capaces de manejar las paradojas pueden, si no resolver los problemas, por lo menos ayudarnos a no enloquecer.

A una visión semejante no se puede oponer, de manera simplista, una posición irónica, defensiva, o ingenuamente realista, y menos aún que

apele a soluciones tradicionales o a la comprobación de que, después de todo, continúan persistiendo actitudes tradicionales. Quien, al intentar volver a la razón, advierte que gran parte de las familias sigue teniendo todavía sentido común, y se comporta sin estos problemas, no sólo no ha entendido lo que está en juego, sino que no ofrece solución alguna. En cambio, hay que ser capaces de producir nuevas observaciones más allá de la paradoja, sin quedar atrapados en ella.

La perspectiva relacional, al contrario de las funcionalistas, irracionalistas, o tradicionales, no busca disolver o anular las paradojas, sino que las acepta. Acepta que se pueda vivir en un mundo paradójico, acepta que la procreación pueda llegar incluso a ser configurada y vivida como una paradoja, con tal que tenga un sentido. Se trata de ver, luego, si ese sentido está dentro de la paradoja o fuera de ella. En todo caso, sólo encontrando un sentido, una cultura puede evitar hacer enloquecer a las personas que la viven.

No podrá nacer una nueva cultura de la procreación como reconocimiento en el hijo de alguien distinto de sí mismo; una cultura de la genitorialidad como relación de plena reciprocidad a tres, una cultura de la infancia como valoración de las exigencias de una particular edad de la vida, una cultura de la sexualidad como fuerza y expresión generativa. Si no se adoptan la distinción entre humano/no-humano que las distinciones directrices inherentes a la genitorialidad y la sexualidad reclaman y comportan. Se debe, por esto, reintroducir en las relaciones y a través de ellas, el punto de vista de lo humano en cuanto distinto de lo que no es humano.

Luhmann indica en la reentrada un mecanismo fundamental de la comunicación. Lo que resulta problemático es el hecho de que, según él, ésta opera automáticamente. En realidad, tal cosa no ocurre. Para operar de modo sensato la introducción de la distinción en lo que se acaba apenas de distinguir (por ejemplo entre humano y no-humano) se requiere un punto de vista de realismo crítico fundamentado en la relación inmanencia/trascendencia.⁶⁰ Sólo un meta-punto-de-vista semejante sobre la procreación puede evitar que ésta fluctúe hacia distinciones deshumanizantes.

Sólo si se reintroduce la distinción humano/no-humano en la distinción de lo que hemos dicho anteriormente, se puede lograr lo siguiente:

a. Los aspectos naturales y artificiales de la procreación son distintos sin ser separados o confundidos

b. La diferenciación de las diversas dimensiones de las relaciones de procreación (en los aspectos biológicos, sociales, culturales, jurídicos, económicos, etcétera), no lleva a resultados desintegradores, sino a formas más elevadas de reintegración

c. La procreación es considerada como un actuar con finalidades sociales y no sólo por impulsos individualistas

d. Las mediaciones familiares insertadas en la procreación son percibidas y representadas, más que pasadas por alto.

La procreación ha entrado en el crisol de una cultura paradójica. Todos se preguntan: ¿cómo salir de ella? He tratado de demostrar que las ambivalencias respecto del hijo son contradicciones culturales de la modernidad (y no la expresión de supuestas contradicciones entre cultura católica y no católica) y que, puesto que las ambivalencias actuales no se pueden evitar, sólo se puede tratar de afrontarlas mediante una nueva cultura de la infancia, que reclama una nueva cultura de la familia. Debemos aprender a manejar una situación paradójica, lo cual puede hacerse sin incurrir en el nihilismo, en la implosión o en la locura sólo si nos abrimos a una perspectiva que logre ver lo que a simple vista no se ve, ponerse de parte del hijo y leer lo social como mediación entre naturaleza y cultura.

Desde el punto de vista positivo, se vuelve urgente adoptar una perspectiva sociológica relacional. Ésta, por lo demás, encuentra sensible en la actualidad a una parte creciente de la cultura femenina. Sólo una apertura relacional semejante puede abordar los problemas fundamentales sin dejarse petrificar por las paradojas. Quisiera indicar aquí los temas principales que suscita tal perspectiva.

a. *La perspectiva relacional requiere observar con atención crítica el creciente carácter de matriz/focal de la procreación*, y el consiguiente carácter matriz lineal que va adoptando la familia, como fenómenos que presentan grandes riesgos, en primer lugar para la mujer, pero también para el hijo. Esos riesgos pueden ser percibidos y evaluados sólo en clave de relacionalidad. No podrá haber una nueva cultura de la procreación (filiación, genitorialidad) si ésta no incluye las instancias femeninas que reivindicán la plena dignidad de la mujer. Pero esta mutación cultural no puede producirse si el punto de vista femenino es presentado como una

instancia desintegrada, individualista (asocial) e incapaz de elaborar las necesarias mediaciones entre los sexos y entre las generaciones. Las objeciones femeninas al carácter manipulador de las técnicas médicas y la naturaleza despersonalizante de ciertas técnicas de fecundación artificial heteróloga, van en esta dirección. Para salir de la manipulación y de la despersonalización hay que modificar el conjunto de las relaciones a la luz del criterio de una más plena reciprocidad entre los sexos y entre las generaciones.

b. La perspectiva relacional pide someter a prueba la ambivalencia que, con la procreación, es actuada sobre el hijo. Dar a luz conscientemente, a un hijo es el acto de poder más grande que una persona humana puede expresar, pero incluso cuando es querido, aun en ese caso, puede suceder que el hijo esté ausente como sujeto, en el sentido de que quien lo engendra no tiene en cuenta su punto de vista. Hay que redefinir la procreación desde el punto de vista del hijo. También el hijo observa las relaciones y tiene necesidad de relaciones. El hijo tiene derecho a una familia como identidad y como ambiente humano apropiado. En el caso de las fecundaciones asistidas técnicamente, tiene derecho a una pareja genitorial, porque sólo ésta puede actuar las mediaciones que le son necesarias, y tiene derecho a su identidad biológica, que dice relación a su historia de vida.

c. La perspectiva relacional requiere observar la creciente necesidad que las familias manifiestan de una política que reconozca y apoye sus funciones sociales. Es el tema de la “nueva ciudadanía de la familia”, y de los derechos que ésta comporta, entre ellos los relacionados con la procreación que es, para decirlo con palabras de A. Sen, una libertad individual que implica un compromiso social, respecto de la cual la sociedad no puede mantenerse indiferente.

d. Como conclusión, la perspectiva relacional requiere una nueva observación de la procreación bajo el punto de vista de los derechos-deberes vinculados a ella. Si observamos al hijo como expresión de la relación de pareja y, por tanto, si entendemos la procreación como relación social, entonces veremos que los derechos-deberes de los sujetos en juego no son absolutos, sino que son, en cambio, relacionales en cuanto: 1) los derechos individuales tienen una estructura relacionada con los otros sujetos relevantes, y comportan constante relación con ellos (los derechos de los progenitores están en relación con los de los

hijos y viceversa) 2) ponen en juego los derechos de las relaciones sociales en cuanto tales, desde el momento en que las relaciones son bienes en sí mismas. Para decirlo brevemente, la procreación es un bien relacional en cuanto tal.

Apuntar a este nuevo modo de observar los problemas, en clave relacional, nos ayudará, quizás, a afrontarlos bajo una nueva luz y con nuevos instrumentos. Las observaciones que pueden hacerse desde una perspectiva relacional sobre la procreación, aunque se refieran a relaciones invisibles y a veces puedan parecer contra-factuales, indican algo más que una promesa. Nos indican la dirección para volver a encontrar lo humano.

Referencias bibliográficas

¹ Bourgeois-Pichat, J., *The unprecedented shortage of births in Europe*, Population and Development, Review, vol. 12 (Supplement), 1987: 2-25.

² Muñoz- Pirez F., *Le declin de la fécondité dans le Sud de l'Europe*, Population, 1987, 6: 911-942.

³ Cfr. Ryder, N., *Fertility and family structure*, Population Bulletin, 1983, 5. Para una reciente reseña y debate sobre este enfoque, véanse los resultados de las IV Conversaciones Internacionales de la AIDELF, llevadas a cabo en Delfos en octubre de 1992, sobre el tema "*Fecundité, modèles familiaux et valeurs sociétales*".

⁴ Donati, P., *Equità generazionale: un nuovo confronto sulla qualità familiare*, en P. Donati (a cargo de), *Secondo Rapporto sulla famiglia in Italia*, Milán: Edizione Paoline, 1991: 31-108.

⁵ Según R. Lesthaeghe (cfr. Lesthaeghe R., *The second demographic transition in western countries: an interpretation*, Bruselas: Vrije Universiteit, Ipd-Working Paper 1991-2), propiamente hablando no hay modelos de fecundidad, sino modelos familiares en los cuales la fecundidad es una estrategia particular (modelos familiares significa aquí: combinación de finalidades y de vínculos, proyecto que se adapta a una situación).

⁶ Como han demostrado los demógrafos con un mayor bagaje científico y más sensibles culturalmente, la fecundidad es ante todo un fenómeno de *histoire des mentalités*. Esto no significa minusvalorar la importancia de los factores materiales (empleo, casa, rentas, etcétera) a efectos de la fecundidad, sino poner de relieve que esta última depende, en primer lugar, de factores culturales y tecnológicos, como lo demuestra el hecho que las clases sociales más bajas tienen en general tasas más altas de fecundidad, mientras las clases medias, con más bienestar, tienen en promedio menos hijos. Esta consideración debe leerse dentro de una tendencia científica que hoy abandona los modelos causalistas (materialistas, positivistas) del Ochocientos en favor de nuevos modelos finalísticos: los primeros explicaban el descenso de la fecundidad con la trilogía urbanización, industrialización, secularización, que hoy resulta totalmente inadecuada para dar cuenta de los cambios los segundos tratan en cambio de comprender la

disminución de la fecundidad como comportamientos finalísticos, que buscan regular la descendencia como proyecto o estrategia en una situación vinculada.

⁷ Los demógrafos, quizás con cierta ligereza, han adoptado la expresión riesgo de embarazo para indicar que, para una mujer, existe la posibilidad de encontrarse en espera de un hijo: indican con esto que el evento, más que grato, es visto sobre todo como una fuente de problemas.

⁸ El concepto de “transición demográfica” propuesto por los demógrafos es notoriamente una noción vaga (cfr. Chesnais J.C., *La transition demographique. Etapes, formes, implications iconomiques*, Parms: P.U.F., 1986). Algunos hablan de revolución demográfica o bien, como L. Henry, de paso de una fecundidad natural a una fecundidad controlada (*dirigée*). Con el término transición se alude, en general, al paso de un régimen demográfico “tradicional” de fuerte mortalidad y natalidad a un régimen modernizado caracterizado por un cierto equilibrio entre baja mortalidad y baja natalidad. Si se quiere ser más preciso hay que distinguirlo en fases. Personalmente utilizo la siguiente periodización. Hablo de primera transición demográfica a propósito de la primera modernización de la familia y de los respectivos comportamientos procreativos basados en un control predominantemente espontáneo de los nacimientos (carente de métodos físico-químicos), lo que, por lo menos, en los países de una primera y más difundida industrialización va acompañado de una reducción de la mortalidad (por ejemplo en Francia, ya en el Setecientos) el saldo natural de la población se mantiene aún más que suficiente para el replazo de la población. Por segunda transición demográfica entiendo el logro de una configuración de reproducción natural de la población alrededor del cero (el llamado crecimiento cero de la población), que consiste en la difusión de nuevos métodos como la píldora anticonceptiva y la espiral (Leridon H. y otros, *La seconde révolution contraceptive*, Parms: P.U.F., 1987). Pienso que se puede hablar de tercera transición demográfica para indicar el paso a una nueva configuración en la que se da un ulterior control de los nacimientos mediante la radicalización de los métodos (como la esterilización permanente o temporal y la difusión de las tecnologías asexuales de reproducción) y una clara disminución (o crecimiento negativo) de la población, acompañadas del surgimiento de la familia posnuclear, por crecientes desequilibrios entre generaciones, y por la atracción de fuertes inmigraciones. Obviamente, la tercera transición se presenta en el momento actual sólo en algunas áreas, y no se ha generalizado todavía.

⁹ Livi Bacci, M., *Donna, fecondità e figli*, Bologna: Il Mulino, 1980 Donati P., *Il declino demografico e le trasformazioni della famiglia*, en *Trasformazioni economiche, mutamenti sociali e nuovi miti collettivi*, 1920-1960, Milan: Edizioni Electa, 1991: 74-89.

¹⁰ Donati, P., *La famiglia nella società relazionale. Nuove reti e nuove regole*, Milán: F. Angeli, 1986, cap. 1.

¹¹ Siguiendo una clasificación elaborada por P.Laslett (cfr. Laslett P., *Famiglia e aggregato domestico*, en M. Barbagli (a cargo de), *Famiglia e mutamento sociale*, Bologna: Il Mulino, 1977: 30-54), las familias pueden distinguirse en cinco tipos: simples o nucleares, sin estructura, en solitario, extensa y múltiple. *Nucleares* (o simples) se llaman las familias formadas por una sola unidad conyugal, sea ésta completa (marido, mujer, con o sin hijos) o bien incompleta (madre viuda con hijos o padre viudo con hijos). *Sin estructura* se definen las familias que carecen de una unidad conyugal, es decir formadas por personas con otras relaciones de parentela (por ejemplo, hermanas no casadas que viven juntas) o simplemente conocidos. Las familias de *solitarios* están constituidas por una única persona (con o sin personal de servicio). *Extensas* se llaman las familias con una sola unidad conyugal y uno o más parientes convivientes. Según la relación de éste o de estos últimos con el jefe de familia, se habla de extensión *vertical* (por ejemplo: padre del cabeza de familia) u *horizontal* (por ejemplo: el hermano). *Múltiples* son las familias con dos o más unidades conyugales. También aquí, según el vínculo de unión

existente entre estas unidades, se habla de familias múltiples *verticales* (por ejemplo: marido, mujer, hijo y mujer de este último) u *horizontales* (por ejemplo: dos o más hermanos que viven con sus respectivas mujeres o los eventuales hijos). Se habla, finalmente, de familias *complejas* cuando se consideran juntamente las extensas y las múltiples, para distinguirlas de las que tienen un sólo núcleo, llamadas *simples*. El fenómeno que yo llamo de la familia posnuclear va más allá de la clasificación histórica de Laslett.

¹² Para una útil actualización, el lector podrá consultar los datos recogidos en las últimas publicaciones comparativas del Consejo de Europa (cfr. *Conseil de l'Europe, Evolution demographique recente en Europe*, Estrasburgo: 1991). En la tabla 1 del apéndice he sintetizado algunos indicadores socio-demográficos útiles para comprender la fenomenología de la procreación. En torno a 1990 se advierte: una cierta recuperación de la natalidad en algunos países (como los Países Bajos, Gran Bretaña, Irlanda, Dinamarca) exceptuada Italia; sin embargo, en gran parte aún como efecto estructural de creciente envejecimiento de la población. Una estabilización en las tasas de filiación ilegítima el incremento de la edad promedio en el primer matrimonio (un poco más en la mujer, algo menos en el hombre) una cierta estabilización de las tasas de divorcio. Los cuatro países meridionales (Italia, España, Portugal y Grecia) siguen decursos bastante similares.

¹³ Por ejemplo muchos viejos centros históricos y pueblos pequeños en áreas marginales. En 1990, en el centro histórico de Bolonia, por ejemplo, el 72 por ciento de las familias estaba compuesto por uno o dos componentes como máximo.

¹⁴ Aries, Ph., *Padri e figli nell'Europa medioevale e moderna*, Bari: Laterza, 1968.

¹⁵ En Italia, la edad promedio de la mujer al nacimiento del primer hijo ha subido de 25.0 años en 1980 a 26.4 en 1989. En líneas generales, la mujer italiana, como promedio, tiene 1.27 hijos en su vida (*total fertility rate*) entre los 26 y 28 años (datos de 1991). Generalmente, disminuyen los nacimientos en los contingentes de mujeres por debajo de los 24 años, mientras aumentan en los contingentes femeninos entre los 25 y 39 años.

¹⁶ Esta comprobado empíricamente que, en la mayor parte de los casos, tener el tercer hijo significa que la mujer se encuentra obligada a abandonar (si es que lo tiene) el trabajo profesional externo, y de todos modos pone en juego el principio de equidad de la pareja (esto es, las oportunidades iguales entre hombre y mujer frente al trabajo externo) cfr. Kellerhals J., *Mariages au quotidien*, Lausana: Favre, 1982.

¹⁷ De Sandre, P., *Contributi delle generazioni ai cambiamenti recenti nei comportamenti e nelle forme familiari*, en Donati P. (a cargo de), *Secondo rapporto sulla famiglia in Italia*, Milán: Ed. Paoline, 1991: 109-155.

¹⁸ Saraceno, C., *Dalla istituzionalizzazione alla de-istituzionalizzazione dei corsi di vita femminili e maschili?*, Stato e Mercato, 1991, diciembre, 33: 431-449.

¹⁹ Aries, *Padri...*

²⁰ Donati, *La famiglia nella...*, cap. 2.

²¹ Roussel, L., *La famille incertaine*, Parms: Editions Odile Jacob, 1989.

²² Sgritta G.B., La condizione dell'infanzia, en P. Donati (a cargo de), *Secondo rapporto sulla famiglia in Italia*, Milan: Ed. Paoline, 1991.

²³ Donati, P., *Crisi della famiglia e mezzi di informazione di massa*, en Aa. Vv., *Mass media, famiglia e trasformazioni sociali*, Florencia: Sansoni, 1980: 15-90.

²⁴ Palomba, R. (a cargo de), *Vita di coppia e figli*, Florencia: La Nuova Italia, 1987 Menniti, A., Palomba, R., Sabbadini, L.L., *Family models in Italy: A traditional catholic country*, en L. Shamgar, R. Palomba (eds.), *Alternative patterns of family life in modern societies*, Roma: Irip, 1987: 275-302.

²⁵ Acerca de las opiniones de los italianos sobre la procreación, véanse las tablas 1-10

presentadas por R. Palomba (cfr. Palomba R., *Gli italiani e le opinioni sulla natalità e le politiche demografiche*, en Aa. Vv., *Famiglia, figli e società in Europa. Crisi della natalità e politiche per la popolazione*, Turmn: Edizioni della Fondazione G. Agnelli, 1991: pp. 301-330).

²⁶ Palomba, *Gli italiani...*, tabla I, p. 304.

²⁷ Alberoni, R.G., Di Fraia G., *Complicità e competizione*, Milán, Mondadori, 1992.

²⁸ Watkins S.C. y otros, *Demographic foundations of family change*, American Sociological Review, 1987, 52, 3: 346-358.

²⁹ Véase, por ejemplo, la comparación entre Francia y Alemania en Fagnani J., *Fécondité, travail professionnel et politiques familiales en France et en Allemagne de L'Ouest*, Parns, Recherches & Prvisions, CNAF, 1992, juin, 28: 23-38.

³⁰ Rousel, *La famille...*

³¹ Rossi, G., *La famiglia multidimensionale*, Milán: Vita e Pensiero, 1991.

³² Así, por ejemplo, se habla de una fragmentación de la maternidad en las figuras de madre biológica, madre gestacional y madre social (cfr. Di Pietro M.L., *Fecondazione artificiale e frammentazione della maternità: considerazioni etiche e giuridiche*, La Famiglia, 1992, 154: pp.5-19). Pero lo mismo vale para el padre, que puede ser biológico, social, legal, psicológico, económico, etcétera, según los roles y posiciones que pierden la integración entre sí.

³³ Luscher K., Engstler H., *A typology of family formation based on demographic data from contemporary switzerland*, Paper, University of Konstanz, 1992.

³⁴ Haraway D., *Simians, cyborg, and women: The reinvention of nature*, Nueva York y Londres: Routledge, 1991.

³⁵ No son pocos los autores que insisten en el hecho de que, si se piensa al hombre como sujeto portador de ideas, de sentido, de sentimientos, de tensión hacia objetivos, entonces el hombre, el ser humano, se vuelve un concepto anticuado (cfr. Anders G., *L'uomo h antiquato*, trad. it. Turmn: Bollati Boringheri, 1992). Anders muestra una singular convergencia con el pensamiento de Luhmann. Para ambos no tiene sentido, y no hay esperanza, en querer humanizar la ciencia y la tecnología, ni siquiera de la reproducción llamada humana, porque ciencia y tecnología son necesariamente deshumanas en un sentido sumamente específico, en cuanto comportan una vida social sin calidad (cfr. S. Belardinelli, *Una sociologia senza qualità*, Milán: Angeli, 1993).

³⁶ Hart, N., *The causes and consequences of the growth of technology in human reproduction*, en Shamgar L., Palomba R. (eds.), *Alternative patterns of family life in modern societies*, Roma: Irp, 1987: 351-374.

³⁷ Véase a este propósito un reciente debate sumamente esclarecedor sobre el feminismo, y en particular sobre la perspectiva de Dorothy Smith en Lemert Ch., *Subjectivity's limit: The unsolve riddle of the standpoint*, Sociological Theory, 1992, 10, 1: 63-72.

³⁸ Scabini, E., Donati P., (a cargo de), *Famiglie in difficoltà tra rischio e risorse*, Studi interdisciplinari sulla famiglia, 11, Milán: Vita e Pensiero, 1992.

³⁹ Lemert Ch., *Sociology and the twilight of man: Homocentrism and discourse in sociological theory*, Carbondale: Southern Illinois University Press, 1979.

⁴⁰ En Italia los nacimientos ilegítimos están aún bastante contenidos (en torno al 6.3 por ciento del total de los nacimientos), pero incluso allí donde son bastante elevados, como en los países escandinavos, sobre todo en Dinamarca y en Gran Bretaña, no indican la no existencia de la familia. En realidad, si es cierto que la legislación tiende a equiparar a las familias legales y a las no legales, asm como el estatus de los niños nacidos dentro o fuera del matrimonio, atestiguando con esto que las relaciones interhumanas prescinden de la opción matrimonial o no matrimonial de los padres, esto no significa que la legislación legitime comportamientos irresponsables. Todo lo contrario. A las parejas no casadas se les atribuye un número creciente de deberes.

- ⁴¹ Donati, P., *La famiglia come relazione sociale*, Milán: Angeli, 1992: 204-318.
- ⁴² Hagoel L., y otros, *Infertility and its treatment: Consequences for the family*, en Shamgar Palomba, *Alternative...*, pp. 375-378.
- ⁴³ Me refiero, en particular, a la investigación a cargo de C. Ventimiglia en 1992 sobre los centros de fecundación asistida en Emilia-Romagna: Ventimiglia C. (a cargo de), *La procreazione medicalmente assistita in Emilia Romagna. Indagine sulla domanda e sulla risposta dei servizi*, Università di Parma, Istituto di Sociologia, 1992, 2 vols.
- ⁴⁴ Ventimiglia, *La procreazione...*, pp. 381-418.
- ⁴⁵ Edwards, J.N., *New conceptions: Biosocial innovations and the family*, *Journal of Marriage and the Family*, 1991, May, 53, 2: 349-360.
- ⁴⁶ Corea G., *The mother machine: Reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs*, Nueva York: Harper and Row, 1985.
- ⁴⁷ Holmes L.B., Hoskins B.B., Gross M., *The custom-made child?*, Clifton, N.J.: Humana Press, 1981.
- ⁴⁸ Andrews L.B., *New conceptions*, Nueva York: St. Martin's Press, 1984.
- ⁴⁹ U.S. Bureau of Census, Current Population Reports, *Households, families, marital status and living arrangements*, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1988 Wilkie J.R., *The trend toward delayed parenthood*, *Journal of Marriage and the Family*, 1981, 43: 583-591.
- ⁵⁰ Edwards, *New Conceptions...*, p. 335.
- ⁵¹ Humphrey M., Humphrey H., *Families with a difference: Varieties of surrogate parenthood*, Londres: Routledge, 1988.
- ⁵² Steinberg, D., *The depersonalisation of women through the administration of in vitro fertilisation*, en McNeil M. y otros (eds.), *The new reproductive technologies*, Londres: MacMillan 1992: 154-172.
- ⁵³ Sobre la teoría de la relación social cfr. Donati, P., *Teoria relazionale della società*, Milán: Angeli, 1991.
- ⁵⁴ Donati, *La famiglia come...*, cap. 5.
- ⁵⁵ Aa.Vv., *Famiglia, figli e società in Europa. Crisi della natalità e politiche per la popolazione*, Turin: Edizioni della Fondazione G. Agnelli, 1991.
- ⁵⁶ Donati, *Equità generazionale...*
- ⁵⁷ Huber J., *Macro-micro links in gender stratification*, *American Sociological Review*, 1990, 55, 1: 1-10.
- ⁵⁸ Bimbi, F., Castellano G., (a cargo de), *Madri e padri. Transizioni dal patriarcato e cultura dei servizi*, Milán: Angeli, 1990.
- ⁵⁹ Luhmann, N., *Il sistema sociale famiglia*, *La Ricerca Sociale*, 1989, 39: 233-252
- ⁶⁰ Pero adviértase bien: no fundamentado sobre la oposición dualista que opera por negación, sino sobre la relación immanencia/trascendencia, que permite mantener juntamente a uno y otro polo de la relación.

Apéndice estadístico

Tabla 1 □ Algunos indicadores socio-demográficos relativos a los países europeos (Eurostat)

INDICADORES	AÑO	D	F	I	NL	B	L	UK	IRL	DK	GR	E	P	CP
Tasa natalidad nacidos x 1,000 hab.)	1970	13.40	16.80	16.50	14.80	14.80	13.00	16.20	21.80	14.40	16.50	19.60	20.00	16.40
	1980	10.10	14.90	11.30	12.80	12.60	11.40	13.40	21.80	11.20	15.40	15.20	16.20	13.00
	1987	10.50	13.80	9.60	12.70	11.90	11.40	13.60	16.60	11.00	10.70	11.20	12.00	11.80
	1988	11.00	13.80	9.90	12.60	12.10	12.40	13.80	15.30	11.50	10.80	10.70	11.90	11.90
	1989	11.00	13.60	9.70	12.70	12.10	12.40	13.60	14.70	12.00	10.10	10.40	11.50	11.80
	1990	11.30	13.50	9.60	13.20	12.40	13.00	13.90	15.10	12.40	9.90	10.20	11.20	11.90
Tasa mortalidad (muertos x 1,000 hab.)	1970	12.10	10.70	9.70	8.40	12.30	12.20	11.80	11.40	9.80	8.40	8.30	10.30	10.60
	1980	11.60	10.20	9.80	8.10	11.50	11.30	11.70	9.80	10.90	9.10	7.70	9.70	10.30
	1987	11.20	9.50	9.30	8.30	10.70	10.80	11.30	8.80	11.30	9.60	7.90	9.30	9.90
	1988	11.20	9.40	9.10	8.40	10.60	10.30	11.30	8.90	11.50	9.20	8.20	9.50	10.10
	1989	11.20	9.40	9.30	8.70	10.80	10.60	11.30	8.80	11.60	9.20	8.30	9.30	10.00
	1990	11.20	9.30	9.30	9.90	10.50	9.90	11.20	9.10	11.90	9.20	8.60	9.90	10.10
Saldo migratorio (x 1,000 hab.)	1970	9.20	3.50	-2.20	2.60	0.40	3.10	-0.30	-1.20	2.40	-5.30	-0.80	-16.60	1.40
	1980	5.10	0.80	-0.10	3.70	-0.30	3.70	-0.70	-0.20	0.10	5.20	3.00	4.30	1.70
	1987	3.60	0.00	1.50	3.00	-0.10	6.40	0.50	-0.90	1.20	0.80	0.90	1.20	1.30
	1988	7.90	0.40	1.10	2.40	0.00	6.50	0.00	-11.60	0.10	1.60	-1.00	1.00	1.70
	1989	15.70	0.90	0.60	2.60	1.10	7.50	-0.70	-10.00	0.70	1.80	-0.20	0.90	3.30
	1990	15.70	0.90	0.60	2.60	1.10	7.50	-0.70	-10.00	0.70	1.80	-0.20	0.90	3.30
Nacidos ilegítimos (x 1,000 nacidos vivos)	1970	54.60	66.40	21.80	20.90	27.70	40.10	80.40	26.50	110.30	11.10	13.60	73.30	47.70
	1980	75.60	113.40	42.90	41.20	41.20	59.70	115.20	50.30	331.70	14.80	39.30	92.00	73.80
	1987	97.10	240.80	58.30	93.10	9.00	110.20	228.90	108.60	445.20	20.90	83.00	132.00	155.80
	1988	100.30	263.30	58.10	102.00	□	120.80	251.40	116.70	446.80	20.60	□	137.10	160.80
	1989	102.00	287.10	61.20	107.10	□	118.30	266.30	126.60	461.00	21.00	□	145.20	169.00
	1990	102.00	284.00	63.20	114.20	110.00	129.40	279.50	145.10	460.80	20.90	100.50	147.40	178.40
Tasa global de fecundidad (* de hijos x mujer)	1970	2.02	2.48	2.48	2.57	2.25	1.97	2.45	3.87	1.95	2.34	2.84	2.76	2.49
	1980	1.45	1.95	1.95	1.60	1.69	1.50	1.89	3.23	1.55	2.23	2.22	2.19	1.93
	1987	1.37	1.37	1.82	1.56	2.32	1.39	1.82	2.32	1.50	1.52	1.48	1.57	1.67
	1988	1.41	1.41	1.82	1.55	2.41	1.51	1.84	2.18	1.56	1.52	1.38	1.53	1.67
	1989	1.44	1.44	1.82	1.55	2.34	1.52	1.81	1.1.1	1.62	1.43	1.30	1.48	1.64
	1990	□	□	1.80	1.62	2.43	1.62	1.84	2.17	1.67	□	□	□	□
Tasa de nupcialidad (x 1,000 habitantes)	1970	7.30	7.30	7.80	9.50	7.60	6.30	8.50	7.00	7.40	7.70	7.30	9.00	7.80
	1980	5.90	5.90	6.20	6.40	6.70	5.90	7.40	6.40	5.20	6.50	5.90	7.40	6.30
	1989	6.40	6.40	5.00	6.10	6.40	5.60	6.80	5.10	6.00	6.20	5.50	7.10	5.90
	1990	5.90	5.90	5.10	6.40	6.50	6.10	6.80	5.00	6.10	5.40	5.50	6.90	6.00
	1990	5.90	5.90	5.10	6.40	6.50	6.10	6.80	5.00	6.10	5.40	5.50	6.90	6.00
Tasa de divorcio (x 1,000 habitantes)	1970	1.30	1.30	0.00	0.80	0.70	0.60	1.10	0.00	1.90	0.40	0.00	0.10	0.70
	1980	1.60	1.60	0.20	1.80	1.50	1.60	2.80	0.00	2.70	0.70	0.30	0.60	1.30
	1989	2.00	2.00	0.50	1.90	2.00	2.30	2.90	□	2.90	0.60	0.60	0.90	1.60
	1990	2.20	2.20	0.40	1.90	2.00	2.30	2.90	□	2.70	0.60	0.60	0.90	1.70
	1990	2.20	2.20	0.40	1.90	2.00	2.30	2.90	□	2.70	0.60	0.60	0.90	1.70
N. medio comp. por familia	1990	2,20	2,20	2,70	2,50	2,60	2,70	2,50	3,30	1,70	2,90	3,40	3,10	2,60
Edad promedio primer matrimonio hombres	1970	25.60	25.60	27.50	24.70	24.40	□	24.50	27.40	□	27.90	27.40	26.60	25.70
	1980	26.10	26.10	27.20	25.40	24.70	□	25.20	26.10	27.50	27.10	25.80	25.40	25.90
	1988	28.00	28.00	28.00	27.50	26.60	27.00	26.40	27.90	29.60	27.70	□	25.90	27.30
	1989	□	□	□	27.80	26.40	27.80	25.80	□	29.80	27.80	□	26.10	□
	1990	□	□	□	27.80	26.40	27.80	25.80	□	29.80	27.80	□	26.10	□
Edad promedio primer matrimonio mujeres	1970	23.00	23.00	24.10	22.70	22.40	23.20	22.40	24.80	22.80	22.90	24.70	24.30	23.20
	1980	23.40	23.40	24.10	23.10	22.30	23.00	23.00	24.10	24.80	22.30	23.40	23.30	23.30
	1988	25.50	25.50	25.10	25.30	24.20	24.60	24.60	25.80	27.10	23.30	□	23.90	24.90
	1989	25.70	25.70	25.40	25.60	24.10	25.00	24.80	□	27.40	23.50	□	24.10	□
	1990	25.70	25.70	25.40	25.60	24.10	25.00	24.80	□	27.40	23.50	□	24.10	□

La bioética y la humanización de las ciencias médicas

*Dr. José Kuthy Porter**,
*Dra. Martha Tarasco Michel***

Resumen

Existe un desequilibrio entre el desarrollo de la moral, del humanismo y de la medicina, pero a pesar de que el avance tecnológico sobrepasa el contenido de los códigos tradicionales de deontología médica, el ejercicio de la medicina está sustentado en principios inmutables de moral, básicamente el respeto a la vida y a la dignidad humanas.

La medicina, la moral y el humanismo se han desarrollado gradualmente en forma paralela, pero no siempre similar. Los avances logrados por las ciencias biomédicas durante las últimas dos a tres décadas han sido espectaculares.

Hoy, la medicina y su enfoque ante la sociedad enfrentan una gran cantidad de variables, de posibles conflictos, de problemas complejos y difíciles. Nos enfrentamos a nuevos terrenos, ocasionados por novedosos métodos terapéuticos y técnicas de diagnóstico sofisticadas, de tal manera que el dogma simplista de Galeno, la visión magnífica de Hipócrates e incluso las declaraciones de Helsinki de la Asociación

* Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac. Miembro de la Comisión Nacional de Bioética.

** Coordinadora Académica del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac.

Médica Mundial, los juicios de Nüremberg, etc, ya no puedan iluminarnos como lo hicieran en su tiempo.

Debemos admitir que, gracias a los avances espectaculares de las ciencias biomédicas, se ha duplicado el promedio de vida del hombre y se han dominado las epidemias que diezaban a las naciones, cierto, pero han aparecido otras que amenazan constituirse en pandemias; la mortalidad infantil elevadísima ha disminuído notablemente (en aquellos países cuyo desarrollo económico-médico así lo ha permitido); las complicaciones posparto y su mortalidad presentan, hoy en día, otro panorama; gracias a los antibióticos y agentes quimioterapéuticos, ha sido posible cambiar el panorama que otrora presentaban infecciones y neoplasias malignas; las enfermedades mentales han cambiado su pronóstico gracias a los recursos terapéuticos con que contamos.

Ciencia, tecnología y humanismo en medicina: atinada asociación de conceptos, porque existe acaso actividad científica y técnica más humanista que la actividad médica? La medicina es el arte científico que se ocupa, precisamente, de servir al hombre, de luchar contra sus enfermedades, de aliviar sus sufrimientos, de conservar su salud, de protegerlo de las enfermedades, de ayudarlo a rehabilitarse y a vivir en la máxima plenitud de sus facultades.

Desafortunadamente, la medicina y la ética no han corrido paralelas y, ahora, en nuestro tiempo, debemos enfrentarnos a la paradoja de que, en efecto, los críticos de la medicina científica y tecnológica tienen cierta razón cuando afirman que están amenazadas de divorcio.

La medicina no cortó nunca sus lazos con la filosofía moral. Los principios de la ética médica han sido enunciados en todos los tiempos y han permitido mantener cierto control sobre el componente moral de las relaciones del médico con el enfermo, sus familiares, sus colegas y la sociedad en pleno.

Con la aparición de nuevos avances científicos y tecnológicos en medicina, han surgido nuevos marcos de referencia, hechos y potencialidades que sacuden violentamente nuestros conceptos fundamentales sobre lo que son la vida y la muerte, la maternidad y la familia, la herencia genética y la eugenesia, la libertad, las emociones y lo que es el hombre mismo.

Gracias a la aplicación de respiradores, marcapasos, órganos artificiales y transplantados es posible prolongar la vida y aplazar la muerte,

definida de la manera tradicional como la interrupción irreversible del funcionamiento espontáneo del sistema cardiorespiratorio. Estos hechos, y la posibilidad, nada nueva pero sí facilitada por los nuevos avances tecnológicos, de interrumpir la gestación han obligado a buscar nuevas definiciones de muerte, y se han agudizado al grado de provocar serios conflictos sociales y éticos.

Las conquistas más trascendentales, logradas en tiempos recientes por la ciencia médica, han tenido lugar en el campo de la genética. Gracias a ellas, estamos vislumbrando ya victorias sorprendentes en la lucha contra las enfermedades hereditarias, los errores congénitos del metabolismo, los numerosos factores genéticos que intervienen en la etiología de incontables enfermedades, los padecimientos causados por virus, las neoplasias malignas, las enfermedades inmunológicas y las degenerativas.

Sin embargo, hay otra vertiente, otras metas, objetivos menos legítimos, que son objeto de honda preocupación por quienes luchan porque la medicina no se desvíe nunca del ideal humanista. Esta corriente ya ha surgido y amenaza extenderse ilimitadamente, aplicando las mismas conquistas a fines ajenos, fines que ponen en entredicho la concepción misma que tenemos del hombre y de sus valores.

La fertilización del óvulo "in vitro" y el crecimiento inicial del embrión humano en una probeta de laboratorio son ya una realidad. Una mujer, distinta de la que proporcionó el óvulo, funciona como madre subrogada hasta el final del embarazo.

Ha surgido una situación nueva en la historia de la humanidad, la posibilidad de tener dos madres: la donadora del óvulo y la que cargó el producto en su vientre y lo parió. Más aún, no es difícil concebir la creación de placentas artificiales, con lo que habrá individuos no procedentes del vientre de la mujer.

La inseminación artificial con donadores seleccionados es un hecho. En California, un banco comercial de esperma congelado ofrece a las mujeres interesadas semen procedente de ganadores del Premio Nobel. Para los varones, ya también es posible ofrecerles óvulos seleccionados. Pronto se podrá ir más lejos, realizando transplantes del puro núcleo de la célula, que ya no tendrá de ser germinativa sino somática.

Sin embargo, a pesar del desmesurado avance tecnológico que está absorbiendo a la medicina como en una espiral sin fronteras, y de que

este sobrepase en desarrollo a los códigos tradicionales de deontología médica, el ejercicio de la medicina está sustentado en principios inmutables de moral. De ahí que, si hacemos un alto en el camino y reflexionamos sobre la forma de aplicación actualizada de estos principios, lograremos el equilibrio necesario para poder establecer todos los elementos de juicio necesarios al tomar decisiones en el cuidado de nuestros pacientes.

La aplicación de los principios de la moral en la medicina no es de forma abstracta ni impuesta de forma autoritaria. Esta debe ser para concluir en hechos, aunque con toda claridad requiere de principios y reglas.

Básicamente, el fundamento filosófico en el que se apoya el ejercicio de la medicina es el respeto a la vida humana “que pertenece al orden de la objetividad y debe servir de finalidad a la actuación ética”,¹ y la posibilidad que tienen, tanto el paciente como el médico, de la autodeterminación, “que remite al dominio de la subjetividad y es esencial en la ética”.²

Siendo la filosofía de todas las ciencias, posee en sí misma la metodología para afirmar o negar proposiciones de un modo objetivo.

La ética es rama de la filosofía y sigue esta misma metodología. La práctica médica, justamente, toma de la ética sus principios y, en su más completa aplicación, la bioética, logra de una manera científica buscar la verdad en el actuar médico, equilibrando principios y valores.

La filosofía reconoce que todo hombre es persona, comprendiendo la totalidad y la dignidad de la misma. Presupone que el valor supremo de la persona es su vida misma y la exclusividad de su identidad.

Esta identidad de la persona es lo que la hace responsable de su propia conducta. La persona es dueña de sus actos y decisiones fundamentales, incluso el concepto de su propio ser de persona parten de sí misma. Ser persona, por consiguiente, supera al concepto netamente organicista, porque implica la libertad de la misma.

El comportamiento humano, el hombre mismo, no es solamente consecuencia de la naturaleza. Ser hombre implica la individualidad, la exclusividad y la irrepitibilidad, implica la intercomunicación del entendimiento y de los efectos deseados desde la libertad. El hombre “se revela como dotado de una intimidad radical desde la cual se puede interiorizar todo el mundo y nadie puede arrebatárselo, a la vez que

permanece con una radical libertad frente a ese mundo y frente a sí mismo”.

“El hombre es el único ser verdaderamente libre que hay en nuestro universo material. Su libertad se manifiesta como poder, frente al poder de la naturaleza y frente a los mismos datos y hechos reales que le presenta el conocimiento, que puede admitir o negar frente a las demás libertades”.³

La dignidad humana es la dignidad de un ser que es en sí mismo por ser persona. La personalidad es algo esencial al hombre, no es una simple cualidad que adquiere: se tiene por ser hombre.⁴ El valor de la persona no se da por lo que produce o lo que tiene, ni por su inteligencia, edad o grado de desarrollo, sino que deriva de su esencia misma, de su realidad ontológica. Por ello, también requerimos de una antropología de la dignidad humana, porque en los casos en que esta es más vulnerable, como lo es en los extremos de la vida, es decir, en la etapa gestacional o en el fin de la vida, o en las personas discapacitadas, especialmente en los deficientes mentales, la correcta conceptualización y valoración del concepto de personas permiten observar la dignidad que existe en estos estados, a pesar de su improductividad social y económica o de su aparente falta de autonomía.

Se pueden establecer diversas jerarquías de valores desde una perspectiva pragmática y utilitarista. Ello llevaría a establecer códigos particulares y primar a su elección unos intereses sobre otros, pero esto no debe confundirse con la ética, puesto que esta se refiere a valores objetivos y universales. Menos todavía con la bioética, pues si la primera gira en torno a la dignidad de la persona como sujeto de deberes morales cuyo requisito fundamental es la libertad personal, la bioética encuentra, además, su fundamento y primordial objeto de protección en la vida, en una vida propiamente humana como condición de posibilidad para cualquier otro derecho.

Por cuanto se refiere al humanismo, a diferencia de lo que algunos puedan pensar, este no es un lujo ni remanso de tranquilidad espiritual. Humanismo significa cultura en su máxima expresión, comprensión del hombre en su esencia verdadera; es la búsqueda de lo bello, lo noble, lo justo...

Desafortunadamente, el hombre en el que predomina la ciencia y aquel en que predomina lo meramente humano adoptan posiciones

opuestas. Este último, con la mira puesta en el pasado y el primero viendo tan sólo el presente de su ciencia, ante el último descubrimiento desde el cual quiere dominarlo todo y en exclusiva.

Afortunadamente, las conquistas fundamentales del hombre, ciencia y cultura, no son opuestas, se complementan una a otra de manera armoniosa cuando “el médico sabe reunir en su ser el talento y la sensibilidad”, tal como en alguna ocasión lo expresara el maestro Ignacio Chávez... y, para citar nuevamente a este gran hombre que supo unir ciencia y cultura de una forma por demás armoniosa: “El verdadero espíritu humanista del hombre de ciencia, del médico capaz de equilibrar su saber con su quehacer, será el que le permita apartarse del pragmatismo puro como filosofía de la medicina y le obligue a no aceptar los acontecimientos sin profundizar en su explicación, ... es así que será capaz de encontrar una mejor forma de comprender los problemas que conlleva nuestra medicina en la actualidad: a menudo fragmentada en muy pequeñas porciones, plenas de acontecimientos, pero pobre en valores humanos, siendo capaz también de colocar los “avances” de la ciencia dentro de su dimensión más exacta y comprendiendo lo que en ella aún hay de empírico y lo mucho que todavía queda por conocer...”⁵

Es muy importante recordar al joven médico, y a aquellos que se preparan para serlo, que los conocimientos, técnicas y destrezas de las ciencias biomédicas (que tan espectaculares avances han experimentado en las últimas décadas) solamente podrán ser útiles al hombre cuando no se pierda de vista el valor del hombre mismo, entendido este en su dimensión de cuerpo y espíritu, y tendiendo siempre al incremento de sus valores para hacerlo cada día más dignamente humano.

Referencias bibliográficas

¹ LEON CORREA, F., *Dignidad humana, libertad y bioética*, Cuadernos de bioética 1992, 12, 4a.

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ SPACMAN, R., *Bioética*, Real, Madrid 1992; p. 71-73.

⁵ CHAVEZ, I., *Grandeza y miseria de la especialidad médica. Aspiración a un nuevo humanismo*, Humanismo Médico Educación y Cultura, Biblioteca Canto a mi Tierra 1993, p. 6-13

Algunos aspectos estadísticos sobre el aborto provocado. Variables médicas

*Dra. María de la Luz Casas Martínez**

Resumen

Los médicos tenemos el compromiso profesional de no concluir falazmente, sino de fundamentar nuestros conocimientos. El tema del aborto es un ejemplo de la falta de seriedad y de ética profesional en el manejo de la estadística. El artículo pretende motivar a un análisis profundo sobre las cifras obtenidas sobre el aborto inducido.

Introducción

El problema de la obtención de cifras reales con respecto al aborto inducido ha sido tratado escasamente por investigaciones serias. De hecho, publicaciones en revistas especializadas dan como referencia bibliográfica una serie de reportes de prensa escrita en forma anónima, que restan seriedad al tema.¹ Si bien es cierto que las cifras oficiales sobre aborto inducido no reflejan el verdadero problema, también es cierto que este puede inferirse con bastante aproximación partiendo de cifras indirectas, que por no tener la carga de penalización jurídica no tienen por qué ser manipuladas.

Se han propuesto como cifras reales de aborto, variaciones que oscilan entre 500 mil a 6.2 millones para América Latina,² cifras por

* Miembro del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, México.

demás extremas, que no nos llevan a una valoración adecuada de la problemática.

El problema del aborto inducido es un hecho real que ha existido desde siempre, de tal forma que fue consignado dentro del Juramento Hipocrático: “Tampoco daré a ninguna mujer pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente”.³ Por otro lado, la Asamblea Mundial de la salud reconoció, en 1968, que el aborto constituía un problema grave de salud pública.⁴

En este artículo expondré datos que proporcionan las estadísticas de instituciones, especificadas en la metodología, para que puedan ser analizadas por el lector.

Las cifras de aborto provocado están sujetas a varias limitaciones, entre ellas las fuentes de información:

a) *El registro de abortos.* En los países en donde se ha legalizado el aborto, los datos pueden ser incompletos por la excesiva complejidad de los formatos, por el secreto profesional o porque los datos aportados no son publicados oficialmente. En los países con penalización del aborto provocado estos parámetros se agudizan y el registro de abortos tiene escasa utilidad cuando no se hace una distinción entre abortos espontáneos y no espontáneos. Aun cuando se hace esta distinción, la información sigue siendo incompleta, porque el espontáneo sólo se registra al ingreso al hospital o a la consulta y muchos de ellos, ovulares y sin consulta, quedan excluidos. De igual forma, en el caso de abortos provocados, los registros sólo reflejan los abortos complicados.

b) *Estadísticas del hospital* Las estadísticas oficiales no reflejan la realidad de la problemática, sobre todo en los países donde está penalizado el aborto inducido, ya que se clasifican deliberadamente como aborto espontáneo. Aun en países con despenalización, las prestaciones por aborto provocado suelen variar en relación al aborto espontáneo, por lo que, para efectos del pago del seguro o licencia médica, estos casos suelen falsearse.

c) *Estadísticas de mortalidad.* Las causas de muerte especificados en el certificado de defunción suelen ser inexactas, sobre todo porque se consigna la causa directa del deceso, por ejemplo, sepsis, shock hipovolémico, etc. y no aborto complicado.

d) *Tasas de natalidad.* El número de nacimientos y de abortos guardan una relación inversa. El aborto espontáneo no sufre variaciones

importantes, por lo que podría inferirse el número de abortos provocados a partir del aumento o descenso de la tasa de natalidad.

Las estadísticas que se han propuesto para la determinación del aborto provocado, específicamente los datos sobre los cálculos de Dorothy Norman para este fin, se basan en la relación del número total de nacimientos que se evitaron por control de fecundidad, tomando este de los nacimientos vivos potenciales, menos los nacimientos vivos observados.⁵ Infiere, pues, que esta diferencia demuestra los nacimientos evitados por el aborto inducido. Aunque a primera vista el planteamiento parece lógico, no lo es en absoluto, porque no toma en cuenta variables de exclusión que se observan en la práctica médica y que repercuten de manera importante en la cifra de nacimientos vivos observados. Es por ello que, desde el punto de vista médico, no podría plantearse que la cifra de abortos inducidos puede ser inferida de esta última manera.

Metodología (Para la determinación del número total de abortos inducidos en México)

Los datos fueron tomados de fuentes fidedignas, como se consigna en la bibliografía. No se incluyó ninguna fuente catalogada como “anónimo” y se dio preferencia a publicaciones oficiales. En el caso de prensa no médica, se seleccionó la de los grupos no gubernamentales involucrados con la problemática y que tuvieran reconocimiento nacional. En algunos casos, por no encontrarse suficientes datos nacionales, se recurrió a la casuística de otros países similares de Latinoamérica. Los datos oficiales se obtuvieron de preferencia del Diario Oficial y del Boletín Estadístico de la Secretaría de Salud.

Resultados

Como cifra base se tomó el total de 14'331,572 “mujeres en edad fértil”, que incluye las edades de 15 a 45 años, en el año 1990.

A esa cifra se le descontaron todas las causas que impiden el embarazo, tanto naturales como médicas, y en las que se contaba con cifras confiables. En este rubro se consideró:

a) *Abstinencia sexual*. La falta de exposición al riesgo de embarazo ha sido documentada en diversas publicaciones⁶ e indican un porcentaje del 25 a 40% para América Latina, por lo que para este trabajo se consideró tomar una cifra media del 30%.

b) *Las cifras oficiales de CONAPO* (Consejo Nacional de Población) indican que el 10.9% de las mujeres en edad fértil están embarazadas, el 9.3% *amenorréicas* y 6.1% *infértiles*, es decir, el 26.3% de las mujeres en edad fértil están expuestas al embarazo.⁷

Restando estas causas de no embarazo, tendríamos a 7'393,659 mujeres con vida sexual activa en riesgo de embarazo, de las cuales 5'903,539 usan anticonceptivos en la siguiente proporción:⁸

— Hormonales	1'203,773
— DIU	2'083,999
— Quirúrgicos	2'395,874
— Otros	214,893

Los métodos con falla menor al 1% son los utilizados con mayor frecuencia (87%), pero hay que considerar el abandono y el cambio de método que aumenta la falla global en un 10%, por lo que la protección real anticonceptiva sería de 5'313,186 mujeres. Si restamos este grupo al total de mujeres en riesgo de embarazo quedamos con una población de mujeres con *probabilidad de embarazo* de 2'080,473.

El aborto espontáneo es una patología bien conocida, con poca variación en cada país, y sus cifras se reportan entre un 10 y un 20% de abortos en el primer trimestre del embarazo. En este estudio fue tomada la conservadora cifra del 10%.⁹

Restando esta cifra al número de mujeres con probable embarazo tendríamos la cantidad de mujeres que se embarazan y que no abortan espontáneamente, con una cifra de 1'872,426.¹⁰

Al confrontar la cifra de niños nacidos vivos con la de probables nacimientos puede suponerse que fueron *evitados, aunque no únicamente por aborto provocado*, 325,325 casos.

Las cifras que aquí se exponen pertenecen al Sector Salud, y aunque no toda la población femenina se engloba en este, si incluye los casos de aborto provocado (casero, comadronas, etc.) que acuden a este sector para la atención de complicaciones que ponen en peligro la vida.

El Sector Privado alcanza una cobertura del 10 al 15% de la población.

La población femenina entre 14 y 45 años total es de 16'948,000,¹¹ contra 14'331,572 reportada por Sector Salud, cuya diferencia es de un 11%, lo cual supone el porcentaje de variación de resultados.

Así, la cifra total de abortos sería de 533,372, de los cuales 325,325 serían provocados.

El Comité de Drogas y Salud Reproductiva, consultivo de la OMS, refiere lo siguiente: "en países donde las leyes sobre aborto son muy restrictivas y donde a menudo no existe el apoyo médico para complicaciones de un aborto inducido, la mortalidad puede alcanzar uno de cada cien procedimientos".¹² La cifra de muertes maternas por aborto provocado sería, entonces, de 3,253.

Es muy fidedigno el reporte del INEGI sobre los aspectos demográficos del país donde se reportan las muertes de mujeres en todo el país, por diversas causas. La cifra total de muertes femeninas en edad reproductiva son 178,699 en 1990, que se desglosan en:

15 a 19 años	2,924
20 a 24 años	3,582
25 a 29 años	3,459
30 a 34 años	3,625
35 a 39 años	4,274
40 a 44 años	4,504
TOTAL	22,364

Las principales causas reportadas son accidentes, cáncer, infecciones, cardiopatías, etc.¹³ A continuación se presenta un resumen de estas causas, desglosado del reporte anual del INEGI, y complementado con otras citas bibliográficas.

Resumen de muertes de mujeres en todo el país

A. Mujeres en edad fértil (15-45 años)	14'331,572 ⁸
B. Mujeres no expuestas a riesgo de embarazo:	
a) abstinencia sexual	4'299,471 ⁶
b) mujeres ya embarazadas	

c) mujeres amenorréicas	
d) mujeres infértiles	
Total b, c y d	2'638,442 ⁷
C. Mujeres con riesgo probable de embarazo	7'393,659
D. Mujeres que usan anticonceptivos	5'903,539 ⁸
E. Falla anticonceptiva	590,353 ^{7,8}
a) Cambio de método	
b) Abandono de método	
F. Anticoncepción real	5'313,186
G. Mujeres con probable embarazo	2'080,473
H. Mujeres con aborto espontáneo	208,047 ⁹
I. Mujeres con probable embarazo y sin aborto espontáneo	1'872,426
J. Nacidos vivos	1'547,101 ⁸
K. Probables embarazos evitados por aborto provocado	325,325
L. Total de abortos	533,372
a) espontáneos	208,047
b) provocados	325,325
M. Mujeres fallecidas por complicación de aborto provocado	3,253 ¹²

Conclusiones

Actualmente vivimos en un mundo de estadísticas; con base en cifras se realizan proyectos, se cancelan equipos, se aporta credibilidad a una premisa.

¿Son veraces las estadísticas de las que tanto dependemos? ¿Qué tanto peso debemos otorgarles? ¿Es más confiable una información por que tiene la estadística correspondiente?

La confiabilidad de una estadística depende de la rectitud de la metodología, requiere un profundo conocimiento del tema abordado y del objetivo perseguido para poder prospectar este adecuadamente.

Uno de los factores más importantes en la adecuación estadística es el manejo de las variables, cuyo conocimiento parte no sólo de la

instrumentación en el escritorio y en la teoría, sino del conocimiento de la práctica de esa problemática.

Sobre el aborto provocado y sus cifras, se ha escrito poco dentro del área oficial médica por las limitaciones propias del tema, pero, en cambio, se manejan cifras a nivel de divulgación masiva que causan un impacto psicológico en la opinión pública y médica, al tomarlas como referencia a falta de datos oficiales.

Con frecuencia los medios masivos de comunicación son voceros de declaraciones particulares, anecdóticas o de organizaciones civiles que declaran cifras extremas respecto al número de abortos provocados en el país. También señalan la repercusión sobre el número de muertes maternas que éstos causan, con la finalidad de encausar la opinión pública hacia la necesidad de la legalización del aborto.

En parte, esta desinformación se debe a la ausencia de cifras oficiales, que no solamente México presenta, por la clandestinidad del acto, sino que en todos los países, aun los que han legalizado el aborto falsean este reporte, debido a las conveniencias institucionales o personales.

No puede soslayarse el hecho de que el aborto provocado siempre ha existido, pero no por ello gana derechos de antigüedad ante la ley ni ante la ética. Como médicos, sabemos que toda la vida humana es valiosa en sí y con igual calidad en el feto que en la madre y no podemos olvidar que cada cifra estadística representa una vida humana, y a la vez una parte de la humanidad que cada uno de nosotros integra.

El debate sobre las cifras de aborto provocado se realiza a todos los niveles de la sociedad. Es impresionante observar cómo las primeras cifras se repiten por años, a partir de una primera declaración, sin corroboración ulterior, y cómo los artículos médicos la recogen como probable, siendo que si se observan sus fuentes bibliográficas se encuentra uno con el rubro de "anónimo" que, en ningún otro tema médico, es reconocido.

No es posible otorgar un peso de credibilidad, y mucho menos de certeza, a aseveraciones anónimas. ¿Por qué se hace la excepción con el aborto provocado?

Otros trabajos médicos presentan un manejo estadístico no acorde con la práctica médica, como los trabajos de Dorothy Norman, donde se deduce que sumando las cifras de nacimientos vivos observados, más la cifra de nacimientos evitados por anticoncepción (global), restada a las

cifras de nacimientos potenciales, daría como resultado los nacimientos evitados por aborto provocado.

Médicamente, este es un planteamiento superficial del problema, que denota el no tomar en cuenta variables de la práctica médica real. El uso de anticonceptivos es sólo una de las variables. Las cifras oficiales en relación al número de mujeres con riesgo de embarazo presentadas en los informes del CONAPO, toman en cuenta otras de ellas como son:

- * Población femenina en edad fértil embarazada
- * Población femenina en edad fértil amenorréica
- * Población femenina infértil

La suma de estas variables resta un 26.3% a las cifras totales de riesgo de embarazo.

En la práctica médica, sabemos que no toda la población en edad reproductiva tiene relaciones sexuales heterosexuales, como ha sido documentado por diversas investigaciones.⁵ Los autores Bongaarts, Singh y Moreno dan un porcentaje de 25 a 40% a este rubro, estadísticamente muy importante.

Además de no tomar en cuenta estas variables, muchos reportes sobre el aborto provocado citan toda causa de aborto, sin especificar que un porcentaje importante lo conforma el aborto espontáneo; en ocasiones no se aclara si las cifras propuestas son locales, nacionales o multinacionales, y se aduce que no puede documentarse cuántos de los abortos reportados hospitalariamente son provocados, aunque sabemos que puede ser sospechado por el clínico en la mayoría de los casos. Aun así, se cuenta con esta referencia médica, ya que los abortos espontáneos, sin cambios importantes en sus cifras, han sido reportados por toda la literatura ginecológica.⁹

No dejan de llamar la atención las cifras no oficiales que se reportan sobre muerte materna por causa de aborto provocado, que fluctúa entre 100 a 500 mil muertes. Pese a que esta cifra está fuera de toda lógica, cae, por tanto, en apreciaciones personales con clara tendencia manipuladora. Oficialmente para 1990, se reportaron 22,364 casos de muerte de mujeres en edad fértil en todo México y por todas las causas de defunción. ¿Cómo puede explicarse tal diferencia?

Si bien en los medios masivos de comunicación no puede tenerse un control real de ciertas afirmaciones, el área médica si tiene un compromiso

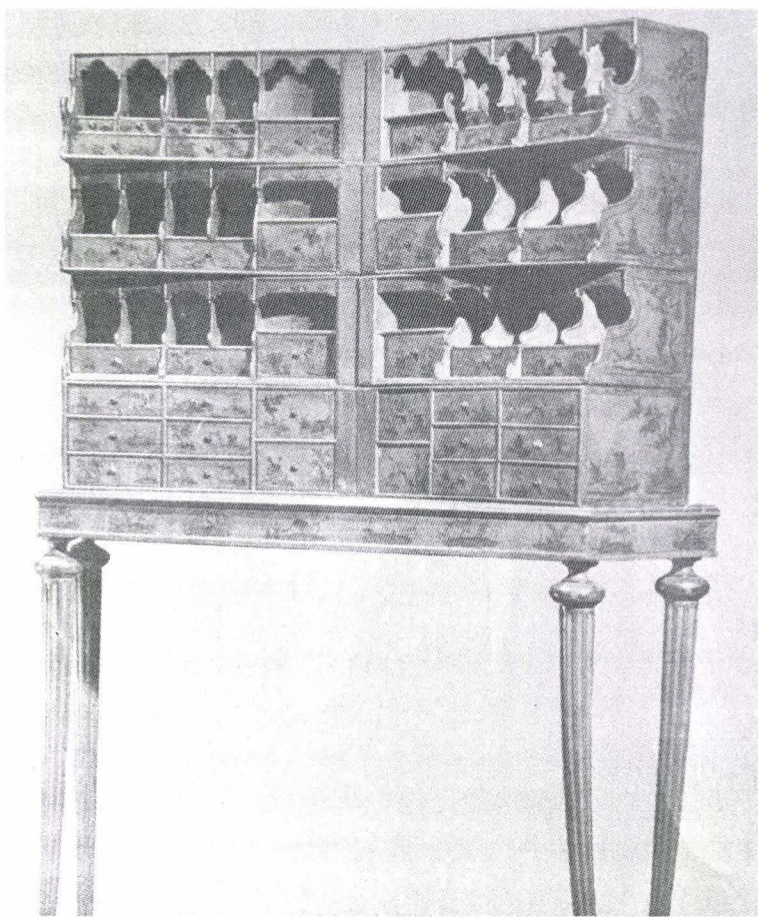
profesional de no ser llevado a conclusiones falaces. Es importante fundamentar, en la medida de lo posible, las publicaciones médicas y evitar utilizar como apoyo bibliográfico el rubro “anónimo”, que resta seriedad y credibilidad a lo expuesto.

Se conmina a analizar las variables médicas que deben ser tomadas en cuenta en la preparación de estadísticas sobre aborto provocado y considerar las cifras oficiales sobre estas variables, que sin temor a subregistro por razones penales, pueden ser utilizadas.

No es intención del presente artículo presentar las cifras obtenidas sobre aborto inducido como irrefutables, pero sí de motivar a otros investigadores a analizar tal problemática con mayor profundidad y realidad médica, buscando encontrar, no la manipulación de las cifras como apoyo a una causa individual, sino de fundamentar el principal fin del saber médico, es decir, la verdad.

Referencias bibliográficas

- ¹ INFANTE CASTAÑEDA, C.; COBOS PONS, Y., *El aborto inducido en cifras: análisis de la difusión de las estadísticas en la prensa*, Salud Pública de México 1989, 31 (3).
- ² FREJKA, T.; LUCILLE, D.; ATKIN, C., *El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad en América Latina*, Salud Pública de México 1990, 32 (3)
- ³ ROLDAN, J., *Ética médica*, Universidad La Salle 1984.
- ⁴ *Aborto provocado*, Informe de la O.M.S. 1978, 623: 6 16.
- ⁵ Ver nota 2.
- ⁶ Ibid. MORENO, L., *The relative importance of the proximate determinants in different stage of transition signs. Seminar on the fertility transition in Latin America*, Buenos Aires. Argentina. 1990, 3 al 6 de Abril. BONGAARTS, J., *The fertility inhibiting effects of the intermediate fertility variables*, Study in the Family Planning. 1982, 13, p. 6.
- ⁷ Diario Oficial 17 de julio de 1991, p. 66 65.
- ⁸ Boletín No. 11 de Información Estadística. Dirección General de Estadística. Información y Evaluación de la S.S.A. 1991, vol. 1.
- ⁹ INFANTE CASTAÑEDA, C.; COBOS PONS, Y., *El aborto inducido en cifras: análisis de la difusión de las estadísticas en la prensa*, Salud Pública de México 1989, 31 (3). JONES, J., *Aborto espontáneo*. Tratado de Ginecología. Interamericana 1984, p.730. ORDOÑEZ B.; MATEOS FOURNIER M., MACGREGOR C. y cols., *Historia natural del aborto*, Rev. Fac. Med. 1974, XVII, 1:1 4. MOORE, K., *Embriología clínica*, Interamericana 1990, 4a ed., p.1.
- ¹⁰ Ver nota 1.
- ¹¹ XI Censo General de Población y Vivienda del D.F., INEGI 1990.
- ¹² *El aborto en condiciones de riesgo y su impacto en los países en desarrollo*. Regulación de Drogas y Salud Reproductiva, Out Look 1990, 7(3). *Complication of abortion in developing countries*. Population reports 1980, julio.
- ¹³ Estadísticas demográficas. Cuadernos poblacionales No. 3, INEGI 1992.



Escritorio veneciano para almacenar medicamentos, siglo XVIII

Debate sobre filosofía

*Laura Palazzani **

SPINSANTI, S., *Bioética y nuevas religiones*, Milán, Paoline 1987.

El debate bioético actual se ha llevado a cabo, en el ámbito de la cultura occidental, preferentemente entre la bioética llamada “laica” y la “católica” (o también “cristiana”). Sin embargo, antes de ahondar en las razones de esa discusión filosófica y dado el multiculturalismo y el multietnicismo que caracteriza a las sociedades contemporáneas, es interesante abordar un tema que va conquistando cada vez más espacio en la discusión actual: se trata del tema referente a la relación de la bioética con “la” religión, o mejor con “las” religiones.

Por lo demás, la bioética no ha “inventado” nada nuevo. Aun cuando es una nueva disciplina, no ha hecho otra cosa que replantear al hombre contemporáneo los temas sobre los que, desde siempre, se ha detenido la moral religiosa. Las cuestiones sobre los límites de licitud de la intervención “artificial” (por tanto científico-tecnológica) del hombre sobre la vida humana o no humana son cuestiones “nuevas” (vinculadas con el progreso actual), que estimulan inevitablemente a todas las religiones a profundizar en el tema para encontrar soluciones. Es igualmente inevitable que cada religión aborde las cuestiones bioéticas de una manera peculiar; cada perspectiva religiosa se

* Doctora en Filosofía. Encargada del Departamento de Filosofía, Instituto de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma

plantea interrogantes diversos (o, si se plantea los mismos interrogantes éticos, les atribuye una importancia y una urgencia de solución diferentes) y propone respuestas diversas (o, si propone respuestas análogas, justifica sus razones de modo diferente, con base en creencias y tradiciones diversas).

En este sentido se articula el libro editado por S. Spinsanti, que recoge las opiniones más interesantes sobre este tema, aparecidas en la *Encyclopedia of bioethics*. El texto analiza las principales religiones: el islamismo, el judaísmo, el cristianismo ortodoxo oriental, el protestantismo y el catolicismo. Las colaboraciones, respectivamente, de J.C. Burgel, I. Jakobwitz, S.S. Harakas, J.T. Johnson, H.Y. Vanderpool y C.E. Curran, analizan la relación entre la bioética y las religiones desde dos perspectivas.

Una primera, "teórica", busca individualizar los antecedentes históricos, las fuentes y los fundamentos doctrinales; la segunda, "práctica", se detiene en los problemas particulares de la bioética. Un capítulo recoge los documentos más importantes, tales como códigos, directrices y declaraciones religiosas, en relación con las cuestiones bioéticas. Finalmen-

te, el libro concluye con una amplia y articulada bibliografía.

Nos detendremos en particular en el análisis dedicado a la religión islámica y judía, que ha suscitado un amplio debate en el contexto de la discusión actual. Este breve análisis servirá de ejemplo, en un contexto específico, de los lineamientos en el tratamiento del tema.

Por lo que se refiere a la religión mahometana (difundida predominantemente en los países árabes), los principios de la bioética islámica están elaborados con base en las fuentes sagradas, al ser una religión monoteísta revelada. Así, los documentos fuente son el *Corán* (Quran), o sea, la doctrina revelada por Alá a través del profeta Mahoma, y el *Hadith*, que refiere los actos y las palabras del Profeta. Otras fuentes de la religión musulmana que integran el libro sagrado y la tradición oral y escrita, de especial interés para la bioética, son la referencia al "interés común" (el *Isticlah*), a la "interpretación personal" (el *Ray*), al "raciocinio por analogía" (el *Quias's*) y al "ejercicio de la razón humana" (el *Illihad*). Este último consiste en una especie de casuística jurisperita que resuelve racionalmente cada uno de los casos concretos en el contexto de la religión islámica. Se trata, pues, de un análisis que

permite la evolución dinámica y la flexibilidad de las directrices de comportamiento en función del cambio social. El llamado “*fatawa*” consiste en el parecer legal (formulado en forma de pregunta y respuesta) elaborado por médicos que interpretan los problemas suscitados por los nuevos descubrimientos científicos a la luz de la religión islámica. La referencia a las fuentes es particularmente importante para el islamismo, en cuanto que es un sistema doctrinal legalista, es decir, basado en el respeto absoluto e incondicional a las leyes (o *charia*) que regulan las actividades humanas individuales y colectivas.

En cuanto a la actitud general del hombre respecto de la investigación científica, hay que decir que el islamismo considera la búsqueda del saber como una “tarea religiosa”, a fin de acercarse al proyecto creativo de Dios. La actitud tendencialmente liberal respecto del progreso se ve frenada, no obstante, por la creencia dogmática en la autoridad que alimenta una mentalidad dirigida a la aceptación pasiva más que a la elaboración activa racional, y también por la concepción de la prohibición para el hombre de provocar cambios en la creación divina (con la consecuente consideración de la ilicitud

de algunas investigaciones en el ámbito de la ingeniería genética y de la cirugía plástica). En el tema específico del inicio de la vida humana, la religión islámica considera al embrión humano como persona, y por tanto digno de respeto y protección, en el día 100 del embarazo. La fecha es precisada en forma cuidadosa en dos versículos del Corán (contenidos en el capítulo, o *sura*, II, vers. 228 y 234) que fijan el límite cronológico de 90 días y de 130 días, respectivamente, para la mujer divorciada y para la mujer viuda, antes de poder volverse a casar. Por lo demás, un *hadith* de Mahoma afirma que Dios infundió el soplo vital al feto humano a los tres meses y una semana. De las fuentes religiosas se deduce, pues, que la formación de la persona humana comenzaría entre los tres meses y los cuatro meses y diez días desde la concepción. Con base en el principio del respeto a la pareja casada y a la familia, el islamismo es favorable a la fecundación artificial homóloga (tanto en útero como in vitro), el fenómeno del “desperdicio” de los embriones sobrantes en las prácticas de reproducción artificial no constituiría un acto inmoral, al retrasarse la fecha de inicio de la vida humana personal. Se admite, además, la práctica de

la madre “sustituta”, al admitirse la poligamia, más concretamente, la técnica es lícita en el caso en que la gestante sea la segunda mujer del donador del esperma, fecundado con el óvulo obtenido de la primera mujer. Se considera obligado revelar la identidad del donador del gameto para evitar la inmoralidad del incesto y para garantizar la filiación legítima prescrita por el *hadith*. El islamismo manifiesta una actitud abierta respecto del aborto: en el caso de conflicto entre la vida del feto y la de la madre, se considera prioritaria la vida de la mujer. La licitud de la extracción de órganos para trasplante se justifica con base en la regla que admite “la elección del pecado menor entre dos posibles”. Aun considerándose inmoral el acto de extracción de un órgano de un cadáver (por falta de respeto a los restos humanos), se considera un pecado menor respecto al de dejar morir a un paciente que necesita el trasplante de ese órgano para vivir. Entre los problemas de la bioética islámica se encuentran la decisión sobre la posibilidad para un enfermo de alimentarse con el “alimento prohibido” por la religión coránica o de romper el ayuno en el período del Ramadán (la solución al problema la proporciona la regla por la cual la

necesidad permite la superación de las prohibiciones); la cuestión de la esterilización del hombre en relación con la difusión de la práctica por la gran demanda de eunucos para desempeñar la función de guardianes del harén; el problema de la legitimidad de la amputación de una mano para quienes han robado; la discusión sobre la licitud de tomar medicinas que contienen alcohol; el problema del tratamiento de patologías que contaminan el estado de pureza de la corporeidad femenina, etcétera.

En cuanto a la religión judía, la fuente sagrada es la “*Halakhah*”, basada en el *Antiguo Testamento* (con referencia especial a la *Torah*, o sea la ley sinaítica de Moisés en el Pentateuco, que contiene 613 preceptos entre mandamientos y prohibiciones), y el *Talmud*, que recoge la tradición oral y la doctrina de los maestros judíos que, con la autoridad de su saber, han contribuido a adaptar la ley mosaica a las nuevas circunstancias históricas concretas. Muchos autores de la obra talmúdica practicaban también la medicina (los rabinos más famosos de la época medieval fueron igualmente médicos). Esto explica la atención particular que presta el judaísmo a los problemas de la bioética. Además, el estilo dialéctico que se desarrolla en

hipótesis, teorías alternativas y refutaciones favorece la aparición de interrogantes y la flexibilidad de la doctrina ante las nuevas exigencias sociales. A la *Torah* y al *Talmud* se añaden los códigos judaicos compilados en la Edad Media y Moderna (el autor más conocido es Maimónides), además de los comentarios a las obras. Las cuestiones de biomedicina son abordadas en especial en las “respuestas” o decisiones rabínicas (publicadas ahora anualmente), cuyas interpretaciones, a la luz de la ley judía, de los problemas recientes planteados por el desarrollo científico-tecnológico, constituyen una casuística con valor legal. El *corpus* doctrinal hebreo ha dado vida a diversas corrientes religiosas, algunas sólida y rígidamente ancladas en la tradición, otras más liberales y progresistas. Sobre todo con referencia a algunas cuestiones bioéticas, las “respuestas” manifiestan aperturas permisivas.

El judaísmo está permeado por dos concepciones principales que tienen un fuerte influjo en las aplicaciones a la ética de los seres vivos: la consideración de la unidad, inseparable y armónica cuerpo/espíritu y el principio de la sacralidad de la vida humana. Aun

cuando se trata de concepciones cercanas a la perspectiva cristiano-católica, las justificaciones y las implicaciones prácticas se apartan, en ciertos aspectos, de manera relevante. La unidad cuerpo/espíritu evidencia la interdependencia entre afección del cuerpo y alteración del alma; la obligación del médico de curar al enfermo se considera una “obligación religiosa” en cuanto que la patología es considerada como un desorden somático-espiritual. En ese contexto, incluso ingerir alimentos impuros es considerado inmoral, en tanto que contaminaría la pureza del alma. El valor de la santidad de la vida humana tiene interesantes repercusiones en las cuestiones éticas concernientes a la procreación, la vida prenatal terminal y a las circunstancias “*post-mortem*”. La ilicitud de la esterilización (tanto del hombre como de la mujer) se afirma en nombre de la obligación religiosa de procrear (tal obligación también está en la base de la licitud de las técnicas de fecundación artificial en el caso homóloga, o sea, en el ámbito de la protección de la unidad familiar de la conyugalidad). El aborto es considerado una práctica absurda (a excepción del caso en que corra peligro la vida de la madre), porque disminuye las posibilidades me-

siánicas (sobre la legitimidad de la interrupción del embarazo en caso de fetos malformados, la doctrina presenta posiciones contrapuestas). En el pueblo judío, la actitud general de respeto por la vida naciente está motivada, además, por la ausencia del temor a la “explosión demográfica”, al haber vivido históricamente la amenaza de extinción. Por lo que se refiere a las técnicas de reproducción artificial y a la maternidad sustituta, se plantea un problema ulterior vinculado con la ley hebrea, que reconoce como judío sólo al hijo de una mujer judía. En ese sentido, la inseminación artificial con el óvulo de una mujer no judía suscita la cuestión de la definición de la verdadera maternidad respecto de la maternidad genética, gestacional y social-contractual.

En cuanto a la eutanasia, la condena es radical con referencia a la práctica activa, mientras que se considera lícito suspender el tratamiento médico, aun cuando anticipe la muerte, respecto de pacientes terminales con graves sufrimientos (como también administrar analgésicos sin cambio con el riesgo de acortar la vida). La apertura a la licitud de la eutanasia pasiva (con tonos matizados) manifiesta la profunda conflictividad del espíritu judío entre santidad de

la vida y alivio de los sufrimientos, acentuado también por la no atribución al sufrimiento de un valor religioso redentor. Sobre el problema de la información al paciente con pronóstico infausto, la religión judía da prioridad a la “beneficencia” sobre la “autonomía”, a la “paz” sobre la “verdad”, esto es, considera lícito ocultar (paternalistamente) la verdad al paciente, en la medida en que la mentira ayude al enfermo a vivir con menor angustia sus últimos días (de manera análoga, no se le solicita el consentimiento al paciente para experimentos, incluso peligrosos, si subsiste la posibilidad de salvarle la vida). El sentimiento de respeto por los cadáveres se vive intensamente; la bioética hebrea prescribe el “derecho del muerto a la integridad del cadáver”; a ser sepultado rápidamente y con dignidad.

Se sigue de ello una actitud restrictiva respecto de las autopsias y de las disecciones anatómicas con consecuencias problemáticas para la investigación y la enseñanza, además de para la obtención de órganos de cadáveres. Sólo el trasplante de riñón, aunque sea una mutilación irrespetuosa del propio cuerpo, es considerado lícito y calificado sea como un “acto de caridad” cuanto como una “obli-

gación” para salvar la vida de otro hombre.

Del análisis de las dos perspectivas religiosas en bioética aparece la importancia de una confrontación sobre las cuestiones bioéticas, que ponga en el centro el valor de la vida humana. La enseñanza de las religiones aparece como “un válido interlocutor de la bioética contemporánea” (como afirma el encargado de la edición, S. Spinsanti) en cuanto que ofrece a la profundización racional (filosófica) el estímulo de la reflexión moral inspirada y fundamentada en la Palabra de Dios.

AA. VV., *Medicina e diritti dell'uomo*, Instituto de la Enciclopedia Italiana, Roma 1991.

El texto desarrolla y completa, en ciertos aspectos, el análisis del libro presentado anteriormente. Se trata de un estudio coordinado y promovido por el Consejo de Europa, dedicado a la relación entre moral religiosa y cuestiones bioéticas. En particular, se abordan los temas principales en el ámbito del catolicismo (E. Sgreccia), del protestantismo (J.F. Collange), del judaísmo (A. Guigui), del islamismo (F. Ben Hamida) y del budismo

(J. Martin). El tratamiento está integrado por consideraciones de carácter jurídico en una perspectiva internacional (P. Cuer, J. Metrot, H. Anrys y R. Leray).

La segunda parte del volumen está constituida por 58 fichas sobre temas de bioética. Cada ficha presenta un caso, analizado en el plano médico y científico, delineando una respuesta al problema con base en la referencia a las normativas internacionales y en consideraciones ético-deontológicas y religiosas.

No se trata de un “recetario” pronto para el uso, el texto pretende estimular al lector a reflexionar sobre los problemas en particular, profundizando en los temas desde un punto de vista jurídico y moral religioso, así como desde el aspecto social.

Se le da amplio espacio, en el tratamiento teórico y casuístico, a los problemas de la bioética en el horizonte religioso budista. Ese análisis, en el que nos detendremos especialmente, es interesante a fin de ejemplificar el tema en el ámbito de una religión oriental. La fuente de los preceptos morales, en la perspectiva moral religiosa budista, es todo el *corpus* doctrinal de la enseñanza de Buda (expresado en discursos, dichos y sentencias).

El más conocido es el "Sermón de Benarés", transmitido oralmente y recopilado por los discípulos en compilaciones o colecciones (llamadas "canastos" o *Tripitalta*). Las cuestiones bioéticas están fuertemente condicionadas por un elemento constitutivo de la religión budista, concretamente la concepción de la vida (humana y no humana).

La vida se concibe como un flujo continuo e inagotable de energía ordenada por la concatenación causal (karma) en ciclos sucesivos de reencarnaciones a diversos niveles (de la vida inorgánica a la vida orgánica, vegetativa, animal y humana) hasta alcanzar el estado más alto, que coincide con el nirvana, es decir la "liberación" del apego material. Se sigue de ello el respeto por toda forma de vida, en cuanto manifestación de la energía que tiende al autoperfeccionamiento. La afirmación de la sacralidad de la vida humana está justificada, en ese contexto, por el hecho de que representa, en cuanto modalidad existencial autoconsciente (a diferencia de las otras formas de vida), la condición de posibilidad de alcanzar el estado de "liberación" de los sufrimientos o el autodomínio (identificado con la renuncia ascética a los deseos

materiales). Suprimir la vida humana significaría interrumpir el dinamismo, disminuir y frenar las posibilidades de la energía vital de "despertarse" en el nirvana. De aquí la actitud negativa hacia el aborto y la eutanasia activa.

Hay que añadir, además, que el budismo niega la sustancialidad del ser; todo fenómeno (vital o no vital) es "evanescente" y "no permanente". Incluso la persona humana está reducida a la dimensión física y psíquica, más concretamente, la vida humana se manifiesta, además de en la dimensión biológica, en una sucesión de estados psíquicos que se pueden resumir en sensaciones, impresiones, voliciones, conciencia y forma. El inicio y el fin de toda vida humana son momentos del proceso natural del ciclo vital. Así, el inicio de la vida se identifica por el encuentro genético de los gametos, pero también por el renacer del ser continuo en el "germen de vida". Por otra parte, el fin de la vida se concibe como un proceso de disolución de los elementos vitales (sólidos y líquidos junto con el calor y el aire) que se agotan después de tres días de la verificación de la muerte clínica, fecha que garantiza el abandono del envoltorio carnal de la energía vital. Esta es la razón por la que la reli-

gión budista se declara desfavorable al mantenimiento artificial de la vida, en cuanto que interfiere en el proceso natural, lo cual comporta dificultades en lo concerniente a la extracción de órganos, considerada lícita sólo después de una muerte violenta (el único caso en el que se reconoce el abandono inmediato del cuerpo por parte del flujo vital) y con el previo consentimiento en vida. La religión budista, además, confiere un papel significativo a la compasión y al altruismo, motivando así la donación de órganos y la maternidad sustituta.

Este análisis, no exhaustivo, nos ayuda a entender el debate bioético en un contexto interreligioso e intercultural, como ejemplo de los temas discutidos dentro de las morales religiosas. Por lo demás, dada la pluralidad y la diversidad empíricamente observable de las religiones y de las culturas, es importante afrontar, en el plano teórico, la relación dialéctica entre ellas. Esto permite no encerrarse en el propio horizonte conceptual, abriéndose a un diálogo y a una comprensión recíproca. Los estudios, aquí examinados brevemente, se mueven en tal sentido.

