

# MEDICINA Y ETICA

**Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica**

**1997/2**

**Antropología, bioética y cultura actual - Métodos naturales  
y cultura de la vida - La mujer y su función - Breve  
historia del sistema de cuidado de la salud en los EE.UU.  
A diez años del Informe Warnock: ¿es el recién concebido  
una persona? - Sentido antropológico de la sexualidad  
Problemas sociológicos sobre la procreación asistida**



**UNIVERSIDAD ANÁHUAC**  
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 Litho Press de México  
Av. Sur 20, núm. 233  
Col. Agrícola Oriental, 08500 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. 328-80-74, 627-02-10 (Ext. 7205 y 7146)

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

Distribución  
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.  
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac

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.

# 2

VOLUMEN VIII NUMERO 2 ABRIL-JUNIO DE 1997

## 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 - Leonardo Antico - Adriano Bompiani  
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini  
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi  
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

### *México*

*Director responsable:* Dr. José Kuthy

*Director:* Mtro. Javier Vargas Diez Barroso

*Coordinador Editorial:* Dra. Martha Tarasco Michel

*Administración:* Lic. Margarita Pereira

*Corrector de redacción:* Lic. Verónica Rodríguez Struck

*Colaboración periodística:* Cristina Ferrer de Fernández

*Composición tipográfica:* Tipografía computarizada

*Comité Editorial:* Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Juan Rodríguez  
Argüelles - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Manuel Cárdenas  
Loeza - Dr. Horacio García Romero - Dra. María Dolores  
Vila-Coro - Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón

# INDICE

EDITORIAL .....	135
Antropología, bioética y cultura actual	
<i>Joaquín Fernández-Crehuet Navajas</i> .....	137
Métodos naturales y cultura de la vida. Evaluación de una experiencia de enseñanza	
<i>A.W. Capella, E. Giacchi, G. Pompa, C. Castagna</i> .....	149
Problemas sociológicos a propósito del debate sobre la procreación asistida	
<i>Giovanna Rossi Sciumé</i> .....	163
La mujer y su función	
<i>Felice D'Onofrio</i> .....	181
Breve historia del sistema de cuidado de la salud en los EE.UU.	
<i>Richard J. Carroll, M.D., Sc.M, F.A.C.C.</i> .....	191
A diez años del Informe Warnock: ¿es el recién concebido una persona?	
<i>Agneta Sutton</i> .....	207
Sentido antropológico de la sexualidad	
<i>Lourdes Gordillo Alvarez-Valdés</i> .....	225

## EDITORIAL

La tecnología actual está encaminada a resolver fines que ella misma ha creado: como explica Hans Jonas en su libro *Técnica, Medicina y Ética*, la novedad de los medios produce continuamente fines no menos innovadores, y ambos se vuelven tan necesarios para el funcionamiento de la civilización, como inútiles hubieran sido para cualquiera anterior a ella. Pero, además, estos nuevos descubrimientos técnicos desplazan la posibilidad de expresión de la naturaleza humana del que los descubrió.

El planteamiento de la biotecnología es que no sólo interviene en la naturaleza inanimada, sino que lo hace en nuestra propia identidad, hasta tener la posibilidad de hacernos objetos, neutralizando metafísicamente a la persona, y nos impide saber qué querer.

Por ello, es imprescindible un planteamiento antropológico y bioético de nuestra cultura, que sitúe la investigación en el hombre como un medio que le ayude a completar su fin último.

Los artículos sobre el sentido antropológico de la sexualidad, los métodos naturales, la cultura de la vida y de la mujer y su función pretenden dar una orientación clara sobre el valor de la sexualidad humana y su dignidad, que no es secundaria, ya que no se basa en una función, sino en la característica propia de la naturaleza personal.

El término "sexo" define la pertenencia a una de las dos expresiones de la única naturaleza humana: la masculina o la femenina. Y el término sexualidad indica la expresión de comportamiento de esta pertenencia, siendo una energía vital que origina la vida y que se expresa en todas las acciones humanas.

Pero la diferencia entre ambos sexos se ha dado siempre de una manera ambivalente. Por un lado se encuentra el polo de atracción y de complementariedad que nacen de la dignidad idéntica del hombre y de la mujer y, por otro, se encuentra la segregación y marginación de la mujer o su respuesta sociológica, con su "liberación".

Por esto mismo, es importante señalar que el hombre y la mujer, lejos de ser competencia uno del otro, tienen funciones o roles de igual dignidad e interés. Cuando en la interrelación de ambos la actitud aprendida es de dominio o de sumisión, realmente existe un concepto erróneo de la antropología sexual.

La corriente de pensamiento actual tiende a un retroceso dualista, en donde la materia y el espíritu son escindidos y valorados cuantitativamente y no cualitativamente. De ahí se pasa al error de separar la sexualidad y de considerarla una función, y no una parte de nuestro ser. Entonces se concluye que toda consecuencia pragmática de la sexualidad es separable de la misma, y la principal, que es el compromiso donde destaca la fecundidad, resulta particularmente incómoda. Pero ignorar esta realidad comporta riesgos importantes para la razón, ya que, como señala Caffarra, ésta se obnubila, y el error se percibe como un bien, dirigiendo la voluntad hacia éste. El estatuto humano del embrión, que ha sido expuesto en otros números de nuestra revista, parece nuevamente reforzado por el artículo que Agneta Sutton publica en este número.

La "personalidad" desde luego se expresa en el cuerpo, pero no se limita a éste, ya que el objetivo de la dignidad de la persona está dado en su estructura ontológica. Por ello, y ahora que con las nuevas técnicas de clonación nuevamente se pretende ignorar quién es el embrión desde el momento mismo de la fusión de los dos pronúcleos, este artículo toma una especial relevancia.

Para comprender problemas de cuestión ética sobre la atención sanitaria, Richard J. Carroll expone una *Breve historia del sistema de cuidado de la salud en Estados Unidos*. Este país es hoy quien ha dictado el patrón de organización académica e investigación sanitaria en gran parte del mundo actual. Este artículo reviste una importancia no sólo cultural, sino también de análisis ético, y seguramente incitará la creatividad de muchos de nuestros lectores para investigaciones posteriores en este campo.

En este sentido, queremos dedicar este número al Profesor Edmund Pellegrino, quien ha sido Director del Centro de Bioética Clínica de la Universidad de Georgetown, y quien, desde los albores de esta nueva disciplina que es la Bioética, ha sabido sembrar este afán de búsqueda de la verdad en todos los foros y cargos en donde ha ejercido tan brillantemente su labor. Nos honra con su amistad y queremos dedicarle un merecido tributo.

# Antropología, bioética y cultura actual

Joaquín Fernández-Crehuet Navajas\*

## Resumen

*En la cultura y desarrollo tecnológico actual se presenta constantemente la necesidad de que el médico decida si una investigación, una práctica o una actitud médica son éticas, y podemos generalizar afirmando que se ha perdido el sentido ético de los acontecimientos científicos. Si bien la antropología y la bioética tienen mucho que decir al respecto, ambas están inmersas en la misma cultura actual que ha permitido la pérdida del valor ético de las intervenciones sanitarias y las relaciones interpersonales que las acompañan. El artículo presenta precisamente las aportaciones de la antropología y la bioética a la evaluación de la perfección ética de los médicos.*

## Introducción

La gente recuerda cada época por alguna característica peculiar que la identifica. Nuestro tiempo pasará a la historia, probablemente, como el tiempo en que se perdió el sentido ético de los acontecimientos científicos. La experiencia nos confirma que cada vez es más frecuente que los profesionales sanitarios interpreten una actividad asistencial o investigadora como correcta al valorar, exclusivamente, el rigor científico con el que

\* Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Málaga, España.

se ejecuta o se diseña, y olvidan cualquier otra consideración derivada de la relación interpersonal inherente al acto médico. Olvidan que todos los actos médicos tienen dos dimensiones que conviene identificar con el máximo rigor y precisión: el aspecto técnico y la vertiente ética o moral. No hay duda de que, para ser unos profesionales excelentes, nuestras intervenciones sanitarias deben ser evaluadas en estos dos sentidos. Es bien sabido que la perfección técnica se valora a través de unos estándares de calidad fundamentados en un riguroso análisis científico; sin embargo, la perfección ética es siempre un asunto extra-científico, ya que la bondad o maldad de cualquier acción viene definida por aspectos inmateriales, axiológicos, que escapan a la metodología experimental del ámbito de la ciencia.

Una premisa fundamental para entender la importancia de estos hechos es aceptar que en las relaciones humanas no existen actos éticamente neutros. La práctica sanitaria es una actividad hecha por personas y para personas; es una ciencia humana que, al ser interpersonal, siempre tiene una dimensión ética. No existe la neutralidad. Podrán declararse diversos grados de trascendencia y valoración ética, pero la relación interpersonal siempre es éticamente valorable.

La investigación con seres humanos, los trasplantes de órganos, la manipulación del código genético, la fecundación *in vitro*, la prolongación artificial de la vida, etc., han suscitado problemas desconocidos hasta ahora. La necesidad de explicarlos adecuadamente y resolverlos de forma lúcida, ha hecho aparecer una disciplina nueva, la Bioética, centrada en el «estudio de los problemas éticos que plantea el desarrollo de las diferentes ciencias y tecnologías que pueden aplicarse —y por tanto influir o modificar— la vida humana».<sup>1</sup>

Pero hablar de Bioética no es referirnos exclusivamente a los temas de moda que están en el candelero. Moverse en el ámbito bioético es contemplar la totalidad de los actos médicos y, por tanto, su conocimiento obliga a todos los profesionales sanitarios; especialmente, a los que se dedican diariamente al trato personalizado en las consultas donde la relación médico-paciente se desarrolla de una manera más intensa. Como dice Polo:<sup>2</sup> «La moral siempre aparece; es artificial refugiarse en la neutralidad ética de la propia ciencia».

Son ejemplos reales que condicionan la práctica sanitaria, ya que dificultan o favorecen la necesaria personalización del acto médico, la

confidencialidad y el secreto médico, la solicitud del consentimiento del paciente —previa explicación—, ante cualquier técnica diagnóstica o terapéutica; la aceptación a participar en un ensayo clínico, el esfuerzo por evitar la masificación en la asistencia hospitalaria, la mejora de las instalaciones para los acompañantes que esperan —y también necesitan— una puntual información sobre la evolución de un paciente en la UVI, etc. A veces, las deficiencias éticas en estas actuaciones son tan frecuentes que la propia rutina nos impide percibir las y se convierten en algo tan habitual que terminan por asumirse como normales.

## 1. Ética y Bioética

La primera cuestión que nos debemos plantear es si la Bioética es una disciplina nueva que requiere de una ética actualizada para nuestro tiempo. Es necesario saber si el desarrollo de la investigación y el avance de la técnica han invalidado y superado la ética tradicional; y si las Ciencias de la Salud en la actualidad demandan el nacimiento de unos nuevos principios éticos más apropiados y progresistas, haciendo valer aquello de que a nuevos tiempos, nuevas reglas. Nosotros pensamos que la Bioética no debe convertirse en una moral actualizada que promueva nuevos principios éticos, substitutivos de otros que han quedado obsoletos.

José Luis del Barco<sup>3</sup> lo expresa certeramente cuando dice: «La Bioética es, sencillamente, ética, sabiduría práctica sobre el modo de evitar que la vida humana se malogre. Lo realmente nuevo son las extraordinarias posibilidades técnicas de inmiscuirse en la vida, bien para promoverla y prestarle auxilio, bien para manipularla, degradarla o aniquilarla. En esa alternativa se trasluce la vieja idea de que la técnica sin ética es ciega».

La respuesta, a nuestro juicio, es muy clara: el médico debe conocer y aplicar aquellos *principios éticos intemporales* de la ética humana sobre los que ha existido un claro consenso por estar fundamentados en una ética natural, a pesar de que hayan cambiado las circunstancias derivadas del progreso científico.

Son dos las bases unánimemente reconocidas: en primer lugar, el respeto a la vida humana, el cual pertenece al orden de la objetividad y, por lo tanto, debe servir de finalidad a la actuación ética; en segundo

lugar, el principio de la autodeterminación de la persona, es decir, su libertad, que remite al dominio de la subjetividad.

Sobre estas bases sigue asentándose, como siempre, la eticidad de los comportamientos médicos. A partir de ellos, sin perder su vigencia, se deben analizar las nuevas situaciones antes inexistentes, pero sin olvidar que la ética no puede ir a remolque de la ciencia, porque la ética precede a la ciencia como línea directriz del perfeccionamiento humano.

La ética, con base en los principios de orden natural, debe tener un valor normativo que las personas pueden aceptar o rechazar según su libertad; dichas normas presuponen valoraciones sobre las que se fundamentan las correspondientes exigencias.<sup>4</sup>

Algunas escuelas actuales ven en la Bioética, más que una búsqueda normativa, un método de análisis de los temas conflictivos que surgen en el ejercicio profesional, y postulan un imposible consenso que con frecuencia aboca en una ética de mínimos. La llamada *ética del discurso*<sup>5</sup> defiende que una norma sólo es correcta si todos los afectados por ella están dispuestos a darle su consentimiento tras un diálogo celebrado en condiciones de simetría. A veces da la impresión de que lo importante es ponerse de acuerdo, incluso en aquellas ocasiones en las que el problema ético no quede totalmente ajustado a su valoración objetiva.

## 2. El nexó ser-deber no es falaz

La complejidad y singularidad de los problemas médicos actuales presentan tantas peculiaridades que imposibilitan una solución ética con base en el estudio de «casos tipo», que por extensión pudieran servir para ejemplificar soluciones universales. Personalmente creo muy conveniente buscar un diálogo entre la ética fenomenológica basada en Edmund Husserl y el denominado Círculo de Gotinga con la ética ontológica de inspiración aristotélica-tomista. Estoy convencido de que una ética en donde no se tenga en cuenta la naturaleza humana, el ser mismo del hombre, es una ética carente de apoyatura real, vacía y sin sujeto, pero se puede enriquecer el concepto de persona a través del método fenomenológico, especialmente en lo referente a la actividad creativa y relacional del hombre. Por tanto, es acertado abordar la cuestión ontológica desde la visión fenomenológica de las manifestaciones humanas.

Así, la solución definitiva al problema ético pasa por construir una verdadera antropología al servicio de la bioética, la cual permita cumplir el viejo axioma ético: *el deber ser sigue al ser*. Es decir, el deber ser (la ética) está condicionado por el ser (antropología). El criterio de persona que se admita es el que realmente fundamenta la antropología y de él se derivan otros conceptos elementales, como el de la dignidad humana, la autonomía, la libertad, etc. A través de ellos es como se llega a esclarecer la calidad ética de los acontecimientos médicos, que constituyen la cuestión de fondo en el debate de nuestro tiempo. El hecho de diferir en conceptos tan básicos y elementales origina aporías éticas muy diversas.

Son muchos los autores que afirman la imposibilidad de deducir conclusiones para el deber a partir de premisas que proceden del ser, esta corriente de opinión apoya la denominada «falacia naturalista» defendida sobre todo por Hume. «Moore reserva la denominación de falacia naturalista para la que cometen tanto las éticas naturalistas, que identifican la bondad moral con otras cualidades naturales, como las éticas metafísicas, que la identifican con propiedades que, aun siendo no naturales, son de género diferente que las propiedades morales. Unas y otras, por esta razón se incapacitan para lograr el verdadero propósito de la ética como tarea científica». <sup>6</sup> Es más habitual, sin embargo, entender por falacia naturalista aquella en que se incurre al pretender deducir conclusiones prácticas —normativas o valorativas— a partir de premisas que contienen sólo información acerca de hechos.

Millán-Puelles<sup>7</sup> defiende que en modo alguno el nexo ser-deber ser es falaz, al contrario, existe una estrecha relación, que él llama «Principio de la congruencia del deber con el ser del sujeto respectivo», de forma que una acción es moralmente mala cuando atenta contra la dignidad de la persona y las conductas éticas correctas son aquellas que permiten al hombre con sus hechos, merced a su libertad, afirmar el ser. El comportamiento éticamente recto es siempre una libre afirmación de nuestro ser y, al contrario, el incorrecto es una degradación.

### **3. Cultura actual: Relativismo, subjetivismo, pragmatismo y tolerancia**

El acto moral libre es el acto más complejo del ser humano. En él concurren todos los condicionamientos de su animalidad (tendencias cons-

cientes o inconscientes) y de su espiritualidad (entendimiento finito y voluntad limitadamente libre). La moralidad se concreta en el acto humano, en su aptitud o ineptitud para lograr el último fin del hombre, su bien supremo o radical. Sin embargo, algunas escuelas sostienen que no existe ninguna razón última, fundamental y decisiva, ya que, por encima de cualquier otra consideración, están las apreciaciones subjetivas de cada uno. De esta forma, el hombre se erige en libre creador de la ética y es capaz de relativizar cualquier valor a su antojo. Cada uno tiene derecho a diseñar su ética personal, y se acepta que ninguna es mejor que otra. Si todo es bueno, nada es bueno ni malo, estamos en el vacío, en la confusión: «nada es verdad, todo está permitido» (Nietzsche). Parece evidente que si ningún juicio moral es claramente verdadero o falso, el esfuerzo por examinar la categoría de los actos humanos por medios racionales no tiene sentido, y se concluye así en que la ética es algo virtualmente imposible.<sup>8</sup> Si las cosas no son como son, sino como las pensamos; si no hay verdades objetivas, si todas las opiniones son igualmente válidas porque ninguna es verdadera, la convivencia se basará en la fuerza para imponer una u otra opinión.

Me parece excelente la tesis de Antonio Millán-Puelles cuando defiende que el deber moral es absoluto por su forma y relativo por su materia. El deber moral en cuanto a su forma es siempre una exigencia categórica y no cumplirlo supone una inmoralidad, sin embargo, en cuanto a la materia, el deber se puede calificar de relativo pero ello no supone ser relativista, solo se refiere al contenido del deber— a lo debido que es variable en cada caso— y se puede decir que es relativo al hombre sin tener que oponerse al carácter absoluto del deber.<sup>9</sup>

El relativismo basa su argumentación en defender que la moralidad de los actos está condicionada por el principio, coloquialmente denominado, de «todo depende». «Todo depende de lo que la sociedad en la que vives considere como bueno, o, también, de la clase de vida que quieras llevar». La existencia de diferentes verdades particulares termina por excluir otros aspectos fundamentales para el análisis de la calidad ética de un acontecimiento. Por tanto, a nuestro juicio, el relativismo cultural debe ser rechazado, ya que confunde los hechos sociales aceptados por costumbre o conveniencia con las normas morales que definen lo que debería hacerse por razón de principios.

El subjetivismo defiende que los individuos deben discernir por sí mismos lo que está bien y lo que está mal, porque sólo ellos pueden decidir lo que deben hacer. Su argumentación se fundamenta en el hecho de que el único criterio para juzgar el comportamiento de uno mismo o de los demás es la coherencia. Así, el único juicio ético posible es que las personas vivan o no de acuerdo con los estándares que ellos mismos se han impuesto. Spaemann<sup>10</sup> explica cómo la ética es litigio y disputa. «Esa disputa demuestra que determinados comportamientos son mejores que otros, mejores en absoluto, no mejores para alguien o en relación con determinadas normas culturales».

Actitudes de este tipo conllevan una gran dificultad para tomar decisiones éticas, ya que la falta de criterios objetivos y la ausencia de valores de referencia terminan en un miedo a tomar posturas firmes. No hay duda de que aceptar el subjetivismo como correcto significa que nadie podría hacer nunca nada malo. Si somos libres para escoger lo que hacemos y si esa libertad transforma en correctas nuestras decisiones, ¿quién elegiría hacer algo y al mismo tiempo querría que lo que se elige sea malo?

Una reflexión detenida sobre el subjetivismo demuestra su falta de consistencia como modelo de referencia ética, entre otras cosas, porque el subjetivismo parece ignorar el hecho de que decidir un comportamiento tiene un doble sentido: elegir y juzgar sobre su bondad. En un sentido simple, decidimos cuando elegimos lo que se puede hacer entre varias opciones y decidimos bien cuando —después de juzgar— escogemos aquello que más nos perfecciona como personas. Por eso, lo correcto es decidir siempre la mejor opción. En las antípodas del subjetivismo, hay una corriente de opinión de numerosos autores que defienden la existencia de unos valores y verdades absolutas y objetivas —extraídos de la ética natural— que inducen directamente a la existencia de unos deberes que formalmente son también absolutos.

Esta situación ha creado un debate muy interesante sobre el llamado código único o código múltiple, en el que algunos autores, como Diego Gracia,<sup>11</sup> parecen asentar el principio de libertad de conciencia, paradigma de las conquistas del mundo moderno. Sin embargo, el mismo autor reconoce más adelante las limitaciones éticas de la autonomía de cada sujeto al explicar la paradoja de entender que, en última instancia, la ética sea una cuestión absolutamente individual: «no se puede hacer lo

que le dé la gana, aun apelando al santuario inexpugnable de su propia conciencia». Millán-Puelles<sup>12</sup> defiende que los principios morales son fundamentalmente los mismos en todas las culturas, que lo que varía son las aplicaciones.

En un reciente libro del profesor de la Universidad de Harvard, Peter Kreft<sup>13</sup>, el autor identifica el miedo a decidir como uno de los mayores obstáculos en el actual pensar ético. Con frecuencia sucede que las discusiones se plantean sobre casos límite. En las situaciones extremas las soluciones son difíciles y tendemos a hacer esa dificultad extensiva también a aquellas que no tienen nada de límite. A veces, incluso, convertimos la dificultad en licencia para pensar que cada cual tiene su solución personal, que es tanto como decir que no hay solución.

El relativismo y el subjetivismo de los valores induce entre los profesionales a una gran inseguridad en su ejercicio profesional: surgen dudas y se crean incertidumbres. Así se explica la creciente judicialización de la medicina y el progresivo incremento del número de publicaciones sobre medicina y derecho. El médico pide al jurista que le señale con claridad el modo de actuar.<sup>14</sup> Un ejemplo evidente del pragmatismo de nuestra cultura es aceptar como éticos aquellos comportamientos que sean legales. Es un sentir bastante generalizado entre los profesionales de la medicina que los temas conflictivos de nuestra práctica sanitaria quedan suficientemente debatidos, y por tanto adecuadamente resueltos, en el foro por excelencia de las sociedades democráticas: los parlamentos. Sin embargo, es fácil entender que la democracia no se puede convertir en el paradigma de la moralidad; la propuesta más votada en un parlamento no es siempre la mejor desde una perspectiva ética; su carácter moral no es automático, sino que depende de su conformidad con la ley moral a la que debe someterse como cualquier comportamiento humano.

Es frecuente confundir despenalización con legalización. Una acción es legal cuando se mueve dentro de la normativa y cuando el que la realiza tiene derecho a ejecutarla; lo contrario a esa acción es ilegal. La despenalización quiere decir exonerar de la pena que correspondería por la realización de ese delito, cuando se cometa en unas circunstancias determinadas. Pero, en cualquier caso, debemos recordar que un acto, sea legal o despenalizado, no supone garantía ética.

Recientemente, dentro de una polémica en cierto modo previsible, un pensador contemporáneo ha escrito: «El derecho deja de ser tal cuando

no está fundamentado sólidamente en la inviolable dignidad de la persona, sino que queda sometido a la voluntad del más fuerte.... En realidad, estamos sólo ante una trágica apariencia de legalidad, donde el ideal democrático, que es verdaderamente tal cuando reconoce y tutela la dignidad de toda persona humana, es traicionado en sus mismas bases». <sup>15</sup> Parece lógico defender que las normas éticas de la conducta profesional no las dicte el legislador —desde fuera— sino que lo ideal sería que, además, sean asumidas como resultado de una profunda reflexión personal, superando la perspectiva legal, que aún siendo importante es insuficiente. Acomodarse al pragmatismo legalidad-eticidad es renunciar a la posibilidad de ser coherentes con nuestras ideas a través del ejercicio de un derecho: el de la objeción de conciencia, el cual es obligatorio para todas las leyes que violenten la moralidad.

Con frecuencia, las corrientes de pensamiento relativistas, subjetivistas y pragmáticas, reivindican tolerancia a los que se oponen a ese modo de pensar, pero, al carecer de unos puntos de referencia objetivos, la tolerancia queda también al antojo de sus defensores, e inducen normalmente a una confusión lamentable. No hay duda de que, para poder ser tolerante, hay que fijar los límites de lo que es intolerable. <sup>16</sup> Ese límite puede ser difícil de definir, pero tiene que haberlo, si no, la tolerancia se destruiría a sí misma. Nadie podría, legítimamente, impedir nada: en nombre de la tolerancia habría que tolerarlo todo; se podría tachar de intolerante a cualquiera que hiciera algo que no coincidiera exactamente con lo que nosotros defendemos. A nadie se le ocurre que haya que tolerar el robo, la violación o el asesinato. La tolerancia —como la libertad— ha de tener unos límites. En 1995, con motivo de la celebración del Año Internacional de la Tolerancia se realizaron serios análisis al respecto y todos insisten en que una interpretación superficial de la tolerancia, aceptada como el «todo vale», sería transformar la convivencia en un imposible. «La verdadera tolerancia no se fundamenta en el escepticismo, sino precisamente en unos principios firmes: la tolerancia no es una actitud de simple neutralidad o de indiferencia, sino una posición resuelta que cobra sentido cuando se opone a su límite, que es lo intolerable». <sup>17</sup>

A pesar de la evidencia de que la vida humana está fundamentada en bases no materiales que deben ser estudiadas desde la óptica de la filosofía, la influencia cartesiana en la formación empirista médica ha

magnificado tanto el método científico como instrumento de análisis, que ha minimizado los criterios humanísticos del mundo de la ciencia. No hay duda de que cualquier actividad médica, por simple que pueda parecer, presenta un aspecto técnico y otro moral, por ej., un legrado uterino puede ser la solución a un problema de una grave metrorragia o se puede convertir en una técnica letal para una vida humana recién iniciada. Por tanto, su evaluación sólo se puede hacer analizando la perspectiva técnica junto con la ética con especial referencia a los principios éticos intemporales que tienen su raíz en la ética natural.

La medicina y sus avances técnicos son una prueba palmaria de que el hombre es el ser superior de la creación; con su estudio y su trabajo es capaz de perfeccionarse al servir y ayudar al resto de la humanidad. Sin embargo, la ciencia, cuando deja de estar al servicio del hombre —cuando el hombre se pone al servicio de la técnica—, propicia situaciones en las que se ocasiona una auténtica quiebra ontológica, al degradarse la categoría de la persona y entrar en el reino de las cosas. Cuando el hombre es infravalorado en su categoría, la ética pierde su sentido cardinal y sucumbe bajo el dominio de la técnica. Se cumple así, como dice E. F. Schumacher,<sup>18</sup> la recomendación cartesiana de «substituir la ciencia para conocer por la ciencia para manipular».

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> LAVADOS, M., y otros, *Problemas contemporáneos en bioética*, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, 1990, p.17.

<sup>2</sup> POLO, L., *¿Quién es el hombre?*, Madrid, RIALP, 1991, pp. 102-103.

<sup>3</sup> DEL BARCO, J.L., «Presentación», en *Anuario Filosófico*, 27 (1994), pp. 9-13.

<sup>4</sup> Cfr. MILLÁN-PUELLES, A., *La libre afirmación de nuestro ser*, RIALP, Madrid, 1994. Algunos autores creen que la ética sólo debe analizar el lenguaje moral sin hacer juicios de valor; defender esta postura, dice el autor, es ponerle una mordaza al ser humano. La ética tiene que ser normativa, para ello se propone lo que él llama la Ética Realista: unas normas practicables conseguidas a partir de los preceptos de la ley natural, sometidos a un proceso de raciocinio y concretados en el tiempo y en el espacio.

<sup>5</sup> Para conocer la fundamentación, sus virtualidades y sus límites, cfr. CORTINA, A., *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*, Sígueme, Salamanca, 1985 y *Ética mínima*, Tecnos, Madrid, 1986.

<sup>6</sup> Cfr. GUTIÉRREZ, Gilberto, «De la naturaleza a la realidad. Nuevas reflexiones en torno a la falacia naturalista», en *Ética y estética en Xabier Zubiri*, Editorial Trotta, Fundación Zubiri, Madrid, 1996, p. 67.

<sup>7</sup> Cfr. MILLÁN PUELLES, A., *Ética y realismo*, RIALP, Madrid, 1996, pp. 80-81. El autor sale así al paso de la famosa «Falacia naturalista», que defiende lo contrario: «del ser no se puede derivar ningún deber. Lógicamente esto ocurre, dice el autor: «cuando del ser se tiene la idea que tiene Hume, yo estoy conforme con Rhonheimer, y con Moore, en que el ser, pura y simplemente, sin más -no del ser bueno o ser malo- no se saca ningún deber. El ser reducido a pura facticidad no justifica el juicio moral. Pero el imperativo moral se basa en un deber, y el deber es lo que es bueno hacer. Ese «es» es el que da la objetividad a la ética. En último término, el deber es relativo al ser. Y como el deber atañe al hombre, entonces es relativo al ser del hombre, a la naturaleza humana. Si quitamos de en medio esa relatividad, toda la ética se nos convierte en una fantasmagoría, un discurso sobre valores etéreos, como pasa con la pura axiología: valores que están en el aire y que no tienen nada que ver con el ser del hombre. Se dice que los valores son algo necesario, el deber, por su forma, por su propio carácter de deber, es absoluto, expresa una exigencia necesaria. ¿Cómo puede ser necesario para un ser algo que con ese ser no tiene nada que ver? Es un disparate. Para más detallada argumentación, cfr. del mismo autor, *La libre afirmación de nuestro ser*, RIALP, Madrid, 1994.

<sup>8</sup> GRISEZ, Germain, SHAW, Russell, *Ser Persona. Curso de ética*, RIALP, 1993, pp. 70-73.

<sup>9</sup> MILLÁN PUELLES en *Ética y realismo*, p. 42, explica con rigor la diferencia entre este concepto de la relatividad del imperativo y la falacia del relativismo que tanto predicamento tiene en la actualidad... «la materia de los imperativos morales es relativa. El contenido, lo que en cada caso es deber, es relativo, en primer lugar, al ser individual del hombre, en segundo lugar, al ser individual del hombre mismo y, en tercer lugar, a las circunstancias concretas de la situación en que él esté. Esto no es relativismo porque lo que es la materia- el contenido del deber, no el deber, sino lo debido, no la exigencia moral de hacerlo, sino eso que moralmente está exigido que tenemos que hacer- varía de caso a caso, permaneciendo la exigencia, como tal, absoluta. Por eso la moral de situación en principio no es errónea, lo que ocurre es que la han echado a perder olvidando que los actos morales se especifican por su sustancia y por su circunstancia, no solo por ésta. Y en la circunstancia están las situaciones».

<sup>10</sup> SPAEMANN, R., *Ética: cuestiones fundamentales*, EUNSA, Pamplona, 1993, p. 31.

<sup>11</sup> GRACIA GUILLÉN, D., *Principios y metodología de la Bioética*. Labor Hospitalaria N<sup>o</sup> 229, p. 175. El autor entiende la existencia del código múltiple como una auténtica conquista: «Durante muchos siglos se ha pensado que los valores morales eran unos valores objetivos, cognoscibles por todos y exigibles por igual a todas las personas. De tal manera que el que no cumpla con estos valores era un depravado o un ignorante».

<sup>12</sup> Cfr. MILLÁN PUELLES, A., *Ética y realismo*, RIALP, 1996. p. 62. El autor refiere la existencia de un número entero de una revista de antropología, preparado, entre otros, por KLUCKHOHN, C., *Ethical Relativity: sic et non*, en *The Journal of Philosophy*, LII (23, Noviembre), 1955, en el que tanto los psicólogos, los antropólogos culturales, los etnólogos, sociólogos, etc., llegan a la conclusión de que realmente no son distintos los códigos morales.

<sup>13</sup> KREFT, Peter, *Cómo tomar decisiones. Sabiduría práctica para cada día*, RIALP, Madrid, 1993.

<sup>14</sup> DEL BARCO, J. Luis, *Modelos actuales en Bioética*. Conferencia de Antequera. No publicado.

<sup>15</sup> JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae*, 1995.

<sup>16</sup> AGUILO PASTRANA, Alfonso, *La Tolerancia*, Ed. Palabra, Madrid, 1995.

<sup>17</sup> UNESCO, *Informe Año Internacional de la Tolerancia*. 1995. Dirección General.

<sup>18</sup> SCHUMACHER, E.F., *Guía para los perplejos*, Debate, Madrid, 1981, p. 12.

# Métodos naturales y cultura de la vida. Evaluación de una experiencia de enseñanza

*A.W. Capella,\* E. Giacchi,\*\*, G. Pompa,\*\*, C. Castagna\*\*\**

## **Resumen**

*La enseñanza de los Métodos Naturales se imparte en nuestro Centro desde hace 20 años por lo menos, y se ha caracterizado siempre por la propuesta de un estilo de vida para las parejas, más que por una mera técnica para la regulación de la fertilidad. Adquirido el valor de la propia fertilidad a través de los Métodos Naturales, las parejas han sido estimuladas sobre todo a desarrollar una actitud de respeto y de responsabilidad hacia la nueva vida que pueden engendrar. Además, son ayudadas a crecer en el diálogo, en la participación y en el mutuo respeto.*

*Animados por los resultados de una anterior investigación llevada a cabo en los años 1986-1990, en 1993 hicimos un estudio estadístico multicéntrico con el fin de evaluar la aceptabilidad, la eficacia y la difusión en Italia del Método Billings. Se analizaron 1730 fichas de recopilación de datos proporcionadas por los profesores del Método Billings que trabajaban en diferentes provincias italianas, fichas que correspondían a un total de 9,360 ciclos menstruales examinados. 502 usuarias mostraron interés*

\* Ginecóloga, Directora del Centro de Estudios e Investigaciones para la Regulación Natural de la Fertilidad, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma; \*\* Ginecóloga, Centro de Estudios e Investigaciones para la Regulación Natural de la Fertilidad, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma; \*\*\* Especialista en redes informáticas en el CINECA (Centro de Cálculo Interuniversitario, Bolonia), Miembro de la AMBER (Asociación Método Billings Emilia-Romagna).

*en un simple conocimiento del Método, pero no lo aplicaron porque estaban solas o bien eran novias pero no tenían relaciones prematrimoniales. De las 1,228 usuarias que utilizaron el Método, el 14.8 por ciento tenía como propósito obtener un embarazo, el 55.5 por ciento deseaba posponerlo y el 29.7 por ciento evitarlo.*

*Para las 1,047 parejas que querían posponer o evitar un embarazo, el mayor estímulo para aprender el Método se derivaba de una motivación laica en el 50 por ciento de los casos y el 40 por ciento de estas parejas había tenido experiencias precedentes anticonceptivas. Se obtuvieron resultados satisfactorios por el excelente funcionamiento del Método en el 85 por ciento de los "viejos" usuarios y en el 60.4 por ciento de los "nuevos", mientras los resultados no fueron satisfactorios en el 4.5 por ciento y el 8.9 por ciento respectivamente. La asociación con los métodos de barrera fue habitual en el 2 por ciento de los casos y fue esporádico en el 9.6 por ciento de los usuarios. El porcentaje de abandono del uso del Método fue del 5.95 por ciento. Estos datos demuestran que una anterior experiencia anticonceptiva no parece tener efectos sobre la aceptabilidad del Método Natural y del estilo de vida que éste requiere. La evaluación efectuada con el Índice de Pearl modificada de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) evidencia 0 embarazos debidos al Método, 3.7 embarazos debidos a un inadecuado aprendizaje o enseñanza del Método y 13.8 embarazos debidos a una opción consciente.*

*En un total de 66 embarazos, 19 (28.7 por ciento) fueron deseados. El considerable número de embarazos debidos a una opción consciente o de embarazos intencionalmente buscados, verificado incluso en parejas que querían evitar el embarazo como primera motivación, pone en evidencia el progresivo desarrollo en estas parejas de una actitud de apertura hacia la vida, que representa el gran éxito de la enseñanza de los Métodos Naturales.*

La enseñanza de los Métodos Naturales para la regulación de la fertilidad, en nuestra experiencia, ha tenido siempre por finalidad proporcionar a la pareja el conocimiento de la propia fertilidad como valor fundamental para realizar una auténtica procreación responsable.

El Método Natural, en efecto, no lo presentan nuestros profesores como una simple técnica para la regulación de la natalidad, sino que se propone como un estilo de vida basado en el amor, el respeto recíproco y la apertura a la vida.

Independientemente de las motivaciones que llevan a la elección del Método Natural, tal conocimiento constituye para la pareja un estímulo eficaz para la profundización del diálogo, un mayor compartimiento y corresponsabilidad. Tal premisa es indispensable para desarrollar esa actitud de respeto y de acogida para la vida, fundamental para realizar una auténtica procreación responsable.

En 1986, después de los primeros 10 años de actividad, hemos considerado oportuno efectuar una primera verificación de la experiencia hecha, con el fin de obtener información sobre la calidad del servicio ofrecido. Así, se emprendió un estudio estadístico prospectivo<sup>1</sup> para evaluar la eficacia, aceptabilidad y continuación en el uso del Método Natural sobre una muestra al azar de parejas usuarias del Método Billings<sup>2</sup> que acudían a algunos Departamentos de Enseñanza presentes en varias regiones italianas y coordinados por nosotros.

Durante cuatro años (1986-1989) examinamos a 200 parejas que habían aprendido el Método con la finalidad de retrasar o evitar el embarazo.

A pesar de que el 55.7 por ciento de las parejas examinadas provenía de la experiencia de uno o más métodos anticonceptivos, se evidenció una buena aceptación del Método Natural, confirmada por una tasa de continuación en el uso, después de cuatro años, del 84.5 por ciento. También por lo que se refiere a la eficacia se tuvieron óptimos resultados: en 4,780 ciclos de uso no se verificaron embarazos atribuibles al Método. Estos resultados positivos nos estimularon a ampliar nuestra investigación a una muestra más amplia de población.

Se proyectó, así, una ficha de obtención de datos, con el objetivo de difundir progresivamente su uso a todas las profesoras del Método Billings que operaban en el territorio nacional italiano. El objetivo de la ficha es permitir anualmente no sólo una evaluación estadística signi-

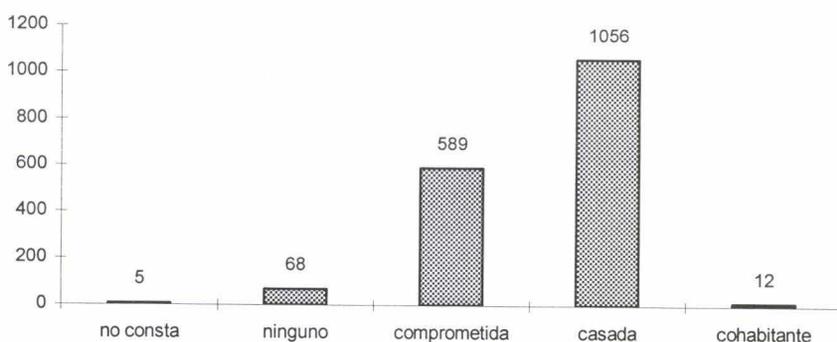
ficativa de la aceptabilidad y eficacia del Método en una muestra más amplia, sino también efectuar un estudio epidemiológico para evaluar la difusión del Método Billings en Italia y su real incidencia social.

La experimentación de la ficha se inició en 1993 en casi todas las regiones italianas (con excepción de Molise y Val d'Aosta), con la colaboración inicial de 160 profesoras. Para los próximos años está prevista la inclusión gradual de todas las profesoras activas a nivel nacional, cuyo número actual es de 687.

En el año de 1993 llegaron 1,730 fichas, de las que 934 se referían a nuevas usuarias que iniciaron el aprendizaje del Método en el curso del año, y 796 fichas relativas a algunas "viejas" usuarias encontradas en los años anteriores y que las profesoras tuvieron en cuenta a propósito. Los encuentros con las profesoras en el curso del año fueron 5,098 y los ciclos menstruales controlados 9,360.

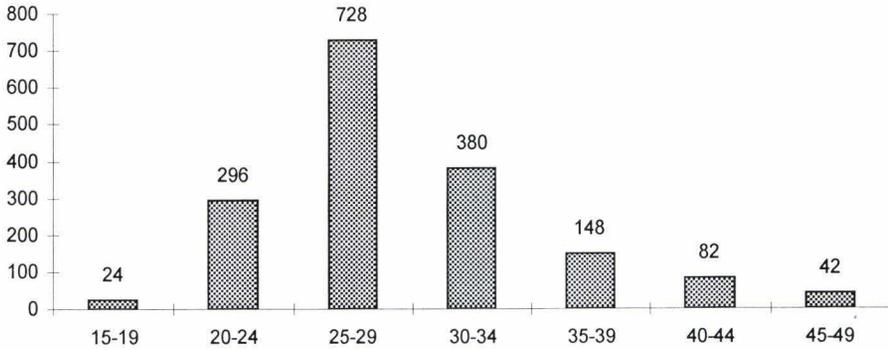
Una primera serie de datos se refiere a la tipología de la utilización contactada. Por lo que se refiere a la relación de pareja (figura 1), se trata predominantemente de usuarias casadas o comprometidas; existe sin embargo un pequeño número de personas que, aun no teniendo una relación de pareja, están interesadas en el aprendizaje del Método Natural simplemente para conocerse a sí mismas, o para un estudio del propio ciclo.

**Figura 1**  
Relación de pareja. Número de usuarias: 1,730



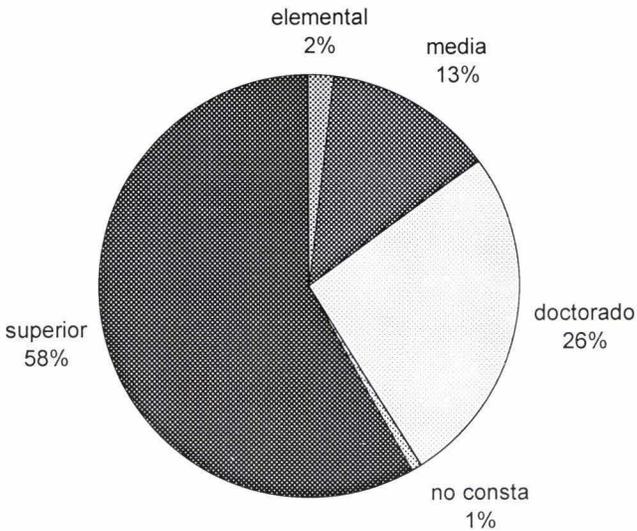
La mayoría de las usuarias tiene edades comprendidas entre los 20 y los 34 años, y una edad media de 29.22 años (figura 2). Para 30 usuarias no están disponibles los datos relativos a la edad.

**Figura 2**  
Distribución por edades. Número de usuarias: 1,700



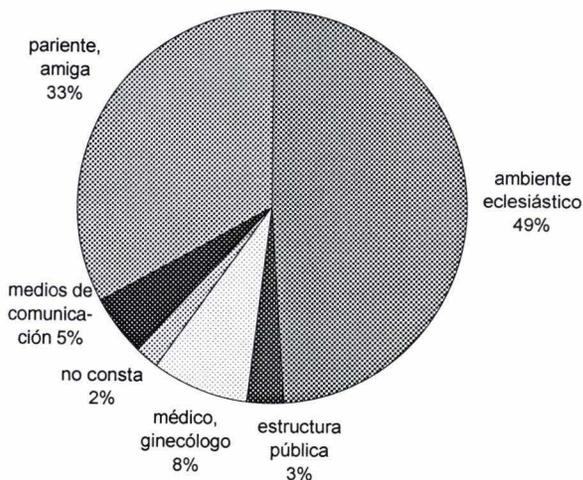
El grado de instrucción predominante (figura 3) es de tipo medio superior, tanto para toda la muestra (58 por ciento), cuanto en las varias categorías de usuarias, distintas por relación de pareja.

**Figura 3**  
Grado de instrucción. Número de usuarias: 1,730



El estímulo principal para aprender el Método (figura 4)

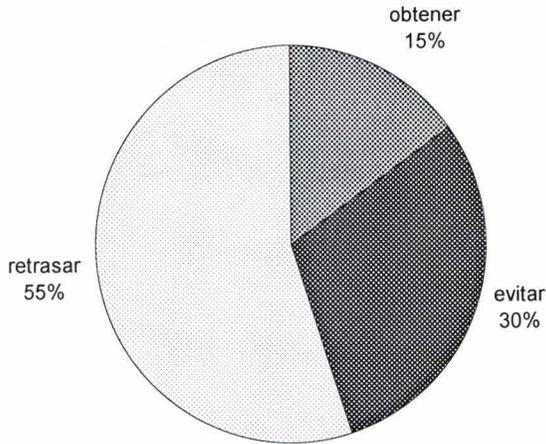
**Figura 4**  
Fuente de información. Número de usuarias: 1,730



sólo para el 49 por ciento proviene del ambiente eclesástico, mientras para el 51 por ciento es ofrecido por fuentes laicas, sobre todo parientes o amigas (en el 33 por ciento de los casos), como difusión de una experiencia personal positiva. La observación de que en el 11 por ciento de las usuarias la opción del Método sea estimulada por médicos, personal sanitario, o servicios socio-sanitarios hace esperar que el mundo sanitario comience a estar sensibilizado y mejor informado sobre la validez de los Métodos Naturales.

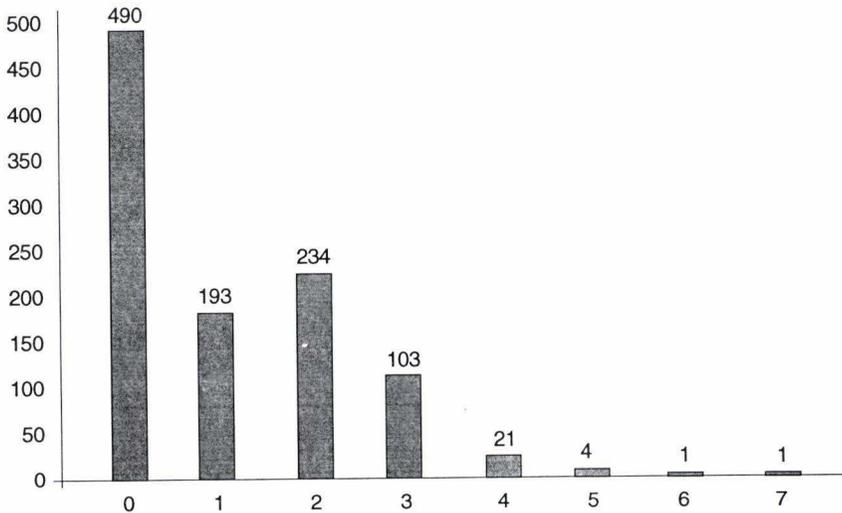
Por lo que se refiere a la finalidad del aprendizaje del Método (figura 5), en el curso de 1993, sobre la muestra total de 1,730 usuarias, 502 no usaron el Método para regular la fertilidad. De éstas, 68 no tenían relación de pareja, 434 estaban comprometidas sin relaciones prematrimoniales. De las 1,228 usuarias del Método, 181 (igual al 14.8 por ciento de la muestra) tenían por finalidad obtener el embarazo; 682 (igual al 55.5 por ciento) utilizaban el Método para distanciar los embarazos, 365 usuarias (igual al 29.7 por ciento) para evitarlo.

**Figura 5**  
Finalidad de uso. Número de usuarias: 1,228



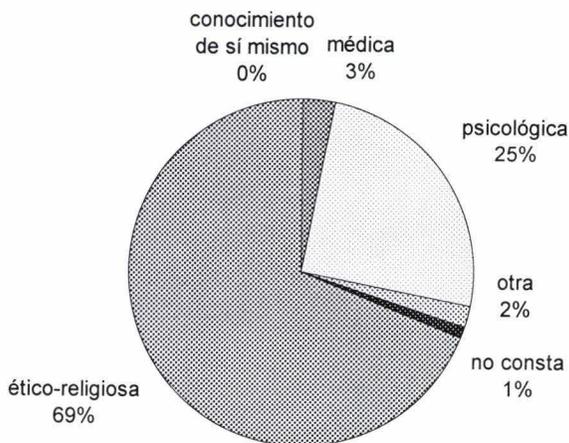
De las 1,047 usuarias que deseaban distanciar o evitar el embarazo, el 46.8 por ciento no tenía hijos; el 18.4 por ciento tenía un solo hijo; el 22.3 por ciento, dos hijos; el 9.8 por ciento, 3 hijos, y el 2.7 por ciento cuatro o más hijos (figura 6).

**Figura 6**  
Número de hijos habidos anteriormente por las 1,047 usuarias que deseaban retrasar o evitar el embarazo



La motivación que sustenta la elección del Método (figura 7) en el 69 por ciento de las usuarias es de tipo ético-religioso, en el 25 por ciento psicológica, y sólo en el 3 por ciento médica.

**Figura 7**  
**Motivación de las usuarias con la finalidad de retrasar o evitar el embarazo.**  
Número de usuarias: 1,047

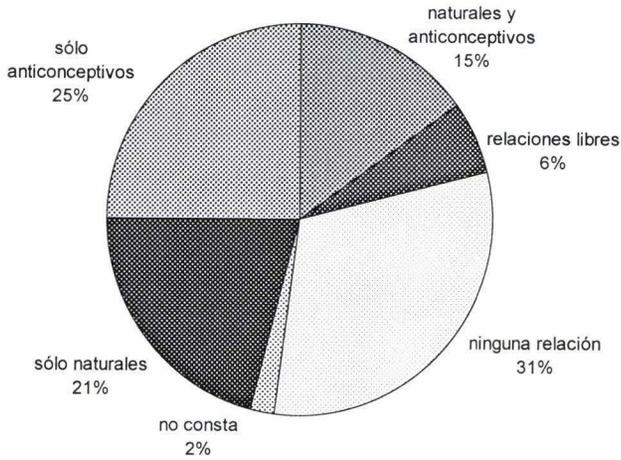


Los datos relativos a los Métodos utilizados con anterioridad (figura 8) revelan que cerca del 40 por ciento de las parejas usó los anticonceptivos. La anterior experiencia anticonceptiva no parece prejuzgar, sin embargo, la capacidad de la pareja, si es ayudada adecuadamente, para aceptar tranquilamente una propuesta diferente.

Una vez emprendido el uso del Método Billings y acogido el estilo de vida que éste exige, independientemente de la experiencia precedente y de la motivación que ha llevado a la elección del Método mismo, se encuentra una modesta tasa de abandono (5.95 por ciento).

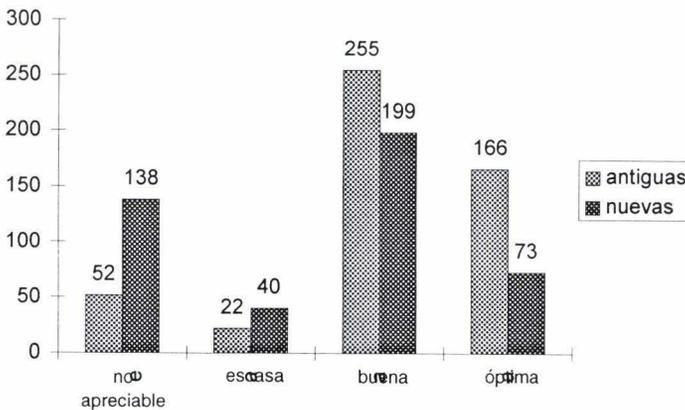
La satisfacción por el Método (figura 9) es buena-óptima en 421 (85 por ciento) de las antiguas usuarias y en 272 (60.4 por ciento) de las nuevas; escasa en 22 (4.5 por ciento) de las antiguas usuarias y en 40 (8.9 por ciento) de las nuevas; mientras que no se aprecia en 52 (10.5 por ciento) y en 138 (30.7 por ciento) respectivamente. De estos datos se

**Figura 8**  
**Métodos usados anteriormente por las 1,047 usuarias con la finalidad de retrasar o evitar el embarazo**



puede deducir que la aceptabilidad del Método tiende a aumentar al consolidarse la experiencia de uso, paralelamente a la adquisición del estilo de vida que comporta el Método Natural.

**Figura 9**  
**Satisfacción por el Método**  
**Número de usuarias: 945**



El que se observe un discreto porcentaje de nuevas usuarias con un grado de satisfacción no evaluable, hay que relacionarlo con la dificultad de verificar una experiencia aún en sus inicios.

La buena aceptación del Método Billings por parte de las parejas puede explicarse tanto por el hecho de que el estilo de vida requerido por éste se remite a valores que son connaturales a la persona humana (y por tanto correspondientes a sus exigencias más profundas), cuanto por la simplicidad que caracteriza al Método mismo.

Entre las 1,047 usuarias que deseaban retrasar o evitar el embarazo, se encontró un bajo porcentaje de asociación de medios de barrera, en el 2.0 por ciento de los casos habitual, y en el 9.6 por ciento esporádico. Esto pone de manifiesto que la abstinencia de la relación sexual puede ser aceptada y vivida sin dificultad por la mayoría de las parejas.

Uno de los objetivos de nuestro estudio fue el de evaluar la eficacia del Método como instrumento para realizar una procreación responsable, de tal manera que se pudiera dar una respuesta objetiva y documentada a cuantos acriticamente hacen suyo el lugar común de que los Métodos Naturales son una solución de repliegue y poco eficaz.

La eficacia del Método ha sido evaluada mediante el Índice de Pearl modificado<sup>3</sup> (IP = número de embarazos verificados multiplicado por 100/mujer —es decir, por 1,300 ciclos que hipotéticamente 100 mujeres deberían tener en un año—, y dividido por el número de ciclos de uso efectivo del Método).

El cálculo de la eficacia se efectuó seleccionando a las usuarias con base en dos criterios fundamentales.

Un primer criterio fue el de tomar en consideración, entre las 1,047 parejas que utilizaban el Método para retrasar o evitar el embarazo, sólo una muestra de 586 usuarias (igual al 56 por ciento), que no hubieran asociado al Método Natural el uso de medios anticonceptivos de barrera, y para las cuales había sido posible examinar el registro de los ciclos menstruales, de lo cual resultara la anotación regular, ciclo por ciclo, de las relaciones sexuales habidas (tabla 1).

Entre 3,486 ciclos controlados no se encontraron evidencias referibles al límite biológico del Método. De los 66 embarazos verificados, 10 se debían a una aplicación errada, es decir, eran consecuencia de una comprensión no correcta o a distracción por parte de la pareja, o bien se debían a una enseñanza inadecuada.

Tabla 1

**Eficacia del Método Billings evaluada tomando en consideración sólo las usuarias que no asociaron medios anticonceptivos de barrera y que registraron claramente el propio ciclo menstrual, anotando regularmente cada relación sexual. Se consideraron 586 usuarias y se analizaron 3,486 ciclos. Se verificaron 66 embarazos**

Embarazos		Índice de Pearl		
<i>tipo</i>	<i>Número</i>	<i>total</i>	<i>evitar</i>	<i>retrasar</i>
límite biológico	0	0	0	0
aplicación errada	10	3.73	1.06	5.15
elección consciente	37	13.80	3.20	19.47
buscados	19	—	—	—

El Índice de Pearl relativo a los embarazos por aplicación errada fue del 3.73; si se calcula distintamente para las dos categorías de “evitar” y “retrasar”, es significativamente más bajo en la primera categoría (1.06 contra 5.15). Esto significa que la pareja con intención de evitar el embarazo tiende generalmente a aplicar el Método con mayor atención respecto de la que considera simplemente retrasarlo.

Es muy significativo encontrar un número discretamente elevado de embarazos por elección consciente (37) referidos a la libre decisión de la pareja de abandonar las reglas para evitar el embarazo (igual a un Índice de Pearl de 13.8).

También para esta categoría de embarazos, la cuota mayor resulta la relativa a las parejas que deseaban retrasar el embarazo respecto de aquellas que tenían intención de evitarlo (Índice de Pearl 19.47 respecto de 3.20).

De los 66 embarazos verificados en total, 19 (igual al 28.7 por ciento) fueron buscados intencionalmente.

El segundo criterio de selección de las usuarias tiene en cuenta también algunos requisitos indispensables para suponer una “fertilidad

comprobada” de las usuarias examinadas. Tales requisitos, indicados por la OMS<sup>4</sup> son: 1) edad inferior a los 40 años; 2) duración de los ciclos comprendida entre 23 y 35 días; 3) haber tenido una concepción en los 5 años anteriores a la admisión al estudio; 4) comprobarse que ninguno de los miembros de la pareja es estéril.

Tal muestra de usuarias, aun reduciéndose numéricamente de manera significativa, presenta resultados que se pueden sobreponer a los obtenidos utilizando el primer criterio de selección (tabla 2).

**Tabla 2**

**Eficacia del Método Billings evaluada con base en los requisitos indicados por la Organización Mundial de la Salud (véase nota 5) para considerar de “fertilidad comprobada” a las usuarias examinadas (además de los criterios indicados en la tabla 1). Se han considerado 178 usuarias y analizados 1,093 ciclos. Se verificaron 20 embarazos.**

Embarazos		Índice de Pearl		
<i>tipo</i>	<i>Número</i>	<i>total</i>	<i>evitar</i>	<i>retrasar</i>
límite biológico	0	0	0	0
aplicación errada	4	4.76	0	6.46
elección consciente	9	10.70	0	14.55
buscados	7	—	—	—

La entidad muy limitada del factor “error” se ha de poner en relación, además de con la simplicidad de aprendizaje del Método Billings y su elección motivada de la pareja, también con la calidad de la enseñanza.

Como ha reconocido la Organización Mundial de la Salud,<sup>5</sup> la enseñanza de los Métodos Naturales es un servicio principalmente educativo, y la clave para su éxito es el poder disponer de profesores competentes. Esta competencia no debe ser entendida exclusivamente desde el punto de vista de una adecuada preparación técnico-científica, sino que se refiere también a las capacidades personales, humanas y

profesionales, indispensables para suscitar y/o reforzar las motivaciones de las parejas.

La verificación de embarazos por elección consciente y de embarazos buscados intencionalmente incluso en parejas que tenían como motivación inicial la de evitar el embarazo, pone de relieve una de las características peculiares del Método Natural, que es el dejar a la pareja protagonista en la libertad y responsabilidad para modificar su propia orientación en cualquier momento, sin descartar decisión alguna y en confrontación siempre abierta con la propia potencialidad de generar la vida. Tal apertura a la vida madurada por muchas parejas es sin más el gran éxito del Método Natural, no inferior al obtenido por las parejas que con el Método satisfacen su exigencia de retrasar para más adelante o de evitar enteramente el embarazo.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> CAPPELLA, A., GIANCCHI, E., SAPOROSI, A., *Il Metodo Billings oggi*, Actas del Congreso Internacional "La regulación Natural de la Fertilidad: ciencia, cultura, experiencia hacia el 2000", Milán, 9-11 de diciembre de 1993.

<sup>2</sup> BILLINGS, E.L., BILLINGS, J.J., CATARINICH, M., *Billings atlas of the ovulation method* (5<sup>th</sup> ed.), Melbourne: Ovulation Method Research and Reference Center of Australia 1989; BILLINGS E.L., WESTMORE A., *The Billings Method (Controlling fertility without drugs or devices)*, Melbourne: Anne O' Donovan, 1980; BILLINGS, J.J., *The Ovulation Method*, Melbourne: Advocate Press Pty Ltd.1083; CAPPELLA, A., *The natural way. The Billings Method*, Turín: B.B.E., 1985.

<sup>3</sup> ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. II, The effectiveness phase*, Fertil Steril. 1981, 36: 591 (sobre el Índice de Pearl, véase también SGRECCIA, E., *Manual de Bioética*, Universidad Anáhuac-Editorial Diana, México 1996, nota 56, página 317. *N. del T.*).

<sup>4</sup> OMS, *A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. I, The teaching phase*, Fertil. Steril. 1981, 36: 152.

<sup>5</sup> OMS, *Natural family planning. A guide to provision of services*, Ginebra, 1988.

# Problemas sociológicos a propósito del debate sobre la procreación asistida

*Giovanna Rossi Sciumé\**

## Resumen

*El artículo se propone analizar desde el punto de vista sociológico algunos de los principales nudos problemáticos puestos de manifiesto como consecuencia de la difusión de las técnicas de procreación asistida.*

*El punto de partida de este análisis lo constituye la superación de la definición estrictamente médica de la esterilidad y la consideración de ese fenómeno como «cuestión social total», que involucra al individuo en su totalidad, esto es, en su dimensión física, psíquica, afectiva y relacional. La adopción de esta perspectiva implica, inevitablemente, una atenta evaluación del impacto de las técnicas de procreación asistida en la configuración específica de la familia y de la pareja que busca la aplicación de esas técnicas. Además, la difusión de tales procedimientos ha comportado un cambio problemático del significado de la genitorialidad, requiere, a fin de evitar un replegamiento en sentido puerocéntrico y narcisista de la cultura familiar, delinear los derechos de todos los sujetos implicados en el procedimiento de procreación asistida—en primer lugar los del hijo nacido a través de estas técnicas— y una confrontación leal entre los derechos mismos.*

\* Profesora Asociada de Sociología de la Educación, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Milán.

## Preámbulo

La Organización Mundial de la Salud estima en torno al 5.20 por ciento el porcentaje de parejas estériles en los países avanzados y el fenómeno parece destinado a aumentar, por varias razones, tanto de carácter ambiental como ligadas al estilo de vida. En efecto, el estrés, la alimentación incorrecta y la contaminación parecen presentar altísimas posibilidades de incidencia negativa en la reproducción. En años relativamente recientes (la primera niña italiana concebida en probeta nació en enero de 1984), el problema de la esterilidad parece haber encontrado una nueva respuesta en las técnicas de procreación asistida.<sup>1</sup>

Tales procedimientos, por una parte, representan el resultado de un notable desarrollo científico y tecnológico, pero por otra, mediante una aplicación cada vez más difundida, han evidenciado la complejidad del fenómeno de la esterilidad y de la procreación asistida, y han planteado continuamente delicados interrogantes a nivel social, psicológico, ético y jurídico, como origen de un debate que sigue abierto todavía.<sup>2</sup>

En estas breves anotaciones nos proponemos poner de relieve —sin pretensión alguna de resolverlos— los principales problemas de carácter sociológico vinculados con las técnicas de reproducción asistida. Antes de abordar este análisis, sin embargo, es oportuno detenerse en una cuestión sólo aparentemente terminológica y de segundo plano: en realidad, las técnicas de las que nos estamos ocupando han sido indicadas de cuando en cuando como técnicas de «fecundación», y de «reproducción» o, también, de «procreación» «asistida», o bien «artificial», pero los diversos términos no parecen individualizar áreas conceptuales que se puedan superponer totalmente. En efecto, mientras el uso del vocablo *fecundación* lleva a fijar la atención predominantemente en la concepción, el término reproducción tiende a remitir, en sentido más amplio, a todo el proceso reproductivo;<sup>3</sup> la *procreación*, finalmente, se configura como un acto enmarcado en la específica conciencia humana y, para el creyente, como acto de colaboración con la voluntad creadora de Dios.<sup>4</sup> Por lo que se refiere a los adjetivos *artificial* y *asistida*, si el primero parece resaltar particularmente la intervención de la tecnología y de la medicina en un proceso que sigue siendo, en cualquier caso, fundamentalmente biológico, el segundo puede parecer más idóneo para escamotear todo cuanto de negativo se contiene en la imagen de un

«bebé de probeta».<sup>5</sup> Es obvio, pues, que la utilización de las diversas definiciones para las nuevas técnicas de procreación asistida no es indiferente, sino que responde, en la mayoría de los casos, a opciones precisas.

Es indispensable, ahora, aclarar el concepto de esterilidad y, a tal fin, es posible individualizar, aun con una cierta simplificación, dos actitudes culturales, caracterizadas por premisas y consecuencias prácticas profundamente diversas. Por un lado, algún autor<sup>6</sup> ha considerado tener que calificar explícitamente y de manera exclusiva la esterilidad como enfermedad; por el otro, algunos elementos han inducido a otros autores<sup>7</sup> a sostener que el problema de la esterilidad no puede ser tomado en consideración simplemente como problema físico y/o psíquico, incluso con implicaciones éticas, sino que debe más bien ser enfocado como cuestión «social total».<sup>8</sup> Tales elementos consisten, esencialmente, en la misma relevancia estadística del fenómeno y en el hecho de que este tema involucra al individuo en su totalidad, esto es, en su dimensión física, psíquica, afectiva y de relación. En este sentido, incluso las no demasiado numerosas encuestas llevadas a cabo en parejas estériles en Italia han subrayado cómo la procreación fallida se complica principalmente en el plano psicológico. Además la misma definición médica internacional de esterilidad indica un desplazamiento de la atención desde la fisiopatología de la reproducción del cuerpo femenino al contexto de relaciones, es decir, a la pareja. La hipótesis de esterilidad en una pareja se define, en medicina, como falta de hijos después de dos años de relaciones no protegidas por la anticoncepción; el hecho médico, pues, no se interpreta ya como déficit a cargo del cuerpo, sino que es enmarcado como posible déficit en la relación de pareja.<sup>9</sup>

También de forma preliminar, no es posible evitar un intento de comprensión de la relevancia sociológica del fenómeno de la procreación asistida; en otras palabras, esto equivale a preguntarse por qué la sociología se ocupa de este fenómeno. Se dan, a nuestro parecer, diversos motivos, tanto de carácter general como de carácter más específico. Entre los primeros hay que observar, ante todo, que la introducción de las técnicas y de la medicina en el proceso reproductivo pone en discusión la relación existente entre natural y artificial, cultural; relación problemática y controvertida que nos proponemos ahondar a continuación. En segundo lugar, puede ser útil subrayar el hecho de que las

modalidades y los límites de utilización de las tecnologías de procreación asistida se incluyen en una discusión epistemológica más amplia sobre la estructura de la ciencia y sobre la necesidad de un control social respecto de la ciencia misma. Además, el tema del impacto que tales tecnologías pueden y podrán tener, implica la evaluación y la comprensión a largo plazo desde un punto de vista estrictamente sociológico de la cantidad y la calidad de la información proporcionada al público acerca de tales procedimientos. En diversas instancias se ha puesto de relieve también que la reproducción asistida representa un ejemplo de la creciente tendencia de nuestra sociedad a la medicalización de la vida. Pero sobre este tema volveremos en el transcurso de la exposición. Más en particular, las tecnologías de procreación asistida han demostrado no carecer de efectos tanto sobre la pareja que las busca, como sobre la familia a la que eventualmente darán o han dado origen, en cuanto que a menudo alteran las relaciones entre los sujetos implicados, modifican la estructura de los roles reproductivos e introducen nuevos sujetos y nuevas relaciones sociales.<sup>10</sup>

La evaluación del impacto de las técnicas de reproducción asistida, la aceptación, parece configurarse en la actual situación social y cultural, según diferentes líneas de tendencia, desde un mínimo hasta un máximo de complicación.

En los siguientes párrafos trataremos de aclarar qué consecuencias ha comportado la introducción de las técnicas de procreación asistida en la definición social y cultural de la procreación, en la configuración de la familia y de la pareja, en la relación entre sistema sanitario y usuarios, y en el significado del hijo y el reconocimiento de sus derechos.

### **La reproducción asistida y el cambio del significado de la procreación**

La difusión de las tecnologías de procreación asistida ha comportado, según algunos autores, un profundo cambio de signo problemático en la dimensión antropológica y social de la genitorialidad, considerando el hecho de que la puesta en práctica de estos procedimientos comporta y sobreentiende la escisión entre genitorialidad biológica y genitorialidad

social, que puede identificarse de otra forma en la diversidad existente entre el «tener hijos» y el «ser padres».<sup>11</sup>

Otros autores, en cambio,<sup>12</sup> subrayan que ese cambio ha sido leve y se preguntan más bien si las técnicas de reproducción asistida no han contribuido simplemente a evidenciar una de las diversas concepciones de la genitorialidad actualmente presentes en nuestra sociedad.

Sin embargo, independientemente de la interpretación que se pretenda dar, *la escisión entre genitorialidad biológica y genitorialidad social* parece un dato innegable, en el cual merece que nos detengamos brevemente.

Las implicaciones y las consecuencias de esa escisión son diferentes, según que la esterilidad se refiera al hombre o a la mujer y, por tanto, según la técnica que se adopte.

El recurso a la inseminación artificial heteróloga (A.I.D.) —la cual, entre otras cosas, en el momento mismo en que se proyecta como solución al deseo de maternidad de una mujer cuyo compañero es estéril, parece enfatizar la situación límite, de enfermedad del hombre— sitúa al padre social, legal y putativo ante obligaciones difíciles de tipo psicológico, consistentes en la elaboración de su propia esterilidad, de la importancia del deseo de maternidad de su compañera y, finalmente, en la elaboración de su propia paternidad no biológica. En realidad, este hombre se ve en la necesidad de tener que redefinir su propia identidad de marido y de padre.<sup>13</sup> De la dificultad de esta labor dan testimonio, de forma casi paradójica, las acciones de desconocimiento de paternidad intentadas por ciertos hombres, que sin embargo habían dado expresamente su consentimiento a la intervención de inseminación heteróloga de su propia mujer o compañera, respecto de los hijos nacidos merced al empleo de esta técnica.

En cambio, en el caso de la Fecundación «*in vitro*» (F.I.V.E.T.) o de la *Gameto Intra Fallopian Transfer* (G.I.F.T.), es incluso posible que las cuatro funciones de la maternidad (ovulación, gestación, lactancia y crianza) las desempeñen cuatro mujeres distintas, con una auténtica desestructuración de la identidad materna.<sup>14</sup>

Resulta por tanto indispensable establecer en términos claros la relación entre filiación natural y filiación social. En sentido más general, esto remite al tema de la relación —a menudo expresada en términos de contraposición— entre naturaleza y sistema social y cultural. La naturale-

za como realidad biológica y el sistema social y cultural, cada uno con sus propias reglas, han estado sometidos desde el inicio de la época moderna a un proceso, al mismo tiempo de distanciamiento y de penetración, en continuo devenir: de cuando en cuando, la naturaleza ha sido y es vivida como amiga o como desafío para la racionalidad del hombre. En esta perspectiva, si es cierto que el recurso a las técnicas de reproducción asistida es un procedimiento fundamentalmente cultural, es igualmente cierto que también las normas que configuran la relación de filiación natural están, en las diversas sociedades, profundamente influidas por la cultura propia de cada una de ellas y representan, por tanto, elaboraciones culturales de los diversos sistemas sociales. La contraposición entre naturaleza y artificio constituye, bajo algunos aspectos, un falso problema, mientras que bajo otros aspectos se revela inadecuada para describir exhaustivamente la relación que se establece entre dato natural y dato cultural (artificial) en muchos ámbitos de la existencia humana, entre los cuales no se puede dejar de recordar la procreación. En realidad, lo natural y lo artificial siempre han sido separados sólo por la convención social.

En el campo específico del proceso de reproducción, la alteración de la relación entre factor biológico y factor cultural encuentra su característica específica en el recurso a las tecnologías de procreación asistida que introducen vigorosamente el dominio de la voluntad y del deseo de los sujetos en la procreación. Y ya no se acepta la esterilidad, incluso temporal, precisamente en cuanto que no permitiría la realización de un proyecto de continuidad familiar o, en cualquier caso, la realización del deseo de maternidad o de paternidad.

Desde este punto de vista las técnicas de procreación artificial constituyen un instrumento para reducir a la «normalidad» a un cuerpo que no responde a las expectativas y la voluntad del individuo. Las consideraciones que acabamos de hacer permiten afirmar que en la procreación prevalece hoy el aspecto de la elección voluntaria. Pero de inmediato se presenta un problema, en cuanto que tal elección no puede tener un carácter absoluto, dado el margen no menospreciable de incertidumbre al que están generalmente sometidas las biotecnologías. La «opción» procreativa, además, si por una parte contiene aspectos positivos de libertad (individualizables, por ejemplo, en una mejor posibilidad de concordancia entre tiempo biológico, tiempo psicológico y tiempo

social personal y de pareja) y de responsabilización del hombre y de la mujer, por otra parte comporta el riesgo de una excesiva subjetivización y privatización de la experiencia de vida genitorial.

### **Las técnicas de procreación asistida y la configuración de la familia y de la pareja**

Pasando ahora a considerar el impacto de la introducción de las técnicas de reproducción asistida en la imagen en conjunto de la familia y de la pareja, debemos poner de relieve que, a este propósito, se han evidenciado algunas líneas de reflexión a las cuales es oportuno aludir.

En una perspectiva que podemos definir como utilitarista<sup>15</sup> habría que considerar como benéfico el recurrir a las técnicas de reproducción asistida, tanto a nivel de pareja como a nivel individual; en cambio, hay quien considera estas técnicas como lesivas de la estructura familiar y de la pareja, en cuanto que actúan sobre dinámicas más privadas;<sup>16</sup> según otros, finalmente, se trataría de procedimientos tendencialmente neutrales respecto de la familia y de la pareja.<sup>17</sup>

En el ámbito de esta última visión parecería indispensable, entre otras cosas, una discusión colectiva de las representaciones individuales y sociales del proceso reproductivo. En cualquier caso, la indudable multiplicación de los roles parentales que ponen en marcha algunas técnicas de reproducción asistida induce a interrogarse sobre el modelo de familia al que tales técnicas pueden dar origen. Con otras palabras: ¿de quién es hijo, por ejemplo, el niño nacido mediante la donación de gametos o bien el niño dado a luz por una «madre subrogada»? Estas preguntas, para las cuales se puede, en el caso límite, imaginar una respuesta por vía legislativa,<sup>18</sup> plantean el problema decisivo de la definición de los roles parentales en todas sus dimensiones (psicológica, social, legal). A este propósito, es interesante observar que la pareja estéril puede vivir los problemas de la esterilidad y de la procreación conforme a dos diferentes modalidades, cada una de las cuales está estrechamente ligada a una diversa configuración de la familia. Puede suceder que los problemas de los que nos estamos ocupando sean enfrentados de manera privada, esto es, en el ámbito de ese sistema familiar autorreferencial y cerrado descrito por el enfoque de «comunicación» de Luhmann;<sup>19</sup> paradóji-

camente, sin embargo, en nuestra realidad social y cultural a una progresiva privatización de los comportamientos familiares parece corresponder una «publicitación» contemporánea de la familia, esto es un aumento de intervenciones y regulaciones del Estado respecto de la familia misma.<sup>20</sup>

En esta perspectiva, entonces, el recurso a las biotecnologías, sobre todo en el aspecto institucional (relación usuarios/sistema sanitario) podría verse como un ejemplo de esa relación paradójica entre lo público y lo privado que caracteriza a la sociedad actual.

En cambio, es posible que la pareja tenga que hacer frente al problema de su propia esterilidad y a la decisión de acudir a las técnicas de reproducción asistida dentro de una sólida red de relaciones primarias y secundarias.

Esto favorecerá, probablemente, una visión «relacional» de las dinámicas familiares y un acercamiento a las biotecnologías particularmente atento a las relaciones entre todos los actores en juego (relación de pareja, relación madre-hijo, pareja-donador, pareja-médico).

Por último, puede ser útil reflexionar sobre el hecho que el desplazamiento del proceso reproductivo desde el contexto familiar a un ámbito institucional (el sistema sanitario), que se verifica con la utilización de las técnicas de procreación asistida, parece hurtar a la familia la función social de reproducción de la sociedad, tal como se esboza en la visión funcionalista.<sup>21</sup>

En realidad, ésta se presenta como una simple hipótesis teórica, que está aún por comprobarse.

Para ahondar en el impacto de estos procedimientos en la pareja, hay que tomar en consideración, después, algunos elementos, consistentes en la modalidad de comprobación de la esterilidad, en el grado de elaboración y aceptación de la esterilidad misma y en el concreto transcurso, recorrido tanto individualmente como en la relación de pareja, para llegar a la decisión de recurrir a las biotecnologías.

Además, es necesario tratar de comprender qué imagen de la maternidad y la paternidad se han construido las parejas estériles. A este fin pueden ser de gran ayuda las investigaciones encaminadas a evidenciar las características estructurales, psicológicas y sociales de tales parejas y, más en particular, de las parejas que acuden a las técnicas de reproducción asistida.

Podemos recordar a este propósito cuatro investigaciones italianas relacionadas con estos temas: en orden cronológico, una investigación llevada a cabo en el Hospital Santa Ursula de Bolonia entre 1983 y 1984,<sup>22</sup> un estudio del I.S.P.E.S. de julio de 1990,<sup>23</sup> una encuesta hecha entre 1989 y 1991 en algunos centros públicos y privados de Emilia Romagna<sup>24</sup> y, finalmente, una encuesta efectuada entre los meses de abril y junio de 1992 en siete centros para el diagnóstico y el cuidado de la esterilidad, de los cuales dos se encuentran en Milán, tres en Roma y dos en Bari; cuatro de tales centros son públicos y tres son privados.<sup>25</sup>

No nos es posible exponer en este estudio, de manera extensa los resultados de tales investigaciones; por eso, nos limitaremos a evidenciar sus principales características metodológicas y poner de relieve las áreas temáticas exploradas por cada una de ellas. La primera investigación, llevada a cabo en el Servicio de Fisiopatología de la reproducción del Hospital Santa Ursula de Bolonia mediante la distribución de un cuestionario estructurado (es decir, con una serie preestablecida y fija de preguntas) a todas las parejas que se dirigieron al citado servicio para informarse y/o ser admitidas al programa de F.I.V.E.T. en el transcurso del primer año de actividad del programa mismo en Emilia Romagna (15 de septiembre de 1983 — 15 de septiembre de 1984), no llegó a verificar la hipótesis de trabajo subyacente —esto es, la posibilidad de definir un modelo italiano de la pareja estéril que se enfrenta, según modalidades específicas, con las nuevas técnicas de reproducción humana y los problemas éticos que llevan aparejados—, pero de todos modos proporcionó un útil material cognoscitivo sobre las características demográficas y socioeconómicas de la porción de población interesada y sobre las actitudes y los comportamientos relativos a la relación con las tecnologías substitutivas de la concepción natural.

La encuesta del I.S.P.E.S., dirigida por Adela Imperio, se trata de un estudio que analiza los resultados alcanzados, en varios países, por las diversas técnicas e ilustra de manera específica los resultados de los tratamientos F.I.V.E.T. y G.I.F.T. aplicados en cuatro centros italianos (tres públicos y uno privado, situados en Bolonia, Milán y Roma). Esta investigación contiene también una información exhaustiva sobre los avances de la legislación italiana en materia de procreación.

La tercera investigación, iniciada a finales de octubre de 1989 y concluida en el curso de 1991, se proponía reconstruir el estado actual de la

demanda de fecundación asistida en Emilia Romagna y de las modalidades de respuesta de los servicios. A tal fin, se entrevistó a agentes sanitarios (ginecólogos, andrólogos, psicólogos, enfermeras...) directamente comprometidos en los servicios de reproducción asistida o que desempeñan otras actividades de diagnóstico y terapéuticas vinculadas con la obstetricia y la ginecología en nueve centros, algunos públicos y otros privados, de Emilia Romagna, y parejas estériles ya en tratamiento en estos centros o no orientadas todavía respecto de las posibles opciones destinadas a superar el problema de la esterilidad. Mientras las entrevistas a los agentes sanitarios se efectuaron mediante un cuestionario por correo, las entrevistas a las parejas fueron tanto de tipo estructurado (a base de un cuestionario estructurado) como de tipo semiestructurado (basadas en un simple esbozo de entrevista). Estas últimas, a su vez, se llevaron a cabo desde una perspectiva de lectura tanto sociológica como psicológica.

La última encuesta, referida a una muestra de 313 sujetos en tratamiento en los centros interesados, se efectuó mediante un cuestionario estructurado; se buscó, en lo posible, entrevistar contextualmente y por separado a ambos miembros de la pareja, con el fin de evidenciar y comprender analogías y diferencias en las modalidades con que el hombre y la mujer perciben y elaboran el problema de la esterilidad; hay que hacer notar, sin embargo, que con frecuencia la mujer no estaba acompañada del compañero, y esto explica que predominara el elemento femenino en la muestra examinada, que resulta por tanto formada por 113 hombres y 200 mujeres. Se entrevistaron pues 113 parejas y 87 mujeres sin compañero en el momento de proporcionar el cuestionario.

Llegados a este punto, es inevitable preguntarse qué induce a las parejas estériles que acuden a las tecnologías de procreación asistida a buscar un hijo «propio» a toda costa, más que a recurrir a la adopción. La explicación hay que buscarla probablemente en un complejo entramado de factores psicológicos, familiares, ambientales y culturales que valdría la pena ahondar, también en este caso, mediante investigaciones empíricas, tratando de aclarar la importancia del vínculo de sangre en nuestra sociedad y en nuestra cultura familiar. Establecido, de todos modos, el interés de la pareja por tener un hijo «mediante una práctica», habrá que confrontar ese interés con los intereses de todos los sujetos implicados, esto es el hijo, el eventual donador, el personal médico. Pero, antes de abordar una cuestión tan delicada, no podemos dejar de plantearnos el

problema de la reglamentación del acceso a las tecnologías de procreación asistida, es decir: ¿a estos procedimientos pueden recurrir solamente las parejas regularmente casadas o también las parejas de hecho?

Reservándonos examinar más adelante las soluciones adoptadas en materia del ordenamiento jurídico italiano y volviendo al tema que estamos tratando, es tal vez demasiado obvio observar que son frecuentes las posibilidades de conflicto entre los intereses y/o los derechos de los actores de un procedimiento de procreación asistida.

Resulta crucial, a nuestro parecer, la confrontación entre un hipotético «derecho a la maternidad» y el derecho del que va a nacer a ambos progenitores. Si, en efecto, se considera configurable un auténtico «derecho a la maternidad», como expresión de la plena realización de la multifinalidad evolutiva de la mujer,<sup>26</sup> hay que reconocer también a las mujeres solas o sin una relación estable de pareja la oportunidad de recurrir a las tecnologías.<sup>27</sup>

Si, en cambio, se pretende acentuar la dimensión relacional de la pareja y de la familia y el derecho del niño a nacer en una familia con ambos progenitores, no se puede admitir, evidentemente, el uso de las técnicas de reproducción asistida por parte de los individuos en particular.<sup>28</sup>

## **La relación entre sistema sanitario y usuarios**

Otro aspecto importante que contribuye a delinear la imagen de la pareja que acude a las tecnologías de procreación asistida lo representa la relación entre la pareja misma y la institución sanitaria. Para comprender esa relación, es oportuno recordar la definición, anteriormente enunciada, de la esterilidad como enfermedad, y aludir a algunos de los problemas que plantea. En primer lugar, la ecuación: esterilidad = patología lleva a considerar las técnicas de reproducción asistida como terapia de la esterilidad misma; en realidad, sin embargo, el recurso a las biotecnologías permite sólo superar temporalmente y no acabar de manera definitiva con la imposibilidad de procrear, en cuanto que no elimina la causa de la esterilidad. Haciéndolo así, ¿no se corre el riesgo de atribuir al hijo concebido mediante estas técnicas, en último análisis, el significado de «curación» de una disfunción psicofísica o de relación?

En segundo lugar, una lectura en clave exclusivamente médica o médico-patológica de eventos como la esterilidad, la concepción, el embarazo y el parto (aunque se podrían hacer observaciones análogas, por ejemplo, a propósito de la vejez o de la discapacidad), tal como hemos tenido ocasión ya de subrayar anteriormente, parece congruente con esa gradual medicalización de la existencia que caracteriza a nuestra sociedad y que comporta una «delegación» en el aparato sanitario y científico respecto de los ámbitos y momentos decisivos de la vida humana.<sup>29</sup>

Las consecuencias de esta delegación pueden verse en una falta de responsabilización de los sujetos que acuden al médico, al técnico, para obtener respuestas a un problema —la imposibilidad de concebir— que puede incluso no ser orgánico, sea en una cierta discrecionalidad (en los límites, obviamente, del diagnóstico de esterilidad presentado por los pacientes) por parte del médico o en la elección del procedimiento más idóneo en cada caso, discrecionalidad basada en el supuesto paternalista de que sólo el médico es capaz de decidir lo que sirve al bienestar de sus pacientes. Por otro lado, debemos tener presente también la opinión contraria de los que han visto y ven en el recurso a los procedimientos de procreación asistida un momento significativo de ejercicio de la maternidad y de la paternidad responsable.

Por lo demás, la intermediación concreta del médico en la relación de pareja —la ejecución del procedimiento— implica, por una parte, el riesgo de enfatizar el problema de la esterilidad y, en el límite, la aparición de un sentimiento de frustración en el compañero estéril; y por otra, el riesgo de la «sensación de omnipotente» del médico, dotado de instrumentos y de conocimientos capaces de vencer a la naturaleza.

Bajo el perfil organizativo e institucional, hay que recordar que en Italia las tecnologías de procreación asistida son actualmente utilizadas tanto en los centros públicos como en los centros privados: sin embargo, una circular del Ministro italiano Degan, fechada el 10 de marzo de 1985, autoriza la inseminación artificial en las instituciones públicas sólo con la condición de que sea homóloga y sólo en favor de parejas regularmente casadas. Por consiguiente, quienes necesitan otras técnicas, o bien las parejas no casadas, deben dirigirse necesariamente a centros privados, en una situación casi de clandestinidad, puesto que el Estado no ejerce sobre tales centros forma alguna de control. Entre paréntesis,

nos parece útil llamar la atención sobre la cuestión de la necesidad y de las modalidades de reglamentación también de las estructuras privadas que practican la reproducción asistida. Vale la pena interrogarse sobre la calidad del servicio proporcionado por los centros, tanto por lo que se refiere a la información médico-científica, cuanto por lo que concierne a la asesoría genética y psicológica dirigida a las parejas que pretenden utilizar las tecnologías de procreación asistida.

Otro problema, no menos importante, lo representa el costo de tales procedimientos, problema agravado por el hecho de que no todas las Regiones han estipulado convenios con el Servicio Sanitario Nacional (S.S.N.) para proporcionar gratuitamente prestaciones de este tipo. Un razonamiento aparte merecen los «bancos de semen», cuya creación ha puesto particularmente de relieve la figura del donador, en relación tanto con la institución sanitaria como con la pareja receptora. Según una visión generalmente compartida, en ambos casos es oportuno —por motivos fácilmente comprensibles— que la relación esté basada en la gratuidad y el anonimato, aunque dentro de los límites permitidos por las indispensables garantías médicas.

Por último, es interesante hacer notar que, como ha afirmado algún autor,<sup>30</sup> el encuentro entre la demanda (por parte de las parejas estériles) y la oferta (por parte de los centros y de los bancos de semen) de reproducción asistida parece haber dado lugar a un auténtico «mercado», con reglas precisas (cuyo análisis es preferible remitir a otro lugar).

### **La procreación asistida, el niño y sus derechos**

Debemos ocuparnos ahora del que habría de ser considerado, a nuestro parecer, como el sujeto central de todo el proceso de procreación asistida, esto es, el niño; sujeto más bien pasado por alto por la literatura que se ocupa del tema de la procreación. A tal fin, no parece posible prescindir de una análisis del significado del hijo en nuestra realidad social, para poder ser capaces de evaluar el impacto de las tecnologías de procreación asistida en la definición de ese significado.

La actual cultura familiar parece cada vez más claramente basada en esa actitud que podemos llamar puerocentrismo, actitud que, por un lado puede comportar una mayor atención para con el niño y sus exigencias

materiales, psicológicas y afectivas, pero por el otro puede adoptar las características del replegamiento narcisista. En este segundo caso, el hijo acaba por representar una forma de realización del adulto y por ser sujeto sólo en cuanto objeto de gratificación del adulto progenitor<sup>31</sup> convirtiéndose así en el término de la acción y del deseo del adulto mismo.

En la perspectiva «puerocéntrica» comúnmente compartida, los hijos deben venir sólo y en cuanto son deseados, y además, todo hijo deseado debe nacer; por consiguiente, parece casi inevitable el paso del reconocimiento del deseo de un hijo a la afirmación de un auténtico «derecho al hijo». Desde este punto de vista, las técnicas de reproducción artificial, nueva respuesta tecnológica al problema de la esterilidad, han contribuido a hacer explícita y a acentuar esta reivindicación del «derecho al hijo». Esta reivindicación y el recurrir a las tecnologías de procreación asistida —recurso que involucra directamente y de manera casi exclusiva, en el desarrollo concreto del procedimiento, sólo a la mujer— pueden implicar el riesgo de una fragmentación en diadas puramente comunicativas (madre/hijo, padre/hijo) de la experiencia de vida parental y de las relaciones familiares, y la negación consiguiente de la fundamental dimensión relación de la familia. La necesidad de recuperar, en la consideración de la genitorialidad y de la familia, una perspectiva relacional y la exigencia, a la que aludíamos hace poco, de poner en el centro de todo el proceso de reproducción asistida al niño y sus derechos,<sup>32</sup> requieren una confrontación leal entre el derecho de la pareja a ser padres y los derechos del niño. Entre estos derechos cobran particular relieve la protección de la salud del que va a nacer, el derecho a conocer sus orígenes, el derecho a tener ambos progenitores y el derecho a la familia y a la plena vida de relación.

La protección de la salud del que va a nacer, aun sin minusvalorar un posible peligro de eugenismo que subyace en ella, implica un uso de las técnicas de reproducción asistida como instrumentos para eliminar enfermedades hereditarias. El derecho a conocer sus orígenes —esto es, el derecho de todo ser humano y, por tanto, también del «hijo del F.I.V.E.T.»—, a conocer la verdad respecto del nacimiento propio y la identidad de sus progenitores biológicos— podría entrar en conflicto tanto con el derecho al secreto de los padres, cuanto con el derecho del

anonimato del eventual donador (es emblemático el caso de una rara enfermedad del hijo que obligara a buscar al padre biológico).

Finalmente, el derecho a ambos padres y el derecho a una vida de relación plena implicarían, cuando fuera reconocida su prioridad, la prohibición de acceder a las técnicas de procreación asistida por parte de individuos en particular, y la necesidad, en caso de un procedimiento heterólogo, de manifestar un consentimiento pleno, informado e irrevocable de ambos miembros de la pareja, a fin de asegurar la acogida total del niño que va a nacer.

En todas estas hipótesis, es de desear, conforme a lo que hemos tenido ya ocasión de afirmar, la definición de reglas y de prioridades éticas y jurídicas que puedan ayudar a superar los conflictos entre los diversos derechos y los intereses implicados. Y es probablemente en este terreno en el que se juega y se jugará el desafío fundamental de la procreación asistida.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> Estos datos sobre la esterilidad han sido tomados de MARRAMA, P., CARANI, C., PASINI, W., BALDARO VERDE, J. (a cargo de), *L'inseminazione della discordia*, Milán: Franco Angeli, 1987 y de MENGARELLI, M., *Produrre la riproduzione?*, Palermo: Fondazione per gli Studi sulla riproduzione umana, 1986. Hay que señalar, no obstante, que se trata de datos no ciertos: según otros autores, en efecto, el porcentaje de las parejas estériles alcanzaría el 28-30 por ciento. Véase, en este sentido: MELUCCI A. *Libertà che cambia. - Un'ecologia del quotidiano*, Milán: Edizioni Unicopli, 1987: 1-2; y AA. VV., *Libro bianco sulla riproduzione assistita*, Edizioni SIFES, 1991: 5.

<sup>2</sup> CITTADINI, E., 1983-1988: *la FIVET ed il GIFT in Italia: problematiche organizzative ed aspetti etici*, en CEFALÚ, E., FERRARETTI, A.P., GIANAROLI, L., PALERMO, R., (a cargo de), *Evoluzione delle tecniche FIVET e GIFT*, Palermo: Serono, 1988: 13.

<sup>3</sup> BIMBI, F., *La regolazione sociale tra mercato e diritto: un approccio microprocessuale alla riproduzione artificiale*, *Transizione*, 1989, 13/14: 143-144.

<sup>4</sup> SGRECCIA, E., *Manuale di bioetica*, Milán: Vita e Pensiero, 1989: 289.

<sup>5</sup> BIMBI, *La regolazione...*, p. 114.

<sup>6</sup> Véase, en este sentido, por ejemplo CITTADINI, 1983-1988: *La FIVET...*, p. 11.

<sup>7</sup> Entre los autores que han defendido este punto de vista, recordemos, por ejemplo: MENGARELLI, M., *L'accettabilità sociale della riproduzione assistita*, *Transizione*, 1989, 13/14: 182; BIMBI, F., *La riproduzione artificiale come costruzione sociale*, en: DI MEO, A., MANCINA, C. *Bioetica*, Bari: Laterza, 1989; DONATI, P., *La famiglia come relazione sociale*, Milán: Franco Angeli, 1989: 305 ss.

- <sup>8</sup> DONATI., *La famiglia come...*, p. 204.
- <sup>9</sup> BIMBI, *La riproduzione artificiale come costruzione...*, p. 324.
- <sup>10</sup> MENGARELLI, M., *La sociologia e le «riproduzioni assistite»*, anexo al informe del Prof. FLAMIGNI, C., *Tecniche di manipolazione della fertilità*, mecanografiado: 1-2.
- <sup>11</sup> Véase, por ejemplo, BALDARO VERDE, J., *Avere un figlio o essere genitori?*, en: MARRAMA, P., CARANI, C. PASINI, W., BALDARO VERDE, J. (a cargo de), *L'inseminazione della discordia*, Milán: Franco Angeli, 1987: 115 ss.
- <sup>12</sup> MENGARELLI, *La sociologia...*, pp. 18 ss.
- <sup>13</sup> BIMBI, *La riproduzione artificiale come costruzione...*, p. 327.
- <sup>14</sup> Propuesta de ley del 5 de julio de 1990, ZUFFAI y otros, *Informe introductorio*. El texto de la propuesta de ley se puede leer en el volumen *Riproduzione umana assistita ed embriologia*, a cargo del SERVICIO DE ESTUDIOS DEL SENADO DE LA REPÚBLICA, Oficina de Investigaciones en el Sector Social, Roma, marzo de 1991, que incluye todas las medidas y propuestas legislativas en materia de procreación.
- <sup>15</sup> Véase, en este sentido, por ejemplo el famoso Informe Warnock en el volumen *Fecondazione umana ed Embriologia nel Regno Unito*, a cargo del SERVICIO DE ESTUDIOS DEL SENADO DE LA REPÚBLICA, Oficina de Investigaciones en el Sector Social, Roma, noviembre de 1991.
- <sup>16</sup> El Magisterio católico ha expresado una valoración esencialmente negativa o, por lo menos, bastante problemática, aun cuando con matizaciones diversas respecto de las varias técnicas de reproducción asistida hoy más difundidas. Remitimos a este propósito particularmente a la lectura de la *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*, emanada por la CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE el 22 de febrero de 1987.
- <sup>17</sup> Una actitud substancialmente neutral respecto del recurso a las técnicas de reproducción asistida parece surgir, aunque no en sentido explícito, de la reciente investigación llevada a cabo en Emilia Romagna: VENTIMIGLIA, C. (a cargo de), *La procreazione medicalmente assistita in Emilia Romagna. Indagine sulla domanda e sulla risposta dei servizi*. Università degli Studi di Parma, Istituto di Sociologia, 1992.
- <sup>18</sup> SBISA, M., *La riproduzione artificiale tra filiazione sociale e filiazione billogica*, en VENTIMIGLIA, C. (a cargo de), *La famiglia moltiplicata*, Milán: Franco Angeli, 1988: 145 ss.
- <sup>19</sup> LUHMANN, N., *Il sistema sociale famiglia*, *La ricerca sociale*, 1989, 39: 237.
- <sup>20</sup> DONATI, *La famiglia come...*, pp. 33 ss.
- <sup>21</sup> PARSONS, T., BALES, R., *Famiglia e socializzazione*, Milán: Mondadori, 1974: 22 ss.
- <sup>22</sup> Los resultados de esta encuesta los refiere MENGARELLI, *Produrre...*
- <sup>23</sup> IMPERIA, A. (a cargo de), *Madri ad ogni costo - Ricerca sulle tecniche vedi il mercato della riproduzione artificiale*, Roma, Ispes, 1990.
- <sup>24</sup> VENTIMIGLIA, *La procreazione medicalmente...*
- <sup>25</sup> BLANGIARDO, G., ROSSI, G., *Viaggio tra le contraddizioni del comportamento riproduttivo: dal rifiuto alla ricerca del figlio "a tutti i costi"*, en DONATI, P. (a cargo de), *III Rapporto sulla famiglia in Italia*, Cinisello Balsamo: Edizioni Paoline, 1993.
- <sup>26</sup> MANGHI, S., *Il gatto con le ali. Ecologia della mente e delle pratiche sociali*, Milán: Feltrinelli, 1990: 38 ss.

<sup>27</sup> En este sentido se ha manifestado, por ejemplo, el legislador español, en la Ley del 22 de noviembre de 1988, n. 35 sobre las técnicas de reproducción asistida.

<sup>28</sup> Véanse en este sentido las aportaciones de RODOTA, S., *Regole, valori, diritti* y de BIMBI, F., *La regolazione sociale tra mercato e diritto: un approccio microprocessuale alla riproduzione artificiale*, Transizione, 1989: 13/14.

<sup>29</sup> DONATI, *La famiglia come...*, pp. 306-307.

<sup>30</sup> Véase por ejemplo BIMBI, *La regolazione...*

<sup>31</sup> SCABINI, E., *Bambini come figli*, en: LONGO CARMINATI, V., COSTANTINO, V. (a cargo de), *Essere bambini oggi*, Milán: Vita e Pensiero, 1992: 28 ss.

<sup>32</sup> CAMPANINI, G., *Riflessioni sociologiche sulle nuove prospettive della riproduzione umana*, La Famiglia 1985, 111: 66.

# La mujer y su función

*Felice D'Onofrio\**

## **Resumen**

*La función de la mujer es sometida a discusión con base en observaciones científicas que ponen de relieve las particularidades biológicas del sexo femenino y, por tanto, las potencialidades reales en el respeto de su identidad.*

*A lo largo de la vida se llevan a cabo notables variaciones de las diversas hormonas sexuales femeninas, con claras repercusiones sobre el equilibrio existente con las otras actividades hormonales, en relación con la función portadora representada por la fertilidad.*

*En el campo de la procreación, la función de la mujer supera ampliamente a la gestación incluso por transmisión unilateral de algunas unidades subcelulares (mitocondrias), y por el influjo que el complejo somato-psíquico materno tiene en las primeras fases de la vida embrional.*

*Con base en estas observaciones se subrayan las responsabilidades de la mujer al cumplir con la función procreativa a la que está específicamente llamada.*

*En el ámbito de la vida de relación, parece oportuno sopesar además las influencias negativas que la vida moderna puede tener sobre la feminidad y, al propio tiempo, la responsabilidad de la sociedad tecnológica actual, al proponer a la mujer funciones que a veces violentan las prerrogativas fisiológicas.*

\* Catedrático de Clínica Médica, Universidad de los Estudios, Nápoles

En la inevitable confrontación de opiniones sobre la función de la mujer, han salido a la luz aspectos y prospectivas para una mayor valoración de la misma en el contexto sociocultural de nuestro tiempo, aun cuando a veces, sin embargo, se ha enfatizado el aspecto reivindicativo y se ha provocado el enfrentamiento. De ello se deriva que no siempre se ha captado el alcance real del problema ni menos aún los límites naturales en los que puede ser discutido. A menudo, al sexo no se le considera bajo el aspecto fisiológico, el cual, no obstante, sigue estando en la base de las características así como de algunas capacidades operativas específicas que distinguen mejor al hombre y a la mujer.

Las relaciones entre sexualidad y procreación, la conducción del embarazo, la crianza del niño, los aspectos psicológicos, educativos y afectivos propios de la función materna, y no en último término la misma reactividad femenina en el período fértil a los impactos con el mundo exterior, son todas realidades inmodificables que deben ser tenidas en cuenta cuando se quiere discutir la función de la mujer. Precisamente en la investigación de una identidad más idónea de la feminidad hay que tener presentes los diversos estudios y los movimientos de opinión, que expresan muy claramente el trabajo del mundo femenino en el momento de la transición desde una sociedad predominantemente machista a otra que se caracteriza más acertadamente por la igualdad de los sexos.

En el campo de la función específica de la mujer, como es el de la procreación y de la maternidad, la ciencia ha llegado a niveles que han superado ampliamente los relatos de ciencia ficción de hace apenas unas décadas.

Pero precisamente por la conciencia de los riesgos vinculados a un incontrolado desarrollo científico, especialmente cuando se investiga sobre el misterio de la vida, se ha empezado a meditar sobre una verdad de perogrullo: la casualidad es uno de los elementos fundamentales del ciclo biológico y del ecosistema que regula las relaciones en el universo entero.

Lo que interesa más, sin embargo, es que precisamente en las mujeres, aparte de una cierta desaparecida disonancia que querría llegar a la liberación de la maternidad, emerge cada vez más vivo el deseo de la reapropiación plena de la maternidad, la cual, lejos de ser índice de opresión femenina, representa la función fisiológica que la caracteriza plenamente.

## Sexualidad femenina y menopausia

Más allá de las opiniones, de los puntos de vista o de las diversas expresiones de cultura y mentalidad de nuestro tiempo, la biología enseña que más de la mitad de la vida de la mujer está bajo la estrecha dependencia de las variaciones hormonales vinculadas con el ciclo reproductivo. Desde el nacimiento y hasta el climaterio, se observan en la mujer notables fluctuaciones de las hormonas sexuales en orden a la función procreativa que implica a una gran parte de su vida y que expresa plenamente la femineidad. Desde el nacimiento y hasta la pubertad se observan, en efecto, fluctuaciones de las gonadotropinas, de los estrógenos y de los andrógenos que van aumentando cada vez más en amplitud;<sup>1</sup> durante la fase fértil los niveles hormonales muestran en cambio los comportamientos característicos del ciclo menstrual, en el sentido de que se observa la variación del equilibrio entre las hormonas en el curso de los días del mes, en relación con el flujo menstrual.<sup>2</sup>

Con el climaterio la actividad ovárica se apaga progresivamente y la secreción de los estrógenos se reduce casi completamente, mientras continúa la de testosterona y de andrógenos.<sup>3,4</sup>

Considerando las estrechas relaciones existentes entre las hormonas sexuales y los otros sistemas hormonales, relaciones fundamentales en la base del desarrollo normal y maduración del organismo entero, es posible afirmar que todo el complejo psicosomático de la mujer en el período puberal y fértil está orientado a la función procreativa. A subrayar el papel esencial y preponderante del sexo femenino en la procreación, aparte del embarazo, están los resultados de investigaciones más bien recientes sobre la herencia citoplasmática o uniparental. Tal herencia, llamada también materna, es transmitida según reglas no mendelianas, esto es, sólo la madre transmite el ADN mitocondrial a la progenie de ambos sexos. Se trata de una herencia diversa tanto de la autosómica como de la ligada a cromosomas sexuales.<sup>5</sup>

La causa de esta discriminación sexual no está clara todavía, pero se sabe que antes de la fecundación la ovocélula es muy rica en mitocondrias, mientras que en los espermatozoides tales orgánulos son escasos. La pequeña cantidad de ADN mitocondrial paterno que entra en la ovocélula es degradada y de todos modos resulta incapaz de multiplicarse.<sup>6</sup>

Estas observaciones hacen considerar al ADN mitocondrial materno como un documento histórico, puesto que el estudio de su comportamiento ha contribuido al conocimiento de la historia y la evolución de nuestra especie: permite construir los árboles filogenéticos de las diversas razas.<sup>7</sup> Parece, en efecto, que ADN mitocondriales observados en un continente son afines y además los ADN mitocondriales de todos los continentes se remontarían a una o pocas cepas fundamentales.<sup>8</sup>

El ADN mitocondrial nos cuenta así la historia biológica de la humanidad a través de la mujer.

Estas interesantes observaciones ponen cada vez más en evidencia el papel de la mujer en la procreación, tanto más cuanto que las mitocondrias, al ser los orgánulos esenciales para la oxidación de los diversos substratos, representan el asiento preferente de múltiples secuencias metabólicas que concurren al balance energético de la célula.

Eva, la madre de los vivientes (Gen 3,20), cuyo nombre explicado por la raíz hebrea «Hajah» significa vida, expresa plenamente la función primaria de la mujer de dar vida. A distancia de milenios, la ciencia puede decir que ese apelativo es por demás preciso puesto que, si es indispensable la fusión del patrimonio cromosómico masculino y femenino para hacer que prenda la llama de la vida, por obra de los solos cromosomas maternos es proporcionada la energía necesaria para el sucesivo desarrollo, división y diferenciación celular.

## **Gestación y responsabilidad de la madre**

La influencia que tiene la función materna en el desarrollo del feto y en las varias fases de desarrollo del niño es un dato que en modo alguno puede ser pasado por alto. En el embarazo la mujer establece con el feto que se desarrolla en su seno una relación estrechísima, puesto que se da una interacción madre-hijo en la que la producción hormonal y todas las variaciones bio-humorales maternas influyen profundamente en la actividad espontánea fetal. Se deriva, por tanto, la importancia de la responsabilidad de la madre en la fecundación y en la conducción del embarazo, puesto que todo el desarrollo del nuevo ser desde la primera célula y hasta el parto se hace realidad de un modo que sólo a ella influencia y conduce.

En este sentido revisten un relieve particular las alteraciones del producto de la concepción debidas a estados tóxicos de los padres, tales como el alcoholismo, el tabaco o la toxicodependencia.

Dada la estrecha relación entre madre y feto y las influencias maternas sobre los diversos ritmos circadianos del feto,<sup>9</sup> hay que subrayar algunos daños producidos por estos estados de intoxicación en la mujer gestante.

Se ha hecho toda una serie de observaciones científicas que demuestra claramente las alteraciones producidas por el alcohol en el feto: retraso del crecimiento, microcefalia, defectos cardíacos, anomalías auriculares, malformaciones cerebrales,<sup>10</sup> efectos teratogénicos,<sup>11</sup> retraso mental.<sup>12</sup>

El humo en el embarazo puede ser causa de daños graves: desprendimiento de la placenta, aborto, nacimientos prematuros,<sup>13</sup> defectos cardíacos y cerebrales.<sup>14,15</sup> Todo esto es consecuencia del paso transplacentario de la nicotina (reducción del flujo hemático y aumento de la carboxihemoglobulina fetal), con la consiguiente reducción de la saturación de oxígeno.

En un estudio organizado por la *Oxford Family Planning Association*<sup>16</sup> se ha observado que cuanto más alto es el consumo de cigarrillos diarios menos fértil es la mujer y los dos datos están en estrecha relación lineal. La interferencia del tabaco en el ordenamiento hormonal es demostrado, además, por el hecho de que es más precoz la edad de menopausia natural en las grandes fumadoras.

Y no hay que silenciar tampoco que la absorción de alcohol y de tabaco puede interferir negativamente en las defensas inmunitarias, y ser por lo tanto un factor de riesgo para el SIDA; ni que el humo y el alcohol pueden interferir con el sistema de los opiodeos endógenos (endorfinas) y exige una terapia de la toxicodependencia más difícil, como resultaría también de algunos datos personales.<sup>17</sup>

Entre tantos daños orgánicos producidos por el hombre hay que mencionar además los consiguientes al no amamantamiento: la diabetes,<sup>18</sup> la obesidad,<sup>19</sup> alteraciones de las hormonas gastro-intestinales,<sup>20</sup> además de esa fallida relación inconmensurable que se crea entre la madre y el hijo en su regazo, cuyo daño psicológico nadie será capaz nunca de calibrar y que podrá manifestarse en el hijo a corto, a largo y a veces a larguísimo plazo.

De notable interés parecen, además, las investigaciones llevadas a cabo en forma experimental sobre el *imprinting* del cerebro sexual por parte de la testosterona en las primeras semanas de vida intrauterina para el acondicionamiento futuro de la sexualidad del varón. Tal *imprinting* durante la vida fetal parece que está notablemente condicionado por estrés sufridos por la madre durante el embarazo, los cuales provocan una falta de elevación de los niveles de testosterona necesarios para el desarrollo futuro de la sexualidad,<sup>21</sup> con la posibilidad de que se modifique incluso la orientación sexual del hijo durante el tiempo de la vida de relación.<sup>22</sup>

Es fácil de entender cuánta importancia revisten los estrés a los que hoy tan fácilmente se enfrentan las mujeres durante el embarazo, bien por la convulsionada vida moderna o por el destacado hedonismo ampliamente difundido en todos los estratos de la vida social.

### **Función femenina y vida de relación**

Hablando de estrés hay que considerar, además, las influencias que éstos pueden tener sobre el mismo físico de la mujer y sobre su vida de relación.

Como consecuencia de traumas psíquicos, se han descrito amenorreas y trastornos menstruales;<sup>23</sup> en mujeres en edad púber se han descrito con notable frecuencia desórdenes menstruales consecuentes a problemas emocionales;<sup>24</sup> durante el último conflicto mundial fueron numerosos los casos de amenorrea derivados de los estrés bélicos;<sup>25,26</sup> y se observan frecuentemente casos de amenorrea en mujeres encarceladas.<sup>27,28</sup>

El mecanismo patogenético de tales alteraciones sería atribuible, según el ya citado Rakoff, a los estímulos hipotalámicos consecuentes a los estrés, con consecuencias negativas sobre las gonadotropinas y/o sobre el sistema nervioso neurovegetativo.

Las relaciones entre variaciones hormonales cíclicas, emotividad, sistema neurovegetativo y comportamiento de la mujer son claramente superiores a lo que pudiera pensarse, de manera que es deseable que se lleva a cabo una ulterior profundización, a fin de enmarcar mejor los papeles que nuestra época ofrece a la mujer y evaluarlos en relación incluso con los límites que la misma feminidad pone en el ámbito de la

fisiología propia del sexo. A este respecto, parecen interesantes algunas observaciones<sup>29</sup> sobre la eficiencia de la mujer, en relación con la capacidad que tiene de compensar las grandes dificultades derivadas del trabajo o del estado social.

Se ha puesto de relieve, por ejemplo, un aumento de la incidencia de infortunios durante la premenstruación y la menstruación. Además, el evento menstrual podría inducir, especialmente en la fase premenstrual, una tensión condicionante del comportamiento del sujeto incluso en las relaciones sociales. En mujeres deportistas se ha observado, efectivamente, un comportamiento que condiciona el evento competitivo cuando este coincide con la premenstruación y/o la menstruación.<sup>30</sup>

Acerca de las relaciones entre actividad deportiva y feminidad, mientras por algunas investigaciones parecería que en las mujeres deportistas puede observarse un *status* que se adhiere a los esquemas tradicionales,<sup>31</sup> por otras, en cambio, habría un mayor acercamiento al mundo masculino. Según Salvini, en efecto, el índice de feminidad sería inferior en las mujeres atletas,<sup>32</sup> las cuales podrían presentar para algunos deportes características de personalidad referibles a la androginia.<sup>33</sup>

Indudablemente, la diversa función fisiológica del varón y de la mujer, con todo el conjunto somatopsíquico, está en la base de las diferentes prestaciones y capacidades de los sexos, y esto, lejos de ser una discriminación, representa la especificidad y la importancia del sexo.

En nuestra época, so capa de una no bien definida igualdad de los sexos, se esgrime con frecuencia una problemática que tiene más sabor populista o reivindicativo y que no tiene en cuenta el verdadero fin al que hay que tender: la absoluta paridad en el respeto de las características propias de cada individuo en particular.

Cualquier realización que no respete tal verdad fundamental no puede estar destinada a buen fin y, por otro lado, las expresiones de degradación de la sociedad y sobre todo las neurosis y las alteraciones psíquicas, son la prueba clamorosa de lo que se podría definir directamente como la discriminación del individuo en cuanto que se violentan sus prerrogativas fisiológicas.

En la reevaluación de los papeles, creo que el de la mujer, como la fisiología nos enseña, debe ser considerado incluso preeminente, porque cualquier desarrollo y devenir de una sociedad no puede prescindir

absolutamente de la continuación de la especie en el continuo renovarse de las generaciones. En esta tarea básica a la que está llamada la humanidad, la mujer ocupa un puesto fundamental, porque a ella se le ha concedido concebir, modelar y seguir en los primeros pasos a la criatura.

Sólo en el respeto de las leyes naturales el hombre podrá recobrar su equilibrio y no habrá daño para la estirpe de la humanidad en el surco de un progreso que tenga siempre en cuenta la dignidad de las criaturas.

### Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> REBAR, R.W., YEN, S.S.C., *Endocrine rhythmus in gonadotropins and ovarian steroids with reference to reproductive processes*, en KRIEGER, D.T. (ed.), *Endocrine Rhythmus*. Nueva York: Raven Press, 1979: 259-298.

<sup>2</sup> ROSS, G.T., CARGILLE, C.M. y otros, *Pituitary and gonadal hormones in women during spontaneous and induced ovulatory cycles*, *Rec. Prog. Horm. Res.*, 1970; 26: 1-43.

<sup>3</sup> GRODIN, J.M., SIITERI, P.K., MAC DONALD, P.C., *Source of estrogen production in postmenopausal women*, *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1973; 36: 197.

<sup>4</sup> GUERRERO, E., ASO, T., y otros, *Studies of the pattern of circulating steroids in the normal menstrual cycle I. Simultaneous assays of progesterone, pregnenolone, dehydroepiandrosterone, testosterone, dihydrotestosterone, androstenedione, oestradiol and oestrone*, *Acta Endocrinol. (Kbh)* 1976; 81: 451.

<sup>5</sup> GILES, R.E., BLANC, H. y otros, *Maternal inheritance of human mitochondrial DNA*, *Proc. Nat. Acad. Sci. USA* 1980; 77: 6715.

<sup>6</sup> KROON, A.M., SACCONI, C., *The organization and expression of the mitochondrial genome*, Amsterdam: Elsevier/ North Holland Biomedical Press, 1980: 451.

<sup>7</sup> WILSON, C.A., CANN, L.R. y otros, *Mitochondrial DNA and two perspectives on evolutionary genetics*, *Biological J. of The Linnean Society* 1985; 26: 375.

<sup>8</sup> WALLACE, D.C., *Geni e malattie*, Minuti Menarini 1987; 71:5.

<sup>9</sup> ROMANINI, C., ARDUINI, D., VALENSISE, H., *Reattività fetale - Ritmi circadiani ed influenzae materne*, *Fed. Med.* 1986; XXXIX: 569.

<sup>10</sup> CHERNICK, V., CHIDIAEVA, R., IOFFE, S., *Effects of maternal alcohol intake and smoking on neonatal electroencephalogram and anthropometric measurements*, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1983; 146: 41.

<sup>11</sup> JONES, K.L., SMITH, D.W., *Recognition of fetal alcohol syndrome in early infancy*, *Lancet* 1973; 2: 999.

<sup>12</sup> STREISSGOTH, A.P., *Maternal drinking and the outcome of pregnancy: implications for child mental health*, *Am. J. Orthopsychiatry* 1977; 47: 422.

<sup>13</sup> MEYER, M.B., TONASCIA, J.A. *Maternal smoking pregnancy complications and perinatal mortality*, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1977; 128: 494.

<sup>14</sup> NAEYE, R.L., *Relationship of cigarette smoking to congenital anomalies and perinatal death*, *Am. J. Pathol* 1978; 90: 289.

<sup>15</sup> SIMPSON, W.L., LINDA, L., *A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity*, *Am. J. Obstet Gynecol.* 1957; 73: 808.

- <sup>16</sup> OXFORD FAMILY PLANNING ASSOCIATION, Br. Med. J. 1985; 290: 1967.
- <sup>17</sup> D'ONOFRIO, F.D., Osservazioni personali.
- <sup>18</sup> LUCAS, A., BLACKBURN, A.M. y otros, *Breast vs. bottle: endocrine responses are different with formula feeding*, Lancet 1980; parte I, 1: 267.
- <sup>19</sup> OAKLEY, T., Jr. *Differences in subcutaneous fat in breast and formula fed infants*, Arch. Dis. Child. 1977; 72: 79.
- <sup>20</sup> RAIHA, N.O.R., JARVENPAS, A.L. y otros, *Control of gastro intestinal hormones upon modulation of islet hormones of the pancreas*, Proc. Am. Meet. Eur. Soc. for Pediatric Res., Lovaina Abstr. 1979: 73.
- <sup>21</sup> INGEBOARD, L.W., WEISS, J., *Maternal stress alters plasma testosterone in fetal males*, Science 1980; 207: 328.
- <sup>22</sup> NICOLOSI, G.G., AMICI, A., MARTELLI, M., *Stress e sessualità maschile*, Fed. Med. 1986; XXXIX: 1041.
- <sup>23</sup> IGARASHI, M., TOHMA, K. y otros, *Pathogenesis of psychogenetic amenorrhea and anovulation*, Int. J. Fertil. 1965; 10: 311.
- <sup>24</sup> RAKOFF, A.E., *Hormonal patterns in women with ovarian dysfunction of psychogenic origin*, Fertil. and Steril. 1962; 13: 1.
- <sup>25</sup> WHITACRE, F.E., BARRERA, B., *War amenorrhea*, J. Amer. Med. Ass., 1944; 124: 399.
- <sup>26</sup> REPETTI, M., *L'amenorrhea de guerra*, Folia Gynaec. 1948; 41: 1.
- <sup>27</sup> SYDENHAM, A., *Amenorrhea at Stanley Camp, Hong Kong, during internment*, Brit. Med. J. 1946; 2: 159.
- <sup>28</sup> BASS, F., *L'amenorrhée au camp de concentration de Terezin (Theresienstadt)*, Gynaecologia (Basilea) 1947; 123: 211.
- <sup>29</sup> REDGROVE, J.A. *Menstrual cycle*, en *Biological rhythms and human performance*, Acad. Press 1971: 211.
- <sup>30</sup> BRUNELLI, F., ROTTINI, E., *L'influenza del ciclo menstruale sul rendimento sportivo*, Med. Sportiva 1965; 5: 822.
- <sup>31</sup> GABOLINI, D., *Lo stereotipo femminile nella percezione sociale delle atlete*, en ANTONELLI, F., (a cargo de), *Psicologia dello sport oggi*. Roma: La stampa sportiva 1977: 131. .
- <sup>32</sup> SALVINI, A., *Identità femminile e sport*. Florencia: La Nuova Italia, 1982: 60
- <sup>33</sup> CHALIP, L., VILLINGER, J., DUGAN, P., *Sex roles identity in a select sample of women field hockey players*, Int. J. of Sport. Psychology II, 1980; 4: 240.

# Breve historia del sistema de cuidado de la salud en los EE.UU.

*Richard J. Carroll, M.D., Sc.M, F.A.C.C.\**

## **Resumen**

*El sistema de cuidado de la salud de los EE.UU., si bien es admirado y goza de buen prestigio, también es criticado por lo inequitativo de su distribución y por sus bajos resultados estadísticos.*

*Así, se están llevando a cabo intensas discusiones respecto a cómo financiar y proporcionar el servicio de cuidado de la salud a toda la población, y en ellas incluyen la posibilidad de desarrollar un plan nacional de salud.*

*En este artículo se presenta una reseña histórica que culmina en la actual discusión por ofrecer el servicio de salud pública que el país aparentemente desea.*

## **Introducción**

Cómo financiar y prestar el servicio de cuidado de la salud son asuntos de gran importancia para cualquier sociedad y son un punto de discusión en cualquier gobierno. El sistema de cuidado de la salud de los EE.UU. por lo general es percibido como progresista y es envidiado en muchos aspectos. No obstante todos sus logros y prestigio, también es frecuentemente criticado por ser inadecuado. Los EE.UU. continúa siendo una de las pocas naciones, si no es que la única, que no tiene un plan nacional de salud. El sistema de cuidado de la salud de los EE.UU. es visto como

inadecuado no en términos de calidad para aquellos con acceso al sistema, sino en lo relativo a la inequitativa distribución de los recursos de salud, como es evidenciado por aproximadamente 40 millones de personas sin cobertura (casi el 15% de la población total), y sus mediocres resultados estadísticos, como por ejemplo en mortalidad infantil.

Debido a esto, la reforma en el cuidado de la salud en los EE.UU. es uno de los temas actualmente más prominentes en la discusión entre los políticos, en los medios de comunicación y en la prensa popular. No es de sorprenderse que se estén llevando a cabo intensos análisis y acaloradas discusiones, si consideramos que los EE.UU. gastan aproximadamente un trillón de dólares anuales en salud —que representan casi el 14% del producto nacional bruto de los EE.UU.—, y que afecta virtualmente a la población entera. Seguramente los 90 pasarán a la historia como una década en la que la salud fue uno de los temas principales en la discusión y el cambio social.

Son muchos los aspectos de la salud que están siendo reevaluados, entre ellos están el acceso, asesoramiento tecnológico, el financiamiento, la cobertura del seguro, la educación y especialización médica, así como las responsabilidades del empleador/consumidor/pagador/gobierno. A la cabeza del debate se encuentran los aspectos de la contención del costo y de la calidad, que no necesariamente se enfrentan entre sí. Se han sugerido numerosos planes para alterar la manera en que los EE.UU. proveen y financian el cuidado de la salud.

Este artículo está diseñado para dar una semblanza de cómo se desarrolló el sistema de salud americano, señalando algunos de los eventos históricos y posteriormente los esfuerzos político y legislativo que han influenciado la manera en que los EE.UU. paga y proporciona el servicio de salud hoy en día. Ojalá que esta discusión también ilustre el dilema ético y moral al que se enfrentan otras naciones, especialmente aspectos relacionados con el financiamiento adecuados de los servicios de salud y dando prioridad a cómo distribuir estos escasos recursos y a quién.

### **Antecedentes históricos**

A fines del siglo XIX, la tecnología para la salud prácticamente no existía. No había una medida real de la calidad del servicio de salud

proporcionado, y había pocas alternativas efectivas que ofrecer a los pacientes para el diagnóstico y/o tratamiento.

La mayoría de los hospitales de los EE.UU. eran para pacientes mentales. Los hospitales alopáticos existentes generalmente tenían separados los pabellones de caridad de aquellos con pacientes que pagaban, y los médicos trabajaban ambas áreas de estos hospitales en un medio ambiente no regulado. Como regla, los médicos eran practicantes solitarios que funcionaban bajo en un sistema de pago-por-servicio. Eran libres de cobrar al paciente lo que consideraran apropiado, y frecuentemente «sobrecargaban» la cuenta de los pacientes que pagaban para subsidiar a sus pacientes de caridad.

Un problema importante de la medicina durante el siglo XIX fue el *status* de la educación médica. Originalmente, los «estudiantes» de medicina sólo pasaban un tiempo junto a un profesional para aprender su arte, sin mucha educación formal o documentación de lo que funcionaba y de lo que no funcionaba. Surgieron numerosas escuelas superiores de medicina, pero la mayoría ofrecía una educación sub-estandarizada, en parte porque no estaban afiliados a un hospital. Debido a esto, la Fundación Carnegie (*Carnegie Foundation*), en cooperación con la Asociación Médica Americana (*American Medical Association (AMA)*) y el Consejo en Educación Médica (*Council on Medical Education*), financiaron la guía *Reporte Flexner* (Flexner Report). Abraham Flexner, un educador de Kentucky, fue comisionado a revisar el *status* y calidad de la educación médica en los EE.UU. y Canadá. Flexner parece haber usado el *John Hopkins University Medical School* como su modelo ideal. El novato programa de Hopkins hacía énfasis en una base rigurosa y científica para el entrenamiento en investigación y clínica, e insistía que los estudiantes de medicina deberían obtener experiencia supervisada trabajando con los pacientes de hospitales. Su reporte de 1910, *Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá (Medical Education in the United States and Canada)*, recomendaba que más de la mitad de las escuelas de EE.UU. y Canadá deberían cerrar, pues no cumplían con los estándares. Curiosamente, algunas de las recomendaciones en su reporte estaban basadas en una visita de medio día a la institución en cuestión. El *Reporte Flexner* realmente cambió la cara de la medicina y del estudio de la medicina en los EE.UU., haciendo énfasis en un método de educación de la medicina basado en la investigación rigurosa y científica,

y con un enfoque al modelo médico. Después del *Reporte Flexner*, el número de escuelas de medicina en los EE.UU. y Canadá cayó de 155 en 1910 a 85 en 1920.

En adición a los cambios en el formato de la educación médica, el inicio de los 1900 vio movimientos políticos que intentaron influir en la manera en que se brindaba el cuidado de la salud. Animados por el liderazgo europeo de proveer servicios de salud a nivel nacional, iniciado en 1883 por el canciller alemán Otto Von Bismarck, los partidos políticos de los EE.UU. empezaron a crear plataformas políticas que apoyaban el cuidado de la salud nacional. En los primeros años de 1900, el partido socialista fue el primer partido político en los EE.UU. en apoyar el seguro nacional de salud. A pesar de ser vencido en 1912, el Partido Progresista de Theodore Roosevelt también peleó por el seguro nacional de salud. Ya en 1916, los partidarios de una reforma laboral e incluso la AMA pedían el seguro nacional de salud. Estos reformadores eran optimistas, dado que las leyes para crear un sistema de compensación a los obreros habían sido aprobadas con facilidad en los EE.UU., y la mayoría de los países europeos ya tenían ese tipo de programas. Sin embargo, temiendo que el gobierno pudiera usurpar el papel de proveedor de beneficios sociales, los trabajadores organizados no apoyaron las propuestas para el seguro nacional de salud.

Si existía una esperanza para la creación de un plan nacional de salud en los primeros años del siglo, seguramente se disolvió en el período posterior a la primera Guerra Mundial, cuando el seguro nacional de salud era visto bajo la luz de la «amenaza roja” (*Red Scare*) causando que los empresarios, compañías de seguros y el AMA presionaran fuertemente contra el involucramiento del gobierno en la salud.

En 1929, 1500 maestros de escuela de Texas negociaron con el hospital de la Universidad de Baylor, bajo la guía del Superintendente de las Escuelas Públicas de Dallas, Justin Ford Kimball, el proporcionar hasta 21 días al año de hospitalización para sus miembros, por una cuota de cincuenta centavos de dólar al mes. Este programa, uno de los primeros en su tipo, constituyó los cimientos para lo que eventualmente sería el Plan de la Cruz Azul (*Blue Cross Plan*). Un concepto similar, aquel de los servicios médicos pre-pagados, fue desarrollado por el Dr. Sidney Garfield a principio de los años treinta. Su plan, originado en el desierto Mojave, se expandió durante la construcción de la presa Grand

Coulee, bajo la dirección de Henry J. Kaiser. Este programa se extendió a los empleados de Kaiser en sus astilleros y molinos de acero en la década de los cuarenta, con la formación de dos Fundaciones «*Permanente*» —una en la región de Vancouver/Portland y otra cerca de Oakland, California—; este fue el principio de la organización Kaiser-Permanent.

Además de los esfuerzos locales para desarrollar y negociar una cobertura de seguros, el debate nacional continuaba en cómo proveer de la mejor manera los servicios de cuidado de la salud. En 1932, el Comité para el Costo del Cuidado de la Salud (*Committee on the Cost of Medical Care*), una organización con respaldo económico particular, hizo un llamado a que la atención médica de Norteamérica se encaminara hacia la práctica en grupo y al pago en grupo. El Comité también hizo algunas recomendaciones para mejorar la eficiencia en el cuidado de la salud y ayudó a contener la espiral ascendente de los costos del cuidado de la salud. De los diecisiete miembros del Comité, incluyendo al anterior presidente de la AMA, ocho rechazaron estas recomendaciones y subsecuentemente fueron apoyados por la AMA, cuya revista llamaba al reporte nada menos que una incitación al motín. La posición de la AMA era que la práctica de la medicina en grupo tendría por resultado la producción masiva de la medicina.

También en 1932, con la elección de Franklin Roosevelt, el seguro nacional de salud resurgió a la atención pública. Sin embargo, con la depresión en su apogeo, el presidente Roosevelt le dio prioridad a la seguridad social. Su legislación original combinaba el seguro nacional de salud y la seguridad social, sin embargo, debido a una fuerte oposición por parte de grupos como la AMA y un clima económico pobre, Roosevelt sintió que era poco prudente arriesgar la derrota de propuesta de ley relativa a la seguridad social por culpa del seguro nacional de salud. Así, el proyecto de ley relativo al seguro nacional de salud fue descartado de la agenda del presidente Roosevelt, y el Acta de Seguridad Social («*Social Security Act*») de 1935 fue aprobada, dejando para el futuro el debate sobre cómo ofrecer de la mejor manera posible el cuidado de la salud a la nación.

Mientras se desarrollaba la segunda Guerra Mundial, el cuidado de la salud nacional fue puesto nuevamente en el candelero. Sin embargo, ciertas iniciativas de legislación jugaron un papel decisivo en cómo se desarrollaría eventualmente el cuidado de la salud. Por ejemplo, en 1942

durante un periodo de congelación de sueldos y precios nacional, el Comité Laboral de Guerra (*War Labor Board*) determinó que los beneficios marginales no eran inflacionarios y permitieron que los empleados ofrecieran beneficios, tales como la cobertura del cuidado de la salud, para atraer y mantener a los trabajadores. Sólo tres meses después de que terminara la segunda Guerra Mundial, el Presidente Truman pidió al Congreso que pasara un plan nacional para el cuidado de la salud (básicamente, un solo sistema de aseguramiento para todos los americanos), para incrementar los hospitales, y para destinar fondos a la investigación médica y la educación. Truman sentía que el país podía mantener su plan, dado que el cuidado de la salud representaba sólo el 4% del producto interno bruto de esa época. Los Republicanos, junto con la AMA, se oponían a la «esclavización de la profesión médica», pues consideraban el seguro de salud obligatorio como una medicina socializada. Su grito resonó muy bien en la era de la guerra fría, y las reformas de Truman fueron derrotadas.

Con todo, varias piezas de la legislación de la era de Truman fueron aprobadas y tuvieron profundos efectos en el curso de nuestro sistema para el cuidado de la salud. En 1946, el Acta Hill-Burton (*Hill-Burton Act*) proveyó una gran cantidad de dinero federal para la construcción de hospitales. Desde 1946 hasta el inicio de los setenta, el dinero Hill-Burton permitió construir más de 400,000 camas de hospital. Otra acta del Congreso, la propuesta de ley GI (*GI Bill*), financió la educación superior para los veteranos, y muchos usaron esta oportunidad para estudiar Medicina. Con base en la decisión de 1942 del Comité Laboral de Guerra (*War Labor Board*) que los beneficios marginales no estaban regidos por el congelamiento de sueldos/precios, y reforzados por la decisión de la Suprema Corte en lo relativo a *Inland Steel*, a finales de los cuarenta, los beneficios de salud se convirtieron en una condición estándar de empleo que las uniones o sindicatos buscaban para negociar con los empresarios. Estas circunstancias establecieron el antecedente histórico para los beneficios de cuidado de la salud proporcionados por el empresario. Para los norteamericanos que trabajan ésta es la manera más común, hoy en día, de obtener un seguro de gastos médicos.

En 1947, el proyecto de ley Taft-Hartley (*Taft-Hartley Bill*) restringió a los sindicatos laborales de muchas formas. Bajo una fuerte presión

de los trabajadores, Gran Bretaña adoptó el servicio nacional de salud en 1948, pero los sindicatos de EE.UU., más débiles, fueron incapaces de movilizar el suficiente apoyo para introducir un sistema nacional de salud.

Lo que los sindicatos perdieron en el golpe político de finales de los cuarenta y principios de los cincuenta lo recuperaron a nivel local, al ser capaces de negociar con los empresarios los beneficios de un seguro de gastos médicos. En respuesta al mercado que esto creó, la industria comercial de seguros ofrecía políticas de aseguramiento de salud que los empresarios podían brindar a los trabajadores. Durante 1950-1965, apoyados por una creciente base de seguros de salud privados o particulares, la cuota anual promedio de incremento en el gasto real nacional en salud fue del 6.3%. Uno puede ver desde una perspectiva oferta/demanda cómo sucedió este incremento: a través del acta Hill-Burton, el dinero federal construyó camas de hospital (el lado de la oferta). Debido a los cambios políticos y legales a finales de los cuarenta y principios de los cincuenta, los asalariados tenían planes de seguro para cubrir los servicios médicos (el de la demanda).

Para 1965, bajo la administración de Johnson, el 5.9% del PIB se estaba gastando en el cuidado de la salud. Acorde con su plan de la Gran Sociedad (*Great Society Plan*), el 30 de Julio de 1965, en la ciudad de Independence, Missouri en honor a Harry Truman, el presidente Johnson firmó como leyes el Título XVIII y el Título XIX del proyecto de ley de la Seguridad Social. Estos históricos proyectos dieron lugar a los programas *Medicare* y *Medicaid* para proporcionar los beneficios de cuidado de la salud para los ancianos y pobres de Norteamérica. Las sociedades médicas amenazaron con hacer huelga cuando los programas entraron en efecto, nuevamente peleando contra la intromisión gubernamental en el cuidado de la salud, pero cuando se disipó la polvareda, *Medicare* y *Medicaid* resultaron ser una ganancia inesperada, tanto para los médicos como para los hospitales, ya que ambos eran reembolsados por todos los gastos que presentaran para su cobro. No había ningún incentivo para ser consciente de los costos; siempre y cuando esos cargos fueran «razonables», el Gobierno pagaba la cuenta. Esto explica parcialmente porqué durante 1967-70, cuando la inflación total era de 5.2%, los gastos hospitalarios de *Medicare* se incrementaron en una tarifa anual promedio del 18.1%.

Para entender porqué el reembolso de *Medicare* y *Medicaid* era tan liberal, uno debe poner mucha atención. L.B. Johnson, un sureño, quería ser el primer presidente desde Lincoln en firmar una legislación relativa a los derechos civiles, y hacerla una realidad palpable en el sur del país para los ancianos y pobres de color negro. Él sentía que las necesidades de esas personas no podían ser cubiertas sin el adecuado cuidado de la salud. Con objeto de motivar la participación en los programas y el apoyo a los mismos, determinó que debía proporcionar incentivos económicos generosos para los médicos y hospitales. Estos incentivos iniciaron una tendencia hacia el encarecimiento de los gastos del cuidado de la salud, el cual seguimos experimentando hoy en día.

Debido a esta tendencia, en 1969, sólo 4 años después de que *Medicare* y *Medicaid* fueron aprobados, el Presidente Nixon declaró una crisis en el costo del cuidado de la salud. Sólo un año antes, Walter P. Reuther, Presidente del Sindicato de los Trabajadores de la Industria Automotriz (*United Auto Workers*), formaron un Comité para el aseguramiento nacional de la salud (*Committee for national health insurance*). El Senador Edward Kennedy, miembro del grupo de Reuther, incluso introdujo una propuesta de ley en 1970 para el seguro nacional de la salud. En ese mismo año, los oficiales de la administración de Nixon se reunieron con Paul Ellwood, M.D., quien defendía los planes pre-pagados y no-lucrativos que él llamaba HMO's.

La AMA se opuso a los HMO's y respaldó el plan nacional de cuidado de la salud (*Medicredit*) que proporcionaría créditos fiscales para comprar seguros de salud particulares. Uno puede entender por qué había tanto interés o preocupación respecto a los costos del cuidado de la salud: la tarifa anual promedio del gasto real nacional del cuidado de la salud se incrementó, de 1966 a 1971, en un 7.6%. Debido a esto, en 1971 Nixon fijó un tope máximo de 6% en el incremento de precios para los hospitales de *Medicare* y un tope de 2.5% para el incremento en los honorarios de los médicos durante el congelamiento de sueldos y precios que se vivía en esa época. A pesar de que los controles de sueldos/precios se liberaron en enero de 1973, en lo relativo al cuidado de la salud permanecieron en pie hasta abril de 1974, cuando fueron descontinuados por el Congreso, después de un esfuerzo masivo de cabildeo de la industria hospitalaria.

Durante los esfuerzos de control de costos de Nixon (1972-1974), el nivel de incremento en el gasto en salud descendió al 4.6%, sólo para incrementarse otra vez al 6% en 1975-1977, cuando se quitaron los controles. En adición a la contención de costos, el acceso también fue un asunto importante para la administración de Nixon. Esta propuso una cobertura de seguro obligatorio para el patrón, con un paquete de beneficios básicos, un plan que también incluía financiamiento federal para familias con muy bajos ingresos; los HMO's se harían accesibles al 90% de norteamericanos para el año de 1980.

A pesar de que Gerald Ford apoyó el seguro nacional de salud en 1974, eventualmente retiró su apoyo debido al temor de que empeoraría la inflación. Del mismo modo, Jimmy Carter, un defensor del seguro nacional de salud, respaldó un esfuerzo voluntario de los hospitales y médicos para controlar el incremento del costo del cuidado de la salud. La industria del cuidado de la salud quería probar a la administración de Carter que los costos estarían controlados sin la intervención del gobierno. Como resultado, durante 1978-79, el costo hospitalario por paciente por día no se incrementó nada en términos reales, un logro monumental, considerando la tendencia al alza en los gastos relativos al cuidado de la salud en los años anteriores. Sin embargo, con la derrota de Carter y al desaparecer la amenaza de la intervención gubernamental, los gastos de salud escalaron una vez más.

En 1982 la inflación en el sector hospitalario se incrementó tres veces más rápido que la economía general. Algo se tenía que hacer respecto al rápido incremento de precios de los servicios de cuidado de la salud. El Secretario de Salud y Servicios Humanos (*Secretary of Health and Human Services*) Richard Schweiker, en su reporte al Congreso en diciembre de 1982, delineó un plan. Como se ordenaba en el acta de equidad de impuestos y responsabilidad fiscal en 1982 (*Tax Equity and Fiscal Responsibility Act TEFRA*), el gobierno pondría en operación, en 1983, un muy esperado sistema de pago a los hospitales que atendían a los pacientes de *Medicare*. El objetivo era convertir al gobierno federal en un comprador prudente de los servicios del cuidado de la salud. Ahora, en vez de reembolsar todos los gastos presentados por el hospital, se destinaría una cuota fija (con algunas modificaciones) basada en el sistema de clasificación de pacientes por diagnóstico/grupo relacionado (*Diagnostic-Related Group DRG*). Con un reembolso fijo

por paciente de *Medicare*, la duración de la hospitalización se redujo dramáticamente, no sólo para la población mayor de 65 años, sino también para la población general. Por otro lado, aunque los hospitales ahora tenían que enfrentarse a un reembolso fijo para los pacientes de *Medicare*, no había un incentivo similar para los médicos, y las cuotas de los médicos continuaron incrementándose aún más rápido que el índice de precios al consumidor.

Bajo el sistema de pago prospectivo de *Medicare*, la atención se enfocó en el costo hospitalario por caso, más que en el costo marginal adicional. Los costos dejaron de tener sentido: un hospital podía cobrar lo que quisiera, pero estos cargos no serían reembolsados; sólo se pagaría una cuota fija. Los administradores de los hospitales pronto se dieron cuenta que el reembolso de *Medicare* para el pago de los servicios hospitalarios no sería suficiente para cubrir su costo. En ese tiempo, los planes de seguro de indemnización seguían reembolsando los servicios hospitalarios con tarifas muy por encima de los costos. Así, para continuar siendo solventes, se incrementaron los cargos a los pacientes con indemnización con objeto de cubrir parcialmente los servicios proporcionados a los pacientes de *Medicare*. Como consecuencia, empezó una era de transferencia de costos: las pérdidas que sufrían los hospitales al atender a los pacientes de *Medicare* lo recuperaban al incrementar los cargos a los planes de indemnización. Sin embargo, la transferencia de costos no podía durar para siempre. La llegada de los HMO's y otros planes administrados de cuidado en los 1980 y 1990 limitaron significativamente la habilidad de los hospitales para transferir costos, y el sistema prospectivo de pagos de 1983 empezó a ofrecer recompensas a quienes proporcionaban los servicios de cuidado de la salud de una manera consciente de los costos. Sin embargo el reto permanecía: cómo hacer eso y mantener la calidad del cuidado.

Salvo la implementación del sistema prospectivo de pago en 1983, no hubo grandes innovaciones federales legislativas relativas a la salud durante los gobiernos de Reagan y Bush. A finales de los 1980 se formó la Comisión Pepper (*Pepper Commission*), un Comité bipartidista del Congreso, para estudiar las opciones del cuidado de la salud. A pesar de la recomendación de crear un programa de seguro de cuidado de la salud obligatorio para el patrón y provisiones de largo plazo para los ancianos e incapacitados, no se tomó ninguna acción federal. Esta falta de pro-

greso legislativo decepcionó a muchos, pues sentían que este acercamiento bipartidista a dos asuntos importantes, el acceso al cuidado y el cuidado a largo plazo, proporcionaban una solución política y financieramente sólida.

Después de su elección en 1992, el Presidente Clinton eligió la reforma de cuidado de la salud como una de sus primeras iniciativas políticas públicas. Clinton desarrolló un plan comprensivo para controlar los crecientes costos del cuidado de la salud, para mejorar el acceso a la atención, y para mantener diversas opciones de cobertura y cuidado. El plan tenía seis áreas consideradas: calidad, ahorro, simplicidad, responsabilidad, seguridad y elección. Esta legislación, titulada Acta de la Seguridad de Salud (*The Health Security Act*) (para hacer eco al acta de Seguridad Social que provee apoyo financiero a los ancianos y discapacitados de América— un programa políticamente muy popular), eventualmente fue derrotada. Su plan fracasó por numerosas razones, incluyendo preocupaciones acerca de los costos proyectados, un desdén general por el involucramiento gubernamental en el cuidado de la salud, un exceso de burocracia y la falta de controles de calidad adecuados, entre la miríada de otras razones. En realidad, el plan fue derrotado por la falta de apoyo de una multitud de grupos con intereses especiales, quienes potencialmente perderían ya fuera dinero o posición bajo este plan. Por su parte, los beneficiarios del plan, los pacientes escucharon tantas y tan distintas opiniones acerca del plan, que la mayoría de ellos no sabía exactamente en qué consistía. Aparentemente, los pacientes eran el único grupo de interés sin un defensor organizado.

Con la derrota del plan de Clinton el hecho permanecía: no habría un simple, comprensivo plan gubernamental para el cuidado de la salud en el futuro cercano. Sin embargo, en 1996, durante su primer período como presidente, Clinton sí vio pasar el Proyecto de Ley de Kennedy-Kassebaum (*Kennedy-Kassebaum Bill*). Esta legislación asegura mejoras en el acceso al cuidado para individuos que están cambiando de trabajo, para aquellos con condiciones preexistentes, y provee concesiones en impuestos para pacientes que convalecen en casa/a largo plazo, entre otras provisiones. El que este proyecto de ley fuera pasado en la vigilia de la derrota del Acta de Seguridad de la Salud de Clinton, confirma que los cambios legislativos en el cuidado de la salud es probable que ocurran en una forma incremental, más que a través de un plan comprensivo

y primario de gobierno. Sin una iniciativa federal, lo que se desarrollaría subsecuentemente sería una alza inevitable en el cuidado administrado; el resultado de un acercamiento de «mercado libre» a la oferta y financiamiento del cuidado de la salud. A pesar de que quizá tiene un efecto de reducir los crecientes costos del cuidado de la salud (por lo menos a corto plazo), tal enfoque de *laissez-faire* a las fuerzas del mercado probablemente aleje a los EE.UU. aún más del acceso universal (si es que esto es, de hecho, una meta social).

La revista de la AMA publicó, en octubre de 1996, una serie de artículos que cuestionaban la calidad del cuidado de la salud proporcionado a pacientes ancianos bajo planes de cuidado administrados, lo comparaban con la tradicional medicina de pago-por-servicio, y destacaban el punto de cómo el reembolso influye en la calidad del cuidado. Aunque más comunes, las preguntas relativas a los mecanismos de pago y su efecto en el cuidado no son nuevas. Hasta hace poco, el sistema de pago más común en los EE.UU era el de pago-por-servicio, un mecanismo mediante el cual se le pagaba a cada proveedor el servicio (o procedimiento) otorgado. Mientras más servicios se presten o más procedimientos se realicen, más se le reembolsará al médico (u hospital). Queda claro que, bajo este sistema, el incentivo financiero es hacer lo más posible. Sin embargo, se asumió que las necesidades médicas determinaban qué se debía hacer por los pacientes, y que los incentivos financieros no entraban en esta ecuación: una percepción idealista, aunque no del todo inapropiada. Es cierto que algunos médicos “sobreprodigaron” de atenciones a sus pacientes, pero en general se confió en que la profesión médica proporcionaría el nivel adecuado de atención a los pacientes. Además, no fue sino hasta hace relativamente poco que la medicina se dio cuenta de que “más” no necesariamente significaba “mejor”. Con la llegada del cuidado administrado, se está poniendo mucha más atención en los aspectos del pago y subsiguiente prestación del servicio de cuidado. La inquietud más grande tiene que ver con la capitación de riesgo total —un mecanismo de pago mediante el cual a los proveedores se les entrega un reembolso fijo por cada asegurado, por un determinado período de tiempo (generalmente por mes). Bajo el esquema de capitación, el médico es responsable, tanto clínica como financieramente, de todo el cuidado de la salud de esos pacientes. Si sólo se proporcionan unos cuantos servicios de cuidado de la salud, o cada

miembro requiere de extensos servicios médicos, la cuota para el proveedor permanece la misma, y el costo de los servicios proporcionados debe salir del reembolso que se le ha pagado. De esta manera, mientras menos servicios se presten más dinero puede retener el proveedor. Este sistema fue diseñado con la intención de premiar a los proveedores que usaran de manera sabia y eficiente los recursos financieros para prevenir las enfermedades, con un efecto secundario de reducir el recurso a los servicios de cuidado de la salud —pacientes más sanos— y una subsecuente reducción del costo. Sin embargo, ha surgido la preocupación de que bajo ese sistema los servicios de cuidado de la salud necesarios se están negando, de manera que ya sea el proveedor (médicos u hospitales) o el “pagador” (la industria administradora de hospitales) se beneficiarán económicamente.

En todo el mundo se han dado discusiones similares con respecto a los mecanismos de pago y subsiguiente prestación del cuidado. Un punto focal común es el de los presupuestos globales, una medida de reducción de costos usado en muchos países. ¿Los servicios de cuidado de la salud se pueden predecir y presupuestar con precisión? Si no, ¿pueden ser negados los servicios de cuidado de la salud, simplemente porque no tienen cabida dentro del presupuesto? ¿Los presupuestos globales tienen el efecto indeseado de que los proveedores racionen o retengan el servicio al final del ciclo presupuestado, cuando el dinero es menos? Esta última técnica es una manera de controlar los costos, pero éstos no son controlados realmente, sólo el gasto. En esencia, ¿los asuntos político/legislativos determinan cuál decisión constituye una “política de salud» y cuál constituye una “política fiscal»? ¿Las decisiones políticas, presupuestos globales y esquemas de reembolso están diseñadas para satisfacer las necesidades de salud de la población, o simplemente para satisfacer los requerimientos presupuestarios o metas financieras?

¿Qué pueden ganar las naciones que ya proveen servicios de cuidado de la salud para todos sus ciudadanos al echar una mirada a la historia del sistema de salud de los EE.UU, o qué pueden aprender sobre nuestra discusión en relación al acceso universal? ¿Qué pueden aprender los EE.UU. de otros sistemas? Con aproximadamente 40 millones de ciudadanos norteamericanos sin acceso a los servicios de salud, ciertamente el acceso universal no se ha alcanzado. Básicamente, los EE.UU. han demostrado de forma empírica cuáles parecen ser nuestras prioridades.

Otras naciones deben preguntarse a sí mismas, si el acceso universal es una prioridad, ¿el acceso es realmente «universal»? ¿Pueden todos sus ciudadanos obtener cuidado primario y terciario de una manera oportuna? ¿Las instalaciones y calidad del cuidado son iguales y están disponibles para todos, sin importar la clase social y la posición? Los demás países no pueden simplemente legislar el acceso universal y descansar en sus laureles. Deben evaluar continuamente si el diseño de su sistema cubre o no las necesidades de todos sus ciudadanos. En los EE.UU. nuestras decisiones son obvias, las sutilezas y los matices pueden ser más transparentes en otros sistemas (es decir, como evidencian las largas esperas por procedimientos o cuidados especializados, falta de disponibilidad de ciertos medicamentos, estudios/equipos caros, etcétera).

En el mundo existe una multitud de enfoques diferentes en lo relativo a proveer los servicios de cuidado de la salud a una nación. Quizá el debate no debería empezar con la discusión acerca de las particularidades de la entrega y financiamiento del cuidado de la salud, sino enfocarse primero en los principios fundamentales sobre los que debería basarse el sistema. Parece ser que hay tres puntos fundamentales que deben darse en la discusión **1) ¿El cuidado de la salud es una prioridad social?** A los EE.UU. se le ha criticado con frecuencia por ser la nación que gasta un porcentaje más alto de su Producto Interno Bruto en salud. ¿Es esto necesariamente malo? Si una nación tiene el mayor gasto per cápita en educación, vivienda, o nutrición ¿no sería envidiado? Entonces, ¿por qué consideramos negativo el gasto en cuidado de la salud? Si consideramos una prioridad social la salud de nuestra nación, ¿no deberíamos esforzarnos por proveer los mejores servicios y contar con la más moderna tecnología disponible? Ciertamente, los aspectos de efectividad del costo son importantes, particularmente considerando el creciente costo del cuidado de la salud, pero no deberíamos asumir automáticamente que un mayor gasto es necesariamente malo. **2) ¿El cuidado de la salud es un derecho o un privilegio?** Este quizá sea el punto más fundamental de todos. Aunque parezca absurdo, en los EE.UU. nunca hemos abordado este tema de manera directa. Si el cuidado de la salud se considera un derecho (en este caso un derecho positivo a obtener un bien o servicio social tal como el servicio del cuidado de la salud), entonces el único sistema de entrega/financiamiento del cuidado de la salud que tiene sentido es un plan nacional de salud

sostenido con los impuestos. Si la sociedad decide que no existe un derecho básico, fundamental al acceso a los servicios de cuidado de la salud, entonces éste se convierte en una mercancía igual a todas las demás. El resultado sería el del servicio basado únicamente en la habilidad para pagar. Por el momento, los EE.UU. toman una perspectiva relativamente esquizofrénica acerca de este asunto. Si bien no provee el acceso universal, existen varios programas de acceso al cuidado de la salud tales como el *Medicare* y/o *Medicaid*, que proveen un cierto grado de apoyo financiero a los servicios de la salud, a pesar de que no siempre son globales, —por ejemplo, *Medicare* no cubre el costo de los medicamentos, ni los servicios médicos sin una co-retribución. **3) ¿Qué papel debería desempeñar el gobierno en la provisión de los servicios de cuidado de la salud?** Si la sociedad decide que los bienes y servicios sociales tales como el cuidado de la salud son derechos fundamentales para todos los ciudadanos, entonces el gobierno es el medio más lógico a través del cual esos servicios se deberán proveer. Si la sociedad siente que el cuidado de la salud debería seguir las reglas del libre mercado, entonces quizá no hay ningún papel para el gobierno. Parece ser que en los EE.UU. no podemos decidir de qué manera queremos que se den las cosas. Sin embargo, el papel eventual del gobierno será predicado por cómo respondan las otras naciones a los puntos más esenciales presentados anteriormente.

La esencia del cuidado médico es la interacción entre el médico y el paciente, sin importar la ubicación, política de salud o arreglo financiero. Así, los médicos individuales y los practicantes del cuidado de la salud, debemos tomar un papel en las políticas que implementan nuestros gobiernos relativas a la prestación de los servicios del cuidado de la salud. Es tiempo de que los médicos y líderes del sistema para el cuidado de la salud tomemos posiciones proactivas y vocales relativas a la moralidad, utilidad y ética de la entrega y financiamiento del cuidado de la salud. Los debates públicos determinaron desde hace mucho en la mejor manera en que, como sociedad, deberíamos cuidar la salud de nuestra población. Conforme se achican los dólares destinados al cuidado de la salud, se deberán dar las discusiones públicas relativas al financiamiento del mismo y sobre los temas fundamentales de justicia social, distribución equitativa de los bienes y servicios sociales, y responsabilidad individual.

Las decisiones relativas al financiamiento o macroeconomía del cuidado de la salud ya no tienen cabida en la almohada. Los líderes sociales y políticos han evadido sus responsabilidades y han forzado a los médicos, en un esquema de paciente a paciente, a hacer estas difíciles decisiones que nuestros líderes electos han fallado en atender. Como médico, Hipócrates nos hizo jurar, “*La salud de mi paciente será mi primer consideración*”. Nosotros, como sociedad, debemos asegurarnos de que los médicos y proveedores del cuidado de la salud nunca sean colocados en un papel que entre en conflicto con este ideal.

### **Lecturas sugeridas**

<sup>1</sup> COILE Jr., Russell C., *Revolution, The health care system takes shape*, The Grand Rounds Press, 1993.

<sup>2</sup> RAFFEL, Marshall W., *The U.S. health system, origins and functions*, Second Edition, John Wiley & Sons, Inc., 1984.

<sup>3</sup> SMILLIE, John G., *Can physicians manage the quality and costs of health care? The Story of the Permanente Medical Group*, McGraw-Hill, Inc., 1991.

<sup>4</sup> STARR, Paul, *The logic of health-care reform*, The Grand Rounds Press, 1992.

<sup>5</sup> STARR, Paul, *The social transformation of american medicine*, Basic Books, Inc., 1982.

<sup>6</sup> CALIFANO Jr., Joseph A., *Radical surgery, what's next for american health care*, Time Books, 1994.

# A diez años del Informe Warnock: ¿es el recién concebido una persona?

*Agneta Sutton\**

## **Resumen**

*En este artículo se presentan las declaraciones del Informe Warnock de 1984, cursor en materia de regulación legislativa de la investigación embrionaria, y se rebaten los argumentos defendidos para permitir la investigación embrionaria hasta el límite de 14 días. Si bien el Comité de Investigación sobre Fertilización y Embriología Humanas reconoce que esa recomendación fue arbitraria y limitada únicamente por la aceptación pública, cabe señalar varios aspectos, algunos sólo filosóficamente, otros demostrados por el avance de la ciencia, en los que queda claro que el recién concebido es un organismo individual, un ser humano y una persona humana desde el primer instante de la fecundación.*

## **El Informe Warnock<sup>1</sup>**

El Informe Warnock de 1984, emitido por el Comité de Investigación sobre Fertilización y Embriología Humanas, establecido por el Gobierno Británico, ha sido el cursor en materia de regulación legislativa de la investigación embrionaria. El límite de 14 días en la investigación

\* Comisionado Director, The Linacre Centre for Health Care Ethics, Londres.

embrionaria recomendado por el Comité se ha adoptado no sólo en Gran Bretaña sino en varios países de Europa. Sin embargo, el Comité declaró abiertamente que este límite de tiempo fue un compromiso arbitrario, adoptado «con objeto de mitigar la ansiedad pública» y conceder a los científicos todo el tiempo posible para la investigación embrionaria como fuera públicamente aceptado.

Al admitir que la vida embrionaria empieza en la fertilización, el Comité escribió: «Una vez que la fertilización ocurre, el proceso de desarrollo subsecuente continúa de uno a otro en un orden sistemático, dirigiéndose hacia una división, a la mórula, al blastocisto, al desarrollo del disco embrionario, y así a características identificables dentro del disco embrionario tales como el rasgo primitivo, pliegue neural y tubo neural».<sup>2</sup>

«Cuando ha empezado el proceso de desarrollo, no existe una parte específica de él que sea más importante que otra; todo es parte de un proceso continuo, y a menos que cada etapa se lleve a cabo normalmente, en el momento adecuado, en la secuencia adecuada, el desarrollo posterior cesará».<sup>3</sup>

El Comité, si bien declinaba dar una respuesta explícita al cuestionamiento de cuándo llega a ser una *persona* el embrión, es claro que no sostiene que la vida personal humana empieza cuando la vida embrionaria humana inicia. Matar a una persona —o por lo menos a una persona humana inocente— sería asesinato, y la mayoría del Comité no consideró un asesinato embrionario, sin embargo, recomendó que la investigación que comprende la destrucción de los embriones humanos debía continuar.<sup>4</sup>

## Reacciones Católicas y Anglicanas

Al defender la santidad de la vida humana desde el momento de la concepción (fertilización), los Obispos Católicos de Gran Bretaña se encontraban entre aquellos que se opusieron a las propuestas Warnock.<sup>5</sup> En su respuesta al documento de consulta que precedió al Informe Warnock argumentaron que el límite de 14 días en la investigación embrionaria fue arbitraria y científicamente defectuosa. Toda la evidencia, dijeron, indica una continuidad experimental desde el momento de la fertilización

progresiva y apunta a la conclusión de que desde el momento progresivo existe una nueva vida humana.

En contraste, el Consejo de Responsabilidad Social (CRS), portavoz de la Iglesia de Inglaterra, declaró que esto era consistente con el pensamiento anglicano para sostener que «mientras el óvulo fertilizado debe ser tratado con respeto, su vida no es tan sacrosanta que deba estar acorde con el mismo *status* que se le da a los seres humanos». <sup>6</sup> En un documento subsecuente llegó a ser evidente, sin embargo, que los anglicanos estaban divididos en el tema fundamental. Algunos se inclinaban a aceptar el punto de vista Católico de que la vida humana empieza en la concepción; otros sintieron que el embrión primitivo aún no era una ser humano —y mucho menos una persona. <sup>7</sup>

### El «pre-embrión»

En un intento por probar alguna justificación científica para la elección del límite de 14 días para la investigación embrionaria, el Comité Warnock describió el rasgo primitivo como señal «del inicio del desarrollo *individual* del embrión». <sup>8</sup> Esta declaración sostiene la marca de contraste de la embrióloga sobre el Comité, la Dra. Anne McLaren, que con un grupo de otros científicos y filósofos sostiene que la vida humana individual sólo empieza cerca del momento de la formación del rasgo primitivo y que el producto inicial de concepción no es el mismo ser individual que el subsiguiente feto e infante.

Con objeto de impulsar un concepto que encaje entre el producto inicial de la concepción y el embrión de más de dos semanas fue creada la palabra «pre-embrión», y se utilizó en 1986, casi simultáneamente, en tres diferentes publicaciones: la nota explicativa de la Dra. Penélope Leach adjunta al *Primer informe de la autoridad de patentes voluntaria para la fertilización in vitro y embriología humanas*; en segundo lugar, un documento, ampliamente influenciado por el pensamiento del Profesor Clifford Grobstein, titulado *Consideración ética de la nueva tecnología de reproducción* por el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Fertilidad; y en tercer lugar, el documento de la Dra. Anne McLaren *Preludio a la embriogénesis*, desarrollado el año anterior al Simposio de la Fundación CIBA sobre la investigación embrionaria. <sup>9</sup>

### ¿Es el recién concebido un organismo individual?

En estas publicaciones fueron desarrollados diversos argumentos para el punto de vista de que el recién concebido no es un organismo individual y que existe una discontinuidad en el desarrollo de una entidad unicelular, un cigoto, a un organismo multicelular de cerca de 14 días después de la fertilización.

La Dra. Leach afirmó que la fertilización inicia sólo la división celular —no la vida individual.<sup>10</sup> Sin embargo su argumento... estaba basado en la posibilidad de la inducción artificial de la división celular en el óvulo no fertilizado... El hecho de que la inducción artificial de la división celular ha fallado al producir frutos vivos en mamíferos<sup>11</sup> prueba que la fertilización es un *sine qua non* del desarrollo orgánico orientado hacia la formación de un organismo capaz de cualquier vida fuera del útero. Un óvulo de mamífero con cromosomas únicamente maternos es incapaz de sostener una embriogénesis normal —ya que también es un óvulo denucleado inyectado con cromosomas derivados únicamente del espermatozoide.<sup>12</sup> En otras palabras, la embriogénesis normal requiere de la fusión de gametos de origen tanto maternos como paternos —i.e., fertilización.

Aún más, cuando la fertilización inicia un proceso de división celular que se dirige exitosamente al desarrollo de un feto, es obvio que la vida orgánica individual de dicho feto fue iniciada precisamente por el proceso de fertilización. Cuando la Dra. Leach llama al producto inicial de concepción un «racimo de células» y un «precursor del embrión, precisamente cuando el espermatozoide y el huevo por separado fueron sus precursores», ella está claramente equivocada.<sup>13</sup> A diferencia de los productos de concepción, ni el espermatozoide ni el óvulo, por sí mismos, son capaces de desarrollarse en un feto.

Cuando se lleva a cabo la fertilización existe una nueva entidad, un cigoto, cuyos poderes intrínsecos y potenciales son totalmente diferentes, en clase, de los poderes y potenciales de cualquier entidad que esté surgiendo de una división celular iniciada en un óvulo no fertilizado. La fertilización es una condición necesaria de objetivos dirigidos al desarrollo de la formación de un feto y el desarrollo de un infante. Puede argumentarse, incluso, que este propósito dirigido de desarrollo inicia tan pronto como el espermatozoide ha penetrado el óvulo, ya que su

entrada en el óvulo inicia inmediatamente ciertas actividades metabólicas y secretoras, cuya primera función importante es prevenir que otro espermatozoide entre.

El segundo argumento afirmado por la Dra. Leach para no referirse al recién concebido como un organismo individual es que al inicio de la división o separación celular no siempre resulta en un embrión, esto es, las cosas pueden ir mal. Menciona tres tipos de fallas: el producto de concepción puede fallar al implante; o, aun si éste por sí mismo no se fija en el revestimiento interior del útero, puede convertirse en un «óvulo malogrado»; o, en el peor escenario, puede volverse una molécula hidatidiforme.<sup>14</sup>

Nuevamente, ese argumento no consigue su objetivo. Falla al tener en cuenta la diferencia fundamental entre una falla experimental debida a las condiciones del medio ambiente y una falla debida a las condiciones inherentes en el concepto por sí mismo. Falla en el desarrollo normal debido a las condiciones adversas intrauterinas, lo cual no prueba nada acerca de la naturaleza de la vida humana naciente y su desarrollo —excepto que éste no puede sobrevivir bajo ciertas condiciones. Tales fallas son accidentes; son independientes y no tienen relación sobre la naturaleza intrínseca o esencial de las víctimas.

Por otro lado, si el desarrollo falla debido a que la entidad carece de la capacidad inherente para desarrollarse normalmente, es inapropiado hablar aún de un producto apropiado para la concepción. Y, debido a que la naturaleza y potenciales de la entidad fueron radicalmente diferentes de aquellos productos normales de concepción, el experimento falla en dicha entidad —es un fracaso el implante, un fracaso que resulta en un «óvulo malogrado» o un accidente tal como el desarrollo de una molécula hidatidiforme— no nos puede decir nada acerca de la naturaleza y desarrollo de los productos normales de concepción.

Las moléculas hidatidiformes merecen un comentario especial, sin embargo. Existen dos tipos: moléculas completas, que consisten únicamente en tejido coriónico; y las parciales, que contienen tanto tejido fetal como coriónico. Una molécula completa derivada de un óvulo que ha perdido su núcleo pero ha sido penetrado por dos espermatozoides, o por un espermatozoide que se ha duplicado por sí mismo, es evidentemente un producto inapropiado de concepción, ya que carece de los cromosomas maternos complementarios.<sup>15</sup> Una molécula parcial se

puede desarrollar cuando un óvulo —sin la pérdida del núcleo femenino— ha sido penetrado por más de un espermatozoide, o cuando un óvulo ha sido penetrado por un espermatozoide defectuoso, el cual, debido a un accidente en la gametogénesis posee, dobles o triples clases de cromosomas. Las entidades con tales composiciones de excedentes de cromosomas paternos carecen de la capacidad inherente para una embriogénesis normal y, por lo tanto, tampoco pueden ser considerados como productos apropiados para la concepción. Su desarrollo, en consecuencia, no prueba nada acerca de la embriogénesis normal.

Los tres documentos antes mencionados contienen argumentos que se fijan en la totipotencia o falta de diferenciación de las primeras células. La primera afirmación de la Dra. Leach se basa en el punto de vista de que las células de un número de días después de la fertilización permanecen sin diferencia y son capaces de desarrollarse ya sea en tejido fetal o en el tan mencionado tejido «extra-embriónico», tal como la placenta.<sup>16</sup> La Dra. McLaren habla de totipotencia, más que de falta de diferenciación porque, como señala, en el embrión de ratón —y, en consecuencia, probablemente en el embrión humano que tiene un parecido cercano— en el período de 16 células, unos cuatro días después de la fertilización, cuando se ha formado el blastocisto, las células ya se han diferenciado en dos clases de células totalmente diferentes.<sup>17</sup> El argumento de la Sociedad Americana de Fertilidad está expresado en términos de afirmar que las células producidas después de la primera desunión divisoria posee un potencial experimental total.<sup>18</sup> Todos los textos sugieren que las observaciones referidas muestran que el recién concebido está destinado a llegar a ser, no sólo un organismo o entidad individual, sino dos diferentes tipos de entidad, es decir, un embrión apropiado y un tejido «extra-embriónico». La Sociedad Americana de Fertilidad —al igual que Norman Ford hace unos años—<sup>19</sup> también va más allá como para sugerir que las primeras células después de las primeras divisiones deben ser consideradas como organismos individuales separados.<sup>20</sup>

Sin embargo, el hecho de que las células del recién concebido no están aún diferenciadas, o de que sus orientaciones de desarrollo todavía no están establecidas, no prueba que la entidad no es un organismo individual. A la inversa, el hecho de que las células en el período blastocístico están diferenciadas en dos tipos —algunas de ellas siendo

programadas para llegar a ser parte del feto y otras para llegar a ser tejido que lo soporte y nutra— muestran tanto la unidad funcional como el propósito total común del proceso dirigido a esta diferenciación y la totalidad orgánica de la subsecuente «feto-placenta-unidad».<sup>21</sup> A menos que las células fueran desde el principio separadas de acuerdo a un programa único en el orden sincronizado, podría ser mera casualidad que vinieran de un feto con una placenta; y, podría ser mera casualidad que los productos normales de concepción siguieran el mismo patrón de desarrollo del cigoto al «feto-placenta-unidad». La placenta y los otros tejidos llamados «extra-embriónicos» son considerados como órganos fetales.<sup>22</sup> El «feto-placenta-unidad» es un organismo.

Aún más, el hecho de que la placenta y otras membranas se pierden con el nacimiento no refuta la totalidad orgánica del «feto-placenta-unidad», i.e., el niño nonato. Mejor dicho, esta pérdida es comparable a la pérdida posterior de los dientes de leche del niño en vida, una pérdida que ciertamente no prueba que sus primeros dientes no eran una parte adecuada de él.<sup>23</sup>

Lo que decide si el recién concebido es un organismo individual es *si existe un plan y propósito común total en la primera división celular*. Y, en tales casos, donde la división celular en el primer producto de concepción conduce a una siempre creciente diferenciación resultante en un «feto-placenta-unidad», está claro lo que Angelo Serra ha llamado una «rigurosa unidad en una totalidad gradualmente diferenciada».<sup>24</sup> Existe un propósito total.

Más aún, contrario a lo que la Sociedad Americana de Fertilidad sugiere,<sup>25</sup> el hecho de que las células trofoblastas (las precursoras de la placenta, y otros órganos fetales sustentadores) se formen antes de que las células se diferencien por sí mismas en las precursoras del feto es una prueba que apoya la «unidad rigurosa en la totalidad diferenciada gradualmente». Si el paso del desarrollo de ciertos órganos sustentadores es más rápido que el de otras partes del organismo que tienen que sostener, esto es, seguramente, para asegurar el necesario soporte vital para el posterior desarrollo de estas otras partes. Es por el bien del organismo en conjunto.

El argumento de la Dra. McLaren tampoco es muy convincente. Ella afirma que nuestro rastreo de continuidad de la vida corporal humana no puede retroceder más allá del período en que existe una entidad definida

en el aspecto espacial, con puntos de definición en el aspecto espacial, de donde podemos trazar las diferentes partes del cuerpo humano (aproximadamente el día 16).<sup>26</sup> El hecho de que en 16 días lleguen a ser discernibles las partes del organismo que se desarrollarán en cabeza, brazos y piernas no prueba que el concepto repentinamente llegue a ser un organismo individual en esta etapa. El período de 16 días es tan sólo una de las muchas etapas del proceso continuo.

El argumento final para no considerar al recién concebido como un organismo individual, a menudo repetido, es el hecho del acoplamiento monocigótico que muestra, tal como se afirma, que la vida humana individual no puede empezar antes de que se alcance ese período en el cual ya no le es posible duplicarse al producto de concepción.<sup>27</sup> A pesar del tiempo límite para la unión, el argumento se basa en la dudosa hipótesis de que todos los embriones tienen una tendencia innata —o por lo menos la habilidad— para unirse. Lo poco que conocemos sobre la unión monocigótica indica todo lo opuesto. La incidencia de la unión monocigótica, la misma en todas las poblaciones humanas, es no más del 0.36% de los nacimientos existentes, indicando que la tendencia a unirse es genéticamente determinada y peculiar a un muy pequeño porcentaje de embriones.<sup>28</sup> Y si la unión monocigótica es determinada genéticamente, no proporciona objeción para considerar la vasta mayoría de embriones como seres humanos individuales de fertilización. Más aún, si éste es genéticamente determinado, cuando ocurre dicha unión, lo hace de esta forma porque el producto inicial de concepción contiene un gen programando que existan dos individuos, no uno. En esta situación ya existen dos presencias individuales desde el inicio.

No obstante, si la unión monocigótica no está genéticamente determinada, entonces debe ser entendida como una forma de reproducción asexual, en donde el concepto difunde una parte de sí mismo (posiblemente la mitad), que a cambio llega a ser un organismo individual. Aun si este fuera el caso, no hay problema acerca de la individualidad. El organismo original continuará su existencia, mientras el embrión hijo empezará la vida en la separación —una nueva vida individual. En breve, la unión monocigótica no desaprueba la individualidad de la vida humana naciente, sin embargo, es perfectamente consistente con el punto de vista de que toda la vida humana es y permanece *vida individual continua* desde el momento en que inicia.

Se ha argumentado, por tanto, que la vida humana individual empieza en la fertilización, excepto posiblemente en el caso de las uniones monocigóticas (cuando una unión puede haberse desarrollado como un retoño del otro). Sin embargo, no se ha tomado en cuenta el hecho de que la fertilización por sí misma es un proceso que lleva tiempo. Algunos sostienen que no existe un nuevo organismo (diferente de un espermatozoide y un óvulo) hasta que surge el material genético de un nuevo genoma compuesto de 23 pares de cromosomas arreglado de tal forma que un cromosoma en cada par es heredado de la madre, y el otro del padre. Si pudiera mantenerse, sin embargo, que una vez que el proceso de fertilización se ha iniciado por la penetración de la zona transparente (circundante del óvulo) por un espermatozoide y la zona que interactúa para prevenir que ningún otro espermatozoide penetre, los dos gametos trabajan al unísono hacia la misma meta final, el desarrollo de un cigoto —una entidad con un potencial activo para desarrollarse en un ser humano maduro. Puede argumentarse, entonces, que la vida humana realmente empieza cuando la zona reacciona a la penetración del esperma.<sup>29</sup>

Ya sea que se acepte o no el último punto, parece razonable concluir que una vez que el cigoto se ha formado existe un nuevo organismo, diferente de los dos gametos tomados por separado, y sin embargo, igual que el feto, el niño y el adulto en que se desarrollará, ya que no existe discontinuidad en el proceso de embriogénesis desde el período cigoto al período fetal y posterior. Ningún cambio substancial se lleva a cabo después de la fertilización. El recién concebido, i.e. cigoto y la entidad después de la división celular, es el mismo organismo individual que el adulto en el que se desarrollará posteriormente.

### **Seres humanos y personas humanas**

La pregunta que se plantea ahora por sí misma es la siguiente: si aceptamos que la vida de un ser humano empieza en la fertilización y se continua desde entonces progresiva hasta la muerte individual, ¿debemos aceptar también que la vida de una persona humana empieza en la fertilización? ¿Los términos «persona humana» y «ser humano» se refieren a la misma clase de criatura? Algunos filósofos han argumentado que no lo son. Entre éstos menciono a Michael Tooley, quien en un docu-

mento titulado *Defensa del aborto e infanticidio*, publicado en *Filosofía y Asuntos Públicos* en 1972, argumentó que debido a que el embrión, el feto y también el infante carecen de conciencia y otras capacidades individuales típicas de las personas adultas, ellos no merecen ser llamados personas.<sup>30</sup>

En la línea de razonamiento de Tooley, el término «ser humano» es un término meramente biológico que se refiere a miembros de la especie del *homo sapiens*, en donde el término «persona» es un término filosófico, psicológico y teológico que se refiere a las criaturas con ciertas capacidades intelectuales tales como la falta de naturalidad y racionalidad. Continúa, por supuesto, de este punto de vista, que no todas las criaturas que poseen capacidades intelectuales son necesariamente humanas, y a la inversa, que no todos los seres humanos son personas.

Peter Singer, Helga Kuhse y Dianne Wells adoptaron el informe de persona de Tooley, argumentando que ni los embriones, fetos o infantes o aquellos que tienen un severo daño cerebral o seniles son personas.<sup>31</sup>

De acuerdo con Singer y sus co-autores, para llamar a estos seres humanos personas y, en virtud de su humanidad, les imputa los mismos derechos que a las personas humanas adultas expresada como «espécimen», un prejuicio tan deplorable como el racismo.

Actualmente, la interpretación de persona de Singer puede refutarse mostrando que lo que importa en cuanto a la noción de persona no está presente en la conciencia o actualmente ejercitable en las habilidades intelectuales, sino en una cierta clase de naturaleza, una «naturaleza racional».

Pueden no existir habilidades racionales ejecutables mientras se duerme, pero esto no me convertirá temporalmente en una no-persona. El que sea capaz de ejercitar dichas habilidades cuando estoy despierto muestra que soy una persona. La situación es tanto diferente como similar en el caso de niños pequeños. Ellos aún no son capaces de ejercitar habilidades intelectuales sofisticadas cuando están despiertos, sin embargo, poseen una capacidad inherente para desarrollar habilidades intelectuales típicas de las personas adultas. De seguir su desarrollo normal, ellos obtendrán las habilidades intelectuales mencionadas en alguna etapa de su vida. Y, ya que sus vidas son continuas, permanecerán como los mismos seres individuales desde el inicio de la concepción hasta que mueran. Si son personas en alguna etapa de sus vidas,

entonces, con seguridad, serán personas en todas las etapas de sus vidas.

En las palabras de Benedict Ashley y Kevin O'Rourke, la definición de persona no debe ser meramente sincrónica sino diacrónica.<sup>32</sup> La definición de persona puede empezar con la referencia de aquellas capacidades intelectuales típicas de las personas humanas adultas, pero deben incluir la biografía completa de los seres humanos u organismos individuales que poseen estas habilidades intelectuales.<sup>33</sup>

Al desarrollar este discernimiento, Ashley y O'Rourke hicieron una distinción entre los potenciales pasivos y activos. El potencial de arcilla para llegar a ser una olla en las manos de un artesano está descrito como un potencial pasivo, mientras que la habilidad del artesano para dar forma a la arcilla en la forma de una olla se designa potencial o capacidad activo. Sobre las bases de esta distinción, argumentan que el embrión humano tiene un potencial o capacidad activo para desarrollarse en una persona humana madura con las habilidades intelectuales típicas de las personas humanas, en donde, por ejemplo, un embrión de gato tiene una capacidad activa para desarrollar las características de un gato.<sup>34</sup>

Expresado en forma diferente, las habilidades intelectuales ejercitadas por los adultos actualmente deben haberse originado en una capacidad inicial para desarrollar dichas habilidades.<sup>35</sup> Un ser que posee habilidades asociadas con la racionalidad debe haber poseído siempre una naturaleza inherente en la que estuvo una capacidad activa original para desarrollar dichas habilidades. Esta clase de naturaleza puede ser descrita como naturaleza racional. De acuerdo con este razonamiento, entonces, el humano recién concebido ya posee una naturaleza racional, la misma naturaleza racional del adulto que posee capacidades racionales manifiestas. En consecuencia, parece ser razonable considerarlo como una persona y sostener que los términos «ser humano» y «persona humana» se refieren a la misma clase de criaturas.

Es interesante notar que esta disertación sobre persona está en armonía con la definición de Boecio de persona como un ser individual con una naturaleza racional —*naturae rationalis individual substantia*<sup>36</sup> y, también que Tomás de Aquino aceptó la definición de una persona de Boecio. Esto es interesante porque puede sugerir que, si Tomás de Aquino hubiera tenido un entendimiento más preciso de la embriogénesis, no hubiera creído en la animación retardada sino que hubiera podido

llegar a la conclusión de que el alma racional está incluida en la concepción y que el recién concebido es una persona humana —o sólo un organismo viviente preparado para llegar a ser una persona. Sin embargo, es bien conocido que Aquino creía en la animación retardada, ya que sostenía que un alma racional humana no podía estar presente en el cuerpo humano hasta que estuviera suficientemente formado para poseer los órganos a través de los cuales dicha alma podría realizar sus potencialidades apropiadas.<sup>37</sup>

Contrario a lo que ha sido sugerido anteriormente, existen filósofos modernos que sostienen que aún en vista del conocimiento moderno, Aquino no hubiera aceptado una teoría de animación inmediata. Los más prominentes de estos filósofos pueden ser Joseph Donceel, SJ, quien ha argumentado que, en el razonamiento de Aquino, el cuerpo humano no puede estar listo para recibir el alma racional sino hasta que el sistema nervioso central se desarrolla.<sup>38</sup>

Consideremos este argumento. Si la posesión de un sistema nervioso central es una condición necesaria y suficiente para la obtención de un alma racional, se observa que actualmente no es necesario para un ser humano ejercitar habilidades racionales con objeto de ser una persona con un alma racional. Tanto el feto como el infante serán personas bajo este entendimiento, aunque el embrión o el recién concebido no lo sean. Esto es porque el feto y el infante poseen un sistema nervioso central y, con eso, llenan los requisitos de hilemorfismo, es decir, sus cuerpos se cree son para complementar el alma racional.

¿Sin embargo, es la posesión de un sistema nervioso central realmente un *sine qua non* de la clase de complementariedad que puede ser necesaria? Para enfocarnos en este punto, el feto es sólo potencialmente capaz de ejercitar poderes racionales; no es más capaz de hacerlo que el recién concebido. Si el alma racional requiere un cuerpo con los órganos a través de los cuales pueda expresarse por sí mismo, ¿no sería más acertado sugerir que el alma racional está incluida sólo en el momento en que el alma realmente empieza a realizar sus poderes a través de estos órganos? ¿Por qué debemos estar inactivos en el organismo desde el período fetal hasta el período en que el niño empieza a andar cuando empieza a expresar sus habilidades racionales?

A la inversa, si se admite que el potencial del feto para expresar sus habilidades racionales es una capacidad activa, una que es inherente en

tal forma que será realizada en el futuro (el suministro del desarrollo del feto no está obstaculizado por enfermedad, accidente o destrucción intencionada), ¿tampoco debe admitirse que este potencial activo está ya inherente en el recién concebido o desde el período progresivo del cigoto? Si el alma racional debe estar presente en el organismo humano sin estar en posición de expresarse por sí misma cuando existe un sistema nervioso central, ¿por qué no puede también estar presente antes de esto en el organismo humano con la clase de tejidos y células que anteceden la formación del sistema nervioso central?

No es verdad que una vez que uno admite que el alma racional puede estar presente en el cuerpo aun si no está (todavía) en posición de expresarse por sí misma, uno también debe admitir que el substrato del alma no puede estar en ningún órgano en particular, pero puede estar viviendo en el mismo organismo humano en cuanto a que un día poseerá el potencial activo inherente para desarrollar y expresar sus habilidades racionales. Y el organismo humano, el mismo organismo humano viviente, está presente desde el período de cigoto hasta el período fetal y en adelante.

Parece que nuevamente llegamos a la conclusión de que a menos de que el organismo posea desde el principio un poder activo para desarrollar ciertas habilidades intelectuales, nunca lo hará y, a la inversa, que cualquier organismo que tiene el potencial activo para desarrollar habilidades características de los seres humanos maduros ya es un ser humano con una naturaleza y alma racional.

Si es aceptado que la vida humana, desde la concepción en adelante, es un proceso continuo que involucra cambios no sólo substanciales sino accidentales, continúa lógicamente en un entendimiento de persona no dualista de que el alma humana debe ser incluida en la concepción. A la inversa, como ha señalado Diane Nutwell,<sup>39</sup> cualquier teoría sobre los inicios de la vida personal humana que esté basada en alguna señal de un evento biológico, ocasionando una animación retardada, es necesariamente dualista o implica que los eventos señalados marcan un cambio substancial. Aquino nunca hubiera aceptado una teoría dualista; ni hubiera aceptado una teoría que no estuviera acorde con los hechos observables. Y la hipótesis de que el embrión en alguna etapa experimenta un cambio substancial es contradictorio con los hechos. Todo lo que sabemos acerca de la embriogénesis indica que existe una vida indi-

vidual continua desde el momento de la concepción y, por lo tanto, que la naturaleza del organismo permanece en la misma forma de ahí en adelante.

Por supuesto, sabemos que Aquino creía en una jerarquía del surgimiento de las almas desde lo vegetativo, a lo sensitivo hasta el alma racional, en tal forma que un alma superior posee los poderes de cualquier alma inferior; y así, siguiendo con Aristóteles, él también creía que el desarrollo biológico de la vida humana naciente estaba marcada por la sucesión de cambios substanciales en cada uno de los cuales adquiría un alma nueva y más elevada.<sup>40</sup> Sin embargo, como ha mostrado Stephen Heaney, Aquino también creía que hasta que el concepto estaba suficientemente desarrollado para encarnar un alma racional, el «principio de la vida» que guiaba su desarrollo no venía dentro de sí mismo, sino desde el esperma paterno.<sup>41</sup> Y, notando lo absurdo de esta teoría en vista de la embriología moderna, Heaney convincentemente argumenta que, si las líneas no dualistas de razonamiento tomista son aplicadas al actual entendimiento del desarrollo del embrión, observa que exactamente desde el momento de la concepción del principio de la organización de la vida del organismo humano debe estar por sí misma el alma racional.<sup>42</sup>

Heaney empieza su argumento mostrando que con base en el tomismo sería imposible para un alma inferior guiar el desarrollo del organismo hacia la adquisición de un alma más elevada y poderosa, ya que el efecto no puede ser más grande que la causa.<sup>43</sup> En consecuencia, un alma vegetativa, correspondiente a un organismo insensible e irracional, no es suficiente para producir el cuerpo requerido para expresar los poderes racionales. La única clase de alma o principio de la vida apto para dirigir el proceso embriónico hacia el desarrollo de la clase de cuerpo capaz de expresarse racionalmente, podría ser un alma racional. Sin embargo, ya que Aquino no creía que el alma racional estuviese presente desde el momento de la concepción, concluyó que es el alma racional del padre, cuyos poderes están inherentes en el esperma o semen, quien dirige el proceso de la embriogénesis,<sup>44</sup> aunque esto es inaceptable en un entendimiento moderno. El espermatozoide fertilizante se fusiona con el óvulo y juntos forman el nuevo genoma, quien en un nivel biológico suministra la información requerida para la embriogénesis. El espermatozoide no fertilizante y el semen son absorbidos por el cuerpo materno. En consecuencia, en un entendimiento tomista del siglo XX,

el alma racional requerida para la embriogénesis debe ser inherente en el concepto por sí mismo; no existe otra posibilidad.<sup>45</sup>

Para concluir, en términos modernos, en el nivel de la biología molecular, el instrumento orgánico para expresar el principio de la vida organizada del recién concebido deriva del genoma consistente de 23 pares de cromosomas, uno en cada par del padre, el otro de la madre. En un nivel filosófico (o más precisamente, en el nivel ontológico), el principio de la vida organizada debe ser entendida como un propósito orientado, dinámicamente independiente, es decir, una capacidad activa para desarrollarse en un ser humano racional maduro. En un entendimiento tomista o aristotélico, entonces, en el contexto de la embriología moderna, ésta capacidad activa inherente en la naturaleza del recién concebido y de acuerdo con su desarrollo desplegado, debe ser el alma racional del organismo.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> COMMITTEE OF INQUIRY INTO HUMAN FERTILISATION AND EMBRYOLOGY, *Warnock Report*, Londres: Department of Health and Social Security, 1984:65.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 59.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 65.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 64.

<sup>5</sup> CATHOLIC BISHOP'S JOINT COMMITTEE ON BIO-ETHICAL ISSUES, on Behalf of the Catholic Bishops of Great Britain, *In Vitro Fertilisation: Morality and Public Policy*, Evidence submitted to the Government Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology (the Warnock Committee), Londres: Catholic Information Services, 1983; ID., *Response to the Warnock Report on Human Fertilisation*, Comments submitted to the Secretary of State for Social Services, Londres: Catholic Media Office, 1984.

<sup>6</sup> BOARD OF SOCIAL RESPONSIBILITY, *Human Fertilisation and Embryology*, The Response of the Board of Social Responsibility of the General Synod of the Church of England to the Department of Health and Social Security, Report of the Committee of Inquiry, Londres: Social Policy Committee, 1984:8.

<sup>7</sup> ID, *Personal Origins*, The Report of a Working Party on Human Fertilisation and Embryology of the Board of Social Responsibility, London: CIO Publishing, 1985.

<sup>8</sup> *Warnock Report...*, p. 66.

<sup>9</sup> LEACH, P., *Human in Vitro Fertilisation: An Explanatory Note Prepared by Dr. Penelope Leach*, in *The First Report of the Voluntary Licencing Authority for Human in Vitro Fertilisation and Embryology*, Londres: The Medical Research Council, 1980, Annex, 3:39-40; AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Ethical Consideration of the New Reproductive Technology*, *Fertility and Sterility* 1986, 46, suppl: 1S-94S; MCLAREN, A., *Prelude to Embryogenesis*, in BOCK, G., O'CONNOR, M. (eds), *Human Embryo Research: Yes or No?*, Londres: The CIBA Foundation, 1986:5-23.

- <sup>10</sup> LEACH, *Human in Vitro...*, p. 39.
- <sup>11</sup> EDWARDS, R.G., *Conception in the Human Female*, Londres: Academic Press, 1980:643-645.
- <sup>12</sup> SUAREZ, A., *Hydatidiform Moles and Teratomas confirming the Human Identity of the Preimplantation Embryo*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 1990,15:620-629.
- <sup>13</sup> LEACH, *Human in Vitro...*, p. 39.
- <sup>14</sup> *Ibid.*, pp. 39-40.
- <sup>15</sup> SUAREZ, *Hydatidiform Moles...*, pp. 629-630.
- <sup>16</sup> LEACH, *Human in Vitro...*, p. 39.
- <sup>17</sup> MCLAREN, *Prelude to Embryogenesis*, pp. 9-10.
- <sup>18</sup> AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Ethical Consideration...*, p. 26s.
- <sup>19</sup> FORD, N.M., *When Did I Begin?*, Cambridge University Press, 1988:137-139.
- <sup>20</sup> AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Ethical Consideration...*, 26s.
- <sup>21</sup> Para este término, véase SERRA, A., *The Human Embryo, Science and Medicine: Commentary on a Recent Document*, en MALHERBE, J.F., (ed) *Human Life, Its Beginnings and Development: Bioethical Reflection by Catholic Scholars*, Louvain-la-Neuve: CIACO, 1988:54.
- <sup>22</sup> DALY, T.V., *New Law Reform Commission invites Discussion on the Embryo's*, *St Vincent's Bioethics Centre Newsletter* 1987,5(3):11.
- <sup>23</sup> SUTTON, A., *Prenatal Diagnosis: Confronting the Ethical Issues*, Londres: The Linacre Centre, 1990:108.
- <sup>24</sup> SERRA, *The Human Embryo...*, p. 40.
- <sup>25</sup> AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Ethical Consideration...*, p. 27s.
- <sup>26</sup> MCLAREN, *Prelude to Embryogenesis*, p. 12.
- <sup>27</sup> LEACH, *Human in Vitro...*, p. 40; MCLAREN, *Prelude to Embryogenesis*, p. 11; AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Ethical Consideration...*, p. 27s; FORD, *When Did I Begin?*, p. 135.
- <sup>28</sup> MCLEAN, J., *Embryogenesis of Monozygotic Twins*, *Catholic Medical Quarterly* 1990, XLI (2):65-72.
- <sup>29</sup> TONTI-FILIPPINI, N., *Further comments on the beginning of Life*, *Linacre Quarterly* 1992,59(3):76-81.
- <sup>30</sup> TOOLEY, M., *A Defense of Abortion and Infanticide*, *Philosophy and Public Affairs* 1972,2:37-65.
- <sup>31</sup> KUHSE, H., SINGER, P., *Should the Baby Live?*, Oxford: Oxford University Press, 1985:120-122; SINGER, P., WELLS, D., *Reproduction Revolution: New Ways of Making Babies*, Oxford: Oxford University Press, 1984:90-91.
- <sup>32</sup> ASHLEY, B.M., O'ROURKE, K., *Health Care Ethics: A Theological Analysis*, 3rd. ed., St Louis: The Catholic Health Association of the United States, 1989:209.
- <sup>33</sup> *Ibid.*
- <sup>34</sup> *Ibid.*, p. 210.
- <sup>35</sup> SUTTON, *Prenatal Diagnosis...*, 114.
- <sup>36</sup> BOETHIUS, *Liber de Persona et Duabis Naturis*, cc. 2,3.
- <sup>37</sup> THOMAS AQUINAS, *Summa contra Gentiles*, II,86,40; *De Anima*, X, ad 2.
- <sup>38</sup> DONCEEL, J. SJ, *Immediate Animation and Delayed Hominization*, *Theological Studies* 1970,31:76-105.

<sup>39</sup> IRVING, D.N., *Scientific and Philosophical Expertise: An Evaluation of the Arguments on «Personhood»*, *Linacre Quarterly* 1993,60,1:18-47.

<sup>40</sup> THOMAS AQUINAS, *Summa Theologiae*, 118, 2 ad 2.

<sup>41</sup> HEANEY, S.J., *Aquinas and the Presence of the Human Rational Soul in the Early Embryo* in HEANEY, S.J. (ed.), *Abortion: A New Generation of Catholic Responses*, Braintree: The Pope John XXIII Center, 1992:51.

<sup>42</sup> *Ibid.*, pp. 51-68.

<sup>43</sup> *Ibid.*, pp. 48-50.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 51.

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 54.

# Sentido antropológico de la sexualidad

*Lourdes Gordillo Alvarez-Valdés\**

## **Resumen**

*En este artículo se entiende la relación sexual como una dimensión radical de la existencia humana y que afecta directamente a la realización personal del hombre. Esta relación de reciprocidad y de reconocimiento propia de la persona humana se proyecta hacia un futuro creador que integra, tanto la dimensión placentera como la fecundidad, desde una perspectiva unitaria que hace de la relación sexual una auténtica relación personal.*

Para comprender lo que significa la sexualidad en la vida humana, hay que comenzar diferenciando la sexualidad de la condición sexuada, porque «la actividad sexual es una reducida provincia de nuestra vida, muy importante pero limitada, que no comienza con nuestro nacimiento y suele terminar antes de nuestra muerte. Está fundada en la condición sexuada de la vida humana en general, y afecta a la integridad de ella, en todo tiempo y en todas sus dimensiones».<sup>1</sup> En efecto, la condición sexuada forma parte de la dimensión constitutiva del hombre y, por tanto, es una dimensión radical de su existencia personal y social; por contrapartida, la actividad sexual está polarizada en una dirección determinada de la existencia humana.

\* Profesora Titular de Antropología Filosófica. Universidad de Murcia, España.

Ahora bien, decir que lo sexuado es una dimensión constitutiva del hombre es afirmar que la forma de instalación del hombre en el mundo es a través de su condición de varón y de mujer y, por tanto, afecta a todas las dimensiones que constituyen a la persona humana. El modo de afectar no se resuelve en el hecho de que lo sexuado reviste todas las acciones de la persona. Se trata, más bien, de algo inscrito en la misma condición de ser varón o mujer. Así, se puede comprender la función de la sexualidad como contribuyente a la realización personal desde la condición sexuada de varón o mujer.

En consecuencia, el modo de ser persona, masculina o femenina, es algo constitutivo que orienta toda la existencia personal y que configura el modo peculiar de comprenderse y realizarse a sí mismo.<sup>2</sup> Con acierto, Julián Marías afirma: «La condición sexuada, por ser una instalación, penetra, impregna y abarca la vida íntegra, que es vivida sin excepción en varón y mujer. Toda realidad, incluso las más ajenas a la sexualidad —el comer, la comprensión de un teorema matemático, la contemplación de un paisaje, un acto religioso, la vivencia de un peligro— se vive desde la instalación en el sexo y, por consiguiente, en un contexto y desde una perspectiva que no se puede reducir a la otra».<sup>3</sup> Así pues, la condición sexuada impregna también nuestro modo de vivir la actividad sexual como relación interpersonal.

Para conseguir esta realización personal, es necesario que los diferentes estratos que componen la existencia personal se integren en armonía para poder hablar realmente de conducta humana y personal. De ahí que el factor de unidad se convierta en característica esencial de toda relación sexual, y se requiere para llevar a cabo una comunión de vida y de amor. Esta unidad hace referencia, especialmente, a todas aquellas funciones que deben estar presentes en la conducta sexual, por ejemplo, la unidad que debe darse entre la persona y su cuerpo, para que esa unión sea la condición de posibilidad de lo que es propio de la conducta sexual auténtica.

Con esto se quiere significar que la conducta sexual cumple su sentido cuando se dirige a la autorrealización personal, tanto del varón como de la mujer. Cuando se cumplen estas condiciones de unidad e integración de funciones se puede hablar de la relación sexual como una auténtica relación personal.

En este sentido, Scheler apunta que, para conseguir que la relación amorosa sea una auténtica relación personal, es condición necesaria la apertura y el reconocimiento del otro en su valor absoluto y de comunión permanente con él, porque sólo la persona es capaz de entrar en relación con otra persona en un horizonte de universalidad.<sup>4</sup> Es lo que puede llamarse un encuentro entre dos seres de condición sexuada, que conjugan su vida sensible en común. La sexualidad es en este contexto instancia básica de reciprocidad y relación sensible.

La sexualidad vista así es un fenómeno profundo que afecta al modo de ser de la persona. Por tanto, considerarla como una determinación trivial es deshumanizar lo más propio de la condición humana. Una sexualidad que no responda a estas condiciones conduce por cauces irracionales todo lo que configura el destino humano, porque la sexualidad se presenta como una unidad de factores biológicos, psíquicos y sociales.

El fenómeno sexual se asocia con tres elementos propios del encuentro sexual: relación o encuentro, placer y fecundidad. Cada uno de ellos cumple una función de la cual no se puede prescindir en la relación sexual.

## 1. Funciones de la sexualidad

### *a) Función relacional*

El punto de partida de toda relación, dentro de este ámbito, es la reciprocidad del uno para el otro, entendida como alteridad constitutiva de la persona humana. Es en el encuentro personal de la relación sexual donde la carne y el amor se unen y justifican formando un todo, lanzado hacia el encuentro de otro destino.<sup>5</sup> En este encuentro el otro es una realidad inacabada, proyectada hacia el futuro, creadora y abierta.

Esto explica que el encuentro personal no es indiferente, afecta siempre positiva o negativamente. La relación personal nunca es neutra, en esta relación la persona sexuada es varón para la mujer y es mujer para el varón, así es, «porque en este caso la instalación en el sexo consiste en estar proyectándose hacia el otro. Ser varón no quiere decir otra cosa que estar referido a la mujer, y ser mujer estar referido al varón».<sup>6</sup> Es un reconocimiento de la existencia personal en su condición sexuada.

El reconocimiento se realiza en el encuentro amoroso en forma de comunicación mutua, pero este reconocimiento puede llevar a engaño en el caso del amor, ya que el reconocimiento propio del amor no puede consistir en amar al otro como imagen revestida de uno mismo.<sup>7</sup> Es el peligro de buscarse a sí mismo a través del otro. Hay también otros modos de relación amorosa que no cumplen los requisitos propios de una relación personal. Pues bien, estas formas patológicas del amor se hacen patentes cuando la relación sexual se desvincula de alguna de sus condiciones. El reconocimiento se construye también en la duración, es decir, en una relación estable que permita una maduración en la comunicación, porque el amor humano no es un logro definitivo, es más bien un proyecto que va adquiriéndose cada día, una conquista que requiere esfuerzo.

Ahora bien, la sexualidad es un modo de relación amorosa, donde el amor se dirige hacia la totalidad de la persona. Este amor se manifiesta en el encuentro sexual. Sin embargo, no podemos olvidar que la sexualidad es también impulso y apetencia del otro, que no soy yo, y que es de diferente sexo. Pero el deseo no se confunde con el amor, aunque ambos no se pueden separar por completo, porque proceden de necesidades biológico-sociales y se sitúan en la unidad personalizadora del individuo.

La relación sexual expresa la común pertenencia del varón y la mujer a una misma carne y la posibilidad de compartir una misión en la reconstrucción del mundo.<sup>8</sup> Sin embargo, esta relación puede convertirse también en fuente de explotación mutua, según sea el modo de entender este encuentro o a causa de la disociación de los elementos que lo componen.

El amor es el núcleo de esta relación sexual que es, ante todo, alteridad, es decir, otros en el reconocimiento mutuo, porque la necesidad fundamental de la persona es amar y ser amada y está constitutivamente orientada al amor y a la relación.

### *b) Función del placer*

Reducir la sexualidad a lo biológico y al goce placentero es perder el sentido humano de la sexualidad y es reducirla a sensualidad. Sin embargo, desde un punto de vista estrictamente cronológico, el placer es el

lo estrictamente individual, no es algo que se comparta. No puede formar parte de una relación de encuentro personal.

Ahora bien, el desprecio del placer o la negación del placer destruyen también el amor, porque el amor verdadero acepta el placer cuando se inserta en una felicidad que se trasciende a sí misma sin perder la propia autonomía. Aquí, hay que insistir de nuevo sobre la importancia de integrar todas las funciones de la sexualidad en una perspectiva unitaria.

### *c) Función de la fecundidad*

Se trata también de una dimensión que no se mide por la eficacia, sino por la persona. La actividad sexual aparece aquí, claramente, como donación y como apertura a la vida. La vida se expande según su propia dinámica y el fruto no se advierte como un simple producto o consecuencia biológica, sino como un verdadero fruto del amor.

Un amor que se cerrase a la concepción de una nueva vida sería un amor incompleto, porque el amor sexuado, entre un hombre y una mujer, lleva implícito el deseo o, al menos, la perspectiva de la fecundidad. Por ello, el acto de amor lleva implícito el deseo de apertura a una trascendencia, que va más allá del mismo acto de amor, y esto es lo propio del amor: trascender sus propios límites. Más aún, la apertura a la fecundidad es la garantía de que el encuentro ha sido fecundo, ya que el advenimiento de un tercero hace del encuentro algo fructífero, cuya finalidad es que el encuentro de «dos mismos» se reconozcan en un tercero.

En este encuentro personal, el amor se muestra como donación personal a través de la propia corporalidad, ya que la actividad sexual es una donación de la vida, donde el amor es ámbito de generación de la vida. Pues bien, esta potencia creativa que posee el hombre es, también, resultado de un acto creador individual y es participación del poder creador de Dios: la generación humana es propiamente denominada procreación.

Se entiende así que, desde una perspectiva puramente biológica, la mujer se prepare cíclicamente y de forma automática para que este encuentro sea fructífero y el hombre, en ese encuentro, aporte lo que falta para lograr la generación humana. Pero también se entiende que la refle-

primero en aparecer, tras el descubrimiento de la sexualidad. El problema surge cuando se intenta disociar el placer de la relación de encuentro y reconocimiento del otro, ya que, en ese caso, se produce una alienación, al utilizar al otro como objeto, perdiendo toda posibilidad de establecer una relación personal.

Esto no quiere decir que el placer no se contemple en la experiencia sexual, porque justo en ella cada uno es fuente de placer para el otro y esto implica que el acto sexual tenga la estructura de una donación. El amor de donación personal conduce a un amor que busca la verdad y el cumplimiento, es decir, el deseo de plenitud de la persona querida. La sexualidad se convierte así en una experiencia profunda, vivida en común en la que el hombre descubre buena parte de su modo de ser.

Ahora bien, el placer resulta paradójico en cierto sentido, pues, por una parte, es lo que se le presenta al hombre de forma espontánea como capaz de colmar la infinitud del deseo. Así decía Aristóteles: «La naturaleza del deseo consiste en ser sin límites y la mayor parte de los hombres no viven más que para colmarlo»,<sup>9</sup> ya que el carácter finito del placer se contradice con el carácter infinito e indefinido del deseo y la felicidad.

El placer es una cualidad de la vida a tal grado que se extiende a toda actividad humana: «Son las cosas que hacen cambiar a los hombres en sus juicios y a los cuales se vincula el dolor y el placer».<sup>10</sup> Pero pierde autonomía y sentido cuando la voluntad consciente hace de él un fin definitivo. Cuando el placer adquiere este sentido totalitario es limitado porque es un acto particular, un proceso aislado y parcial que pretende culminar en una totalidad. No sin razón, Ricoeur vaticina que el hombre se entregará al placer como a un absoluto y esquematizará lo absoluto en los objetos de su deseo.<sup>11</sup>

En efecto, esta búsqueda del placer es lo que hace del otro un medio placentero. El placer, así, se convierte en el fin de la relación sexual y busca únicamente el modo de satisfacerse, olvidando las demás condiciones que hacen de la relación sexual una auténtica relación personal.

Sin embargo en el caso del amor esto no ocurre, porque el que ama no busca el placer por sí mismo, sino que encuentra la felicidad en el amor del otro. Por otra parte, el placer, en cuanto realidad sensible, no contiene la misma apertura hacia el futuro que el goce y la felicidad, ya que el placer encierra al hombre en sí mismo y no trasciende más allá de

reducida, ni entender que de su solo ejercicio se pueden explicar todos los demás niveles que componen la sexualidad.

La sexualidad es más bien un conjunto de condiciones, circunstancias y perspectivas que obran en una persona por el compromiso biológico de su sexo; y esa persona es una unidad psicofísica inseparable. Así, la sexualidad humana forma parte de la realización personal.

Por el contrario, la genitalidad o sexualidad refleja es el nivel más bajo de la sexualidad, es donde el hombre más se acerca a la animalidad y más se aleja de su personalidad.<sup>13</sup> Por ello, es importante que el hombre tome conciencia del riesgo que supone el ejercicio de la genitalidad disociada de las demás funciones, propias de toda relación sexual que pretenda ser una relación humana personalizada.

Además, la investigación biológica demuestra que toda célula humana, desde el instante de su concepción, está marcada por la sexualidad e informa toda la realidad del individuo. Esta dimensión masculina o femenina designa una realidad mayor que el simple funcionamiento de los órganos genitales. Todas las relaciones humanas entre los hombres son relaciones sexuadas, pero no genitales. Esto significa que todos los deseos son marcados por la experiencia que tenemos de la sexualidad desde nuestra infancia. De ahí dependerá también el modo de asumir el sexo en nuestra vida y la manera concreta de ver el mundo y de establecer relaciones humanas.

Por otro lado, el hecho de que toda relación es sexuada implica que ninguna relación puede reducirse exclusivamente a la genitalidad, porque en la misma relación sexual se dan aspectos que no responden a una relación genital. Tal es el caso de la reflexión sobre el mismo ejercicio de la sexualidad como, por ejemplo, los hijos, la religión, la economía, etc..., aspectos que responden, más bien, a una concepción psicológica y ética.

La existencia de los sexos afecta también a lo más profundo del individuo y nos conduce hacia dimensiones esenciales, porque el ser humano es varón o mujer, y esto no es algo accidental sino sustantivo. El hecho de que la persona sea un ser sexuado conduce al análisis sobre el sentido de la complementariedad entre los dos sexos como modos de existencia, pues esta complementariedad aparece de forma patente en la relación sexualidad-cuerpo.

xión sobre este aspecto puramente biológico no se comprendería totalmente sin una reflexión sobre la trascendencia del mismo acto generativo.

Por otra parte, la antropología contemporánea ha puesto de relieve la necesidad de establecer una síntesis entre los factores biológicos y la reflexión filosófica. De este modo, Gehlen entiende que es difícil establecer distinciones entre lo biológico y lo cultural. No hay línea divisoria entre estos fenómenos, más bien, parece que en el hombre no se puede hablar de fenómenos estrictamente biológicos, porque todo lo biológico está ya humanizado.<sup>12</sup>

Por otra parte, desde esta perspectiva antropológica, la vuelta al origen a través de la sexualidad nos permite una mejor comprensión del hombre, porque la sexualidad nos vincula con nuestro origen humano. Cada hombre existe o toma su origen en el ejercicio de la sexualidad por parte de sus progenitores, de modo que el encuentro sexual muestra el carácter único de cada persona y la dependencia que a ella se vincula. No menos importante es la manifiesta potencialidad creativa que va más allá de la estricta relación sexual.

Ahora bien, para que la actividad sexual pueda darse en una relación de encuentro personal, es necesario que estas tres funciones de la sexualidad se den correlativamente. Además, esta forma de entender la sexualidad implica una responsabilidad y un compromiso, haciendo de la relación sexual una integración de dimensiones que no es posible confundir con una mera organización biológica.

## 2. Sexualidad y genitalidad

La sexualidad del ser humano no se reduce a la genitalidad, porque el sólo funcionamiento de los órganos genitales en la relación sexual, con uno mismo o con otro cualquiera, no tiene ninguna significación personal. Lo único que se muestra es un tipo de conducta reducida al aspecto puramente biológico de la genitalidad.

En consecuencia, hay una sexualidad genital, biológicamente preparada para producir, al menos, unos efectos reflejos, que no son toda la sexualidad y que tampoco ésta se puede comprender sin aquellos. No sería lógico intentar definir la sexualidad desde una perspectiva tan

se encierra al hombre en sí mismo y no hay apertura al otro, sin llegar a convertirse en medio de realización personal auténtica.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> MARIAS, J., *Antropología metafísica*, Alianza universidad, Madrid 1983, pp. 120-21.

<sup>2</sup> Chaza sugiere respecto de este tema, que al ser diferentes la constitución personal del varón y de la mujer, también difiere su forma de autorrealización, por lo tanto, esto implica que en la relación sexual hay que tener en cuenta el distinto modo de ser del varón y la mujer. Cfr. CHOZA, J., *Antropología de la sexualidad*, ed. RIALP, 1993, p. 128.

<sup>3</sup> MARIAS, J., op. cit. p. 124.

<sup>4</sup> Cfr. SCHELER, M., *Esencia y formas de la simpatía*, ed. Losada, Buenos Aires 1950, p. 228.

<sup>5</sup> Cfr. LACROIX, X., *Le corps de chairs*, ed. du Cerf. París 1992, p. 12.

<sup>6</sup> MARIAS, J., op. cit. p. 126.

<sup>7</sup> Cfr. TH•VENOT, X., *Repères éthiques*, ed. Salvator, 1983. p. 11.

<sup>8</sup> Cfr. LACROIX, X., op. cit. p. 20.

<sup>9</sup> ARISTOTELES, *Política*, II, 7, 1267 b, 3-5.

<sup>10</sup> ARISTOTELES, *Retórica*, II, 1378 a.

<sup>11</sup> Cfr. RICOEUR, P., *Finitud y Culpabilidad*, ed. Taurus, 1969, p. 207.

<sup>12</sup> Cfr. GEHLEN, A., *Antropología Filosófica*, ed. Paidós, 1993. vid. cap 3.

<sup>13</sup> Cfr. LACROIX, X, op. cit. p. 23.

<sup>14</sup> MARCEL, G., *El misterio del ser*, ed. Sudamericana, 1953, p. 99.

<sup>15</sup> MARCEL, G., op. cit. p. 239.

<sup>16</sup> Cfr. LOPEZ QUINTAS, A., *El amor humano*, ed. Edibesa, 1992, p. 169.

### 3. Sexualidad cuerpo

La corporalidad es, en primer lugar, la condición de posibilidad de la fecundidad, es la apertura a la transmisión de la vida. La dotación física de los órganos dispuestos para la reproducción son la condición de posibilidad material para la fecundidad del amor sexuado y son también la manifestación de una cierta complementariedad entre los sexos.

Pero el cuerpo humano no es sexuado exclusivamente por su genitalidad, sino que el dimorfismo sexual es también una muestra de cómo la sexualidad se inscribe en el cuerpo humano.

La relación sexual es una relación corpórea, en la que se unen inmediatamente dos cuerpos y se intercambian sensaciones. Pero yo no puedo concebir a mi cuerpo como un objeto que tengo o que poseo. Con acierto Marcel ha afirmado: «No es verdad que ese lazo (el que me une a mi cuerpo) pueda definirse como una forma de posesión».<sup>14</sup>

Así, no me es lícito disponer de él para obtener gratificaciones, a través de otro, como si se tratara de un objeto, porque yo no dispongo de mi cuerpo como si dispusiera de un objeto que controlo y poseo. El cuerpo no se puede poseer como un objeto. «Parece, sin duda, ser propio de la esencia de mi cuerpo o de mis instrumentos, en tanto que los trato como poseídos, que tienden a suprimirme, a mí que los poseo».<sup>15</sup>

Por otra parte, la relación de dos cuerpos rebajados de rango no constituye un encuentro y no da lugar a una experiencia creativa, fuente de felicidad y plenitud. En un acto de mera unión sensual se vinculan dos cuerpos dejados a la suerte de la energía incontrolada de las pulsiones instintivas. Buscar en la relación sexual una fuente de gratificaciones desvinculada de lo que es el verdadero encuentro es destruir todo tipo de relación humana y de creatividad.<sup>16</sup>

En este sentido se llega a reducir a la otra persona a un haz de estímulos a los que se da una respuesta automática, no libre, ni creadora. Es caer en la esclavitud del propio cuerpo y es, también, entender el cuerpo como alienación y como objetivación del otro. Cuando, por el contrario, el cuerpo sirve para amar, se libera de la soledad radical estableciendo una comunicación amorosa y viva.

En consecuencia, se establece una integración armónica de la propia sexualidad en la totalidad de la persona, a través del yo interior, psicológico y ético. Pero si la sexualidad carece de dimensión ética, es cuando

¡Inscríbete ya!



## Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana

*¡Prepárate para servir mejor!*

Pregunta por el descuento a grupos y pago diferido.

### Diplomados

- ① Doctrina Social Cristiana. (21 julio-15 agosto, \$950.00 por persona)
- ② Pastoral de Conjunto. (21 julio-15 agosto, \$700.00 por persona)
- ③ La Catequesis y el compromiso Social del Cristiano.  
(21 julio-15 agosto, \$650.00 por persona)
- ④ Teología Básica para laicos de frente al Tercer Milenio.  
(21 julio-15 agosto, \$750.00 por persona)

### Cursos breves

- ① Para vivir la Paternidad Responsable, Hoy.  
(21 julio-1 agosto, \$260.00 por persona)
- ② La Educación en Valores para Adolescentes y Jóvenes.  
(4-15 agosto, \$260.00 por persona)
- ③ Análisis Ético de la Radio y la Televisión Mexicana.  
(4-15 agosto, \$240.00 por persona)
- ④ Para formar en Derechos Humanos a los Niños.  
(11-15 agosto, \$350.00 por persona)
- ⑤ Sexualidad y Madurez Humana. (4-15 agosto, \$260.00 por persona)
- ⑥ Pastoral Social en la Iglesia. (21 julio-1 agosto, 4240.00 por persona)

### Seminarios

- ① La Identidad Cristiana en el Siglo XXI. Dr. José Miguel Barreto (España)  
(21 julio-1 agosto, \$450.00 por persona)
- ② Fe y Política. Dr. José Miguel Barreto (España)  
(21 julio-1 agosto, \$450.00 por persona)
- ③ Doctrina Social de la Iglesia y Pastoral Social. Mons. Pedro Jaramillo  
(4-8 agosto, \$280.00 por persona) (España)
- ④ Economía de Solidaridad. Lic. Luis Razeto (Chile)  
(11-15 agosto, \$450.00 por persona)

---

### Informes e inscripciones

*15% de descuento presentando este anuncio*

Pedro Luis Ogazón 56, Guadalupe Inn, 01020, México, D. F.

Tels. 661-30-43 661-56-12 661-44-65

Fax 661-42-86

e-mail: [imdosoc@iserve.net.mx](mailto:imdosoc@iserve.net.mx)

<http://www.imdosoc.org.mx/imdosoc>

---

**REVISTA MEDICINA Y ETICA**  
PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

**COSTOS:**

México: \$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dlls.

Otros países: \$ 85 U.S. dlls.

**NÚMEROS ANTERIORES**

México: \$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dlls.

Otros países: \$ 30 U.S. dlls.

Deseo recibir la revista Medicina y Etica

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Col.: \_\_\_\_\_

Del. Pol.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Por favor enviar cheque a nombre de:

**INVESTIGACIONES Y  
ESTUDIOS SUPERIORES S.C.**

Cheque N° \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

a la siguiente dirección:  
**Instituto de Humanismo en  
Ciencias de la Salud  
Universidad Anáhuac  
Lomas Anáhuac s/n  
Apdo. Postal 10 844  
11 000 México D.F.**