

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

2005/4

La dimensión socio-cultural de la “procreación médicamente asistida” - Aspectos científicos y éticos de la epidemia del Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA) - La bioética ante las técnicas de reproducción asistida - Ciencia médica y filosofía en la reflexión de los filósofos de la existencia - Derecho a la formación médica completa en salud reproductiva



UNIVERSIDAD ANÁHUAC
VINCE IN BONO MALUM™

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac

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

MEDICINA Y ÉTICA

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:
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México, C.P. 52786
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7205 y 7146)
Email: ehamill@anahuac.mx

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.
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac

México: 150 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.
Facultad de Bioética 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.

La Revista *Medicina y Ética* aparece citada regularmente en los siguientes
índices: *The Philosopher's index* y en *Latindex*.
The Journal of Medicina y Ética is indexed in: *The Philosopher's index*, and
in *Latindex*.

MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética 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 Porter

Director: Dr. Cristian Nazer Astorga

Coordinador Editorial: Dr. José E. Gómez Álvarez

Traductor y corrector: Lic. Eduardo Monterrubio Santa María

Corrector de redacción: Lic. Vicente Pérez Solsona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dra. Virginia Aspe Armella (Univ. Panamericana), Lic. Antonio Cabrera (Univ. Anáhuac), Mtro. Rafael García Pavón (Univ. Anáhuac), Dra. Ana Marta González (Univ. de Navarra), Dr. Javier Marcó Bach (Univ. de Santiago de Compostela), Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón (Univ. Complutense de Madrid), Dra. Martha Tarasco Michel (Univ. Anáhuac), Dra. María Dolores Vila-Coro (Catedrática de Bioética de la UNESCO), Mtro. Carlos Lepe Pineda (Univ. Anáhuac)

ÍNDICE

EDITORIAL	277
La dimensión socio-cultural de la “procreación médicamente asistida” <i>Sergio Belardinelli</i>	283
Aspectos científicos y éticos de la epidemia del Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA). Hacia una propuesta auténticamente humana <i>Fernando Chomali Garib</i>	297
La bioética ante las técnicas de reproducción asistida (TRA) <i>Ma. de la Luz Casas Martínez</i>	333
Ciencia médica y filosofía en la reflexión de los filósofos de la existencia <i>Ignacio Carrasco de Paula, Magdalena Pennacchini</i>	355
Derecho a la formación médica completa en salud reproductiva <i>Francisco Javier Marcó Bach, Martha Tarasco Michel,</i> <i>Lorena Malpica</i>	369
Reseña bibliográfica <i>Rafael García Pavón</i>	387

EDITORIAL

En virtud de la confusión que existe actualmente sobre el tema de la “Eutanasia”, me propongo en este Editorial ayudar a aclarar las confusiones y malentendidos suscitados, en parte, por publicaciones aparecidas en algunos medios de comunicación social, dejando asentado claramente lo que debe entenderse por “Eutanasia” y, por otra parte, lo que significa realmente el “Respeto a la dignidad de la muerte”.

Si bien es cierto que el término de “Eutanasia”, por sus raíces griegas “*Eu*” y “*Tanatos*” significa buena muerte, la bioética ha definido claramente a la Eutanasia como: “Toda acción u omisión efectuada por el médico y/o el personal de la salud para, intencionalmente, matar al enfermo con objeto de eliminar todo sufrimiento y dolor”.

La Eutanasia entonces, se sitúa a nivel de la intención precisa de quitarle la vida al enfermo, buscando el fin bueno de evitarle mayor sufrimiento, pero a costa de privarlo de su vida, lo que constituye un fin malo, ya que nadie puede disponer de su vida o de la vida de los demás seres humanos.

El respeto a la dignidad de la muerte del paciente, por otra parte, se sitúa en la intención precisa de no llevar a cabo medidas terapéuticas que, de antemano, se sabe que no beneficiarán al paciente, ya que ciertamente ha de morir, pero ésta será una muerte digna.

Lo anterior implica el no abandonar, ni física ni espiritualmente al paciente, proporcionarle los medios paliativos que mitiguen su dolor y permitirle que la muerte se presente acompañada por sus seres queridos, rodeado de los auxilios espirituales de acuerdo con sus creencias y su fe.

Vale la pena mencionar que este concepto no es nuevo, ya que desde principios del Siglo XVI, época en que todo lo que pareciera malo se consideraba un pecado, un monje Dominicano: Francisco de Vitoria, en una publicación extensa mencionaba textualmente que “si a un enfermo le produce gran repugnancia el comer... no peca si deja de comer”.

Considero pues que dicho monje es quien menciona por primera vez en la historia lo que posteriormente sería denominado: “Ensañamiento Terapéutico”.

Recordemos, por otra parte, que en el año de 1957 el Papa Pío XII, en un maravilloso discurso dirigido a médicos, refirió que “no es necesario prolongar la vida a toda costa, si los medios para ello son ineficaces”, mencionando en su alocución que “habitualmente sólo es obligatorio el empleo de los medios ordinarios, de acuerdo con las circunstancias de personas, lugares, épocas y culturas, es decir, aquellos que no impongan una carga excesiva para uno mismo o para otro.”

En ese tiempo se crearon los términos “ordinario y extraordinario” en cuanto a la utilidad o inutilidad de los medios al alcance para ser aplicados al paciente con una enfermedad terminal. Por otra parte, en 1980, en un documentado denominado “Declaración Sobre la Eutanasia,” estos términos fueron cambiados por los de “proporcionados y desproporcionados”, entendiéndose como “desproporcionados” los que no van a modificar la historia natural de la enfermedad que sufre el paciente y que lo lleva irremediablemente a la muerte.

En la terminología médica se han establecido bajo el rubro de “ensañamiento terapéutico”, todas aquellas acciones que ejerce el médico para prolongar la vida, a toda costa, de quien irremediablemente va a morir. Del médico que intentará llevar a cabo medidas “desproporcionadas” y que de antemano sabe que no serán de utilidad para beneficio real del paciente.

El paciente, debido a su dignidad como persona humana es sujeto de derechos, entre ellos al de una muerte digna, lo que implica ayudarlo a sufrir lo menos posible, ofrecerle todas las medidas paliativas e incluso, la administración de fuertes analgésicos si hay dolor intenso, estar a su lado mediante un verdadero acompañamiento humano y espiritual.

Quien atenta contra la vida de un hombre a través de la Eutanasia, viola su derecho fundamental e inalienable a la vida, cuyo valor universal no puede negarse en base a argumentaciones derivadas del pluralismo político o en aras de la libertad religiosa.

Nadie puede disponer a su libre albedrío de la vida de los otros, ni de su propia vida, ya que para los que creen en un Dios, sería un re-

chazo a su designio y a su amor. Los que se consideran “laicos o ateos”, al inspirarse en la recta razón, pueden reconocer esta verdad objetiva en el sentido de que el homicidio o el suicidio asistido constituyen una verdadera ofensa a la dignidad humana.

Ciertamente que la frontera entre “eutanasia”, “ensañamiento terapéutico” y respeto a la “dignidad de la muerte” no es fácil de comprender, es por ello que es necesaria una cabal preparación del médico y del personal de salud para poder formar una recta conciencia que pueda ser aplicada ante cada caso en particular, conociendo las limitaciones que la ciencia puede ofrecer, y que sepa respetar el proceso natural de la muerte, cuando las medidas de tratamiento que pudiera aplicar ya son inútiles, para lograr un beneficio real de su paciente.

El diálogo preciso y profundo con los familiares del enfermo en fase terminal, la consulta con los integrantes de las Comisiones de Bioética o bien de las Comisiones de Ética Clínica de los Hospitales, tanto del Sector Público como del Privado, que se encuentren bien constituidos, con el personal idóneo, conocedor de los elementos fundamentales de la bioética, será también de gran utilidad para tomar las decisiones más adecuadas ante los pacientes en estado terminal. Decisiones que nunca han de favorecer a la eutanasia, ni al “ensañamiento terapéutico”, sino al mejor beneficio del paciente que está en esa condición crítica.

Considero de la mayor importancia referirme nuevamente al término “Eutanasia” por que en nuestro tiempo, al causar confusión, puede desnaturalizar su significado original.

Hemos pasado de las tesis que hablaban de la muerte natural, convertida en indolora por el uso de analgésicos fuertes que alivian al moribundo sin privarlo de su vida, a lo que hoy conocemos como eutanasia activa o eutanasia pasiva, cuya intención es terminar con la vida del enfermo.

En los casos extremos en que se comprueba la impotencia de los cuidados para un enfermo incurable, que la muerte es inminente y que los cuidados no servirán más que para prolongar sufrimientos inútiles, se ha pasado a la eutanasia activa, hasta el grado de provocar la muerte a seres humanos con severas deformidades y de la eutanasia pasiva, que consiste en privarlo de los elementos necesarios para continuar viviendo (en casos de recién nacidos... como sucedió en la Ale-

mania nazi), o bien en los casos de discapacitados, física o mentalmente y, como tales, considerados no idóneos para una vida social integral.

Las anteriores consideraciones han pasado del ámbito de los casos particulares en los que se propone la eutanasia, al ámbito de las propuestas de cambios en la legislación para despenalizar y legalizar la eutanasia, lo que debe ser motivo de una preocupación mayor para todos nosotros en el futuro, ya que esto pudiera implementarse a nivel nacional o internacional con la idea de disminuir la población nacional o mundial, o bien, disminuir los costos de la atención de la salud.

Dr. José Kuthy Porter
Director
Facultad de Bioética

Criterios para los colaboradores de “*Medicina y Ética*”

1. La revista de *Medicina y Ética* es una revista especializada en el campo de la bioética que está enfocada a la difusión académica entre los profesionales afines a las temáticas y discusiones actuales en este campo. En consecuencia, *Medicina y Ética* no acepta artículos de difusión, ni material que puede ser considerado propagandístico de alguna corriente. La Revista no está circunscrita a una visión única de la Bioética, siempre que los artículos cumplan con rigor la metodología propia en la exposición de las ideas.
2. De acuerdo con lo anterior, las opiniones y posiciones son de responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente la posición de la Facultad de Bioética. El Consejo editorial no presupone, en ningún caso, que la institución de origen o de quien da actualmente empleo al autor, suscribe las posiciones de éste, vertidas en el artículo correspondiente.
3. El material deberá ser inédito, no obstante, se aceptan ponencias o comunicaciones, siempre y cuando se señale claramente el lugar y fecha donde se expuso por primera vez la investigación.
4. Se consideran tres tipos de publicaciones: artículos, notas y reseñas. Los artículos deben tener una extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Estos deben ser sobre temas monográficos. Las notas deben ser mayores de 7 páginas y menores de 15. Las notas tienen un carácter de discusión propia del campo científico; la discusión puede ser sobre otros artículos anteriores de la Revista, siempre y cuando cumplan con la calidad académica señalada y no como una mera expresión de una réplica por el afán polémico, sino a la altura del artículo que es motivo del comentario. Las reseñas deben tener una extensión mínima de una cuartilla y máxima de cinco. Las reseñas pueden ser tanto críticas como meramente expositivas.

CRITERIOS PARA LOS COLABORADORES DE “MEDICINA Y ÉTICA”

5. Los artículos serán dictaminados por al menos dos académicos de competencia relevante en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores. El autor podrá realizar las correcciones que considere pertinentes y volverla a presentar, sin que *Medicina y Ética* se obligue a publicar el material. En cualquier caso, no se regresan originales. Los autores que hayan sido elegidos recibirán tres ejemplares de cortesía del número en que fueron publicados.
6. Los artículos publicables deberán escribirse de preferencia en español, aunque se aceptan en idioma inglés, de manera clara y concisa. El texto debe ir en letra Arial (12 pts) a espacio y medio, en papel tamaño carta. El material puede ser entregado en formato electrónico para PC, vía correo electrónico o disquete (Word para windows, o formato RTF).
7. Los artículos y notas deberán contener el título del trabajo, el (los) nombres(s) del (de los) autor (es), el nombre de la Institución a la que pertenezcan. El artículo debe estar acompañado de un resumen (abstract) no mayor de 15 líneas (aproximadamente 150 palabras) en español y en inglés. También deben contener 3 palabras claves no contenidas en el título.
8. Las referencias de libros deberán realizarse de la siguiente forma: APELLIDO DEL AUTOR, nombre del autor. *Título del libro*. Traductor, Editorial, Lugar de edición, año de publicación, página (edición original). Por ejemplo:

SINGER, Peter. Una vida ética. Escritos. Trad.: Pablo de Lora Del Toro, Ed. Taurus, Madrid, 2002, p. 57 (inglés: Writings of an ethical life, 2000).

9. En el caso de las revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre del autor. “título del artículo”, *Título de la revista*, volumen, número, (mes, año), página. Por ejemplo:

ROMANO, Lucio. “Educación de la sexualidad y los adolescentes. Encuesta cognoscitiva y antropologías de referencia”, *Medicina y ética*, XIII, 1, (enero-marzo, 2002), p. 85.

10. Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

**Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Dr. José Enrique Gómez Álvarez, Coordinador Editorial
Apartado Postal 10 844
C.P. 11000, México, D.F.
Email: jegomez@anahuac.mx**

11. No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección distinta de la anterior. Para considerarlo recibido, quien envía deberá contar con un recibo físico con sello, o bien con la respuesta electrónica de la dirección de correo electrónico señalada en el punto anterior.

La dimensión socio-cultural de la “procreación médicamente asistida”

*Sergio Belardinelli**

Resumen

Tomando la base de la ley italiana sobre “procreación médicamente asistida” aprobada por el Parlamento italiano, el autor mueve una serie de consideraciones que pueden sintetizarse en dos puntos fundamentales. Primero, la afirmación de que la procreación tiene una dimensión social, el reconocimiento de la necesidad de redescubrir en la procreación más que un asunto privado, un significado relacional fuerte (relación padres-hijos; relación familia-sociedad). El segundo punto es la idea de que salvaguardar las condiciones naturales de la procreación tiene una importancia decisiva para la libertad humana.

Abstract

Social and cultural dimensions of “medically assisted procreation”

From the recent law on the “medically assisted procreation”, approved by Italian Parliament, the author makes some considerations that can be synthesized in two fundamental points. First, the assertion that the procreation has a social dimension,

* Catedrático de Sociología de los procesos culturales, Universidad de los Estudios de Bologna.

that is to recognize that it is necessary to rediscover in the procreation more than a private affair, a strong relational meaning (parents-children relationship; family-society relationship). The second point is the idea that the safeguard of the natural conditions of the procreation have a decisive importance for the human freedom.

Palabras claves: procreación, dimensión social de la procreación, moralidad, libertad.

Key words: procreation, society, morality, freedom.

La ley recientemente aprobada por el Parlamento italiano sobre la “procreación médicamente asistida” (PMA) representa un evento importante, no sólo desde el punto de vista jurídico y político, sino sobre todo desde el punto de vista social y cultural. Aún con todas las perplejidades, las asperezas y las hostilidades que ha suscitado en los diversos enfrentamientos políticos y admitiendo que el principio de que la ética puede necesitar mucho más de lo que se prescribe en cualquier ley, se tiene la sensación de que una cuestión tan relevante, se haya finalmente abierto un debate a la altura de la apuesta en juego. Esto, desde un punto de vista sociocultural, me parece que es el aspecto verdaderamente significativo de la vicisitud. Tal vez por primera vez, en relación a cuestiones referentes a la vida, ha surgido una convergencia que, aún siendo hostigada por muchos, tiende a afirmar algo que hasta ayer parecía forzada a obtener el crédito justo en nuestros discursos: el sentido del límite, el sentido de la licitud de lo que las tecnologías ordinarias de la reproducción hacen posible.

Una vez reconocido este límite, está por confirmar que dicho reconocimiento sea culturalmente decisivo. Se han transformado no sólo factibles, también otras consideraciones importantes: aquellas que confirman la dignidad del embrión humano, el cual puede ser objeto de investigación y experimentación, sólo si se trata de su propio

bien, no para otros fines; o aquellas que, en orden a la licitud del acceso a la PMA, reafirman, a fin de garantizar al niño una clara identidad biológica, la oportunidad de distinguir entre una pareja estable y una ocasional, excluyendo así la licitud de la llamada fecundación heteróloga.

Desde un punto de vista estrictamente sociológico, desafortunadamente no disponemos de datos suficientemente fidedignos para evaluar como la ley sobre la PMA y los múltiples problemas que ésta supone, hayan sido aceptados por los ciudadanos. Todavía hay elementos, no siendo el último la aprobación de la ley, que por lo que respecta a las elites políticas y culturales, hacen pensar en una mayor sensibilidad de parte de éstas últimas.

En cuanto a esto, encuentro particularmente significativo el hecho de que la ley haga referencia a la pareja estable como lugar de la procreación, reconociendo, entre otras cosas, que traer un hijo al mundo no puede ser solamente la satisfacción del deseo individual, del todo indiferente a la forma del *cómo* satisfacerlo. Sustancialmente, me parece que la ley puede constituir un paso importante hacia el reconocimiento de la dimensión social implícita en la procreación humana. Sobre este punto, me gustaría enfocar un poco mi atención.

La procreación como relación social

Viendo algunas investigaciones de hace 20 años, la actitud prevalente en las parejas italianas que decidían recurrir a la PMA, parecían tener un deseo, el de tener un hijo, y sabiendo que existen las técnicas oportunas para satisfacerlo, se dirigían sin demasiados escrúpulos morales a aquellos centros donde dichas técnicas están disponibles. El principio que parecía regular la actitud de estas parejas era, por demás, el de una ética intimista, según la cual, al final de lo que se hace es necesario rendir cuentas siempre y solamente a nosotros mismos, no al niño que se decide traer al mundo y mucho menos a la sociedad. Por otra parte, el médico parecía que tenía que desarrollar meramente una función de consultor neutral, fiador de la confianza en la técnica preelecta.

El *cómo* de la procreación, ya sea por fecundación homóloga o heteróloga, no es muy correcto; las consecuencias eventuales que una u otra técnica podría tener en el hijo, es decir, el número de embriones necesarios para ponerla en práctica y el destino de los productos sobrantes estaban en segundo término. A la pareja sólo le importaba tener un hijo, y al médico ayudarla a realizar este deseo. Como escribe Pierpaolo Donati al respecto de esta investigación, “las tecnologías de manipulación de la reproducción humana tienen que ver siempre con individuos, no con las relaciones entre ellos, es como individuos de una pareja que buscan un hijo, es como el médico que busca dar una respuesta técnicamente válida. Las técnicas ya no están relacionadas. Todas pueden estar falsamente relacionadas, como cuando se busca dar “comodidad” a una pareja, se busca el diálogo, la afectividad, la conciencia, la comprensión en varias fases previstas por el procedimiento. Si la intervención fuera de relación de pareja, podría hacer un análisis de las relaciones e intervenir en ellas, sabiendo que el hijo es un producto de la relación: pero todo debe permanecer fuera de la escena, porque es demasiado grave, para la pareja y para los médicos”.²

Obviamente, es imposible pensar que la ley de la PMA resuelve los problemas de pareja, como estos en los que se ha hecho hincapié, ni tampoco podemos suponer que dicha ley, en cierto modo, significa la superación definitiva para entender el deseo de tener un hijo como si fuera un derecho disponible gracias a las diversas tecnologías de la reproducción. En nuestra cultura, ciertos prejuicios individualistas y técnicos están demasiado radicados. Me parece que a pesar de todas las inadecuaciones que la caracterizan, poniendo límites a la artificialidad de la procreación, dicha ley abre una importante puerta para una recuperación del sentido humano del plano natural-artificial.

En estos años, las nuevas tecnologías reproductivas han puesto en evidencia la crisis de la institución familiar, como el lugar privilegiado de la procreación, pero por más que sea verdad, todo eso no acaba con *la* verdad.

Parafraseando a Hoelderlin, donde crecen los peligros también crecen las esperanzas de seguridad, y junto a la crisis hemos visto crecer también un gran “reforzamiento del vínculo familia-procreación”, el cual “se vuelve más invisible, pero también más consistente. Esto se

observa en el hecho de que esperar o tener un hijo muestra hoy más que nunca que ahí hay una familia y después, en cuanto al hecho de que la familia comienza a ser vista con los ojos del hijo, desde la parte del niño, y desde el punto de vista de sus derechos, en primer lugar de su derecho a la identidad biológica, a la identidad sociocultural y a la identidad humana"³. Por lo tanto, no es una cuestión de naturalidad o artificialidad de la procreación si se trata de resguardar la calidad humana de una relación: la de los padres con el hijo, la cual muestra a los padres sus deberes.

Sin duda, la artificialidad entre más invade el ámbito de la procreación, hay más inadecuaciones; entre más individual se haga la procreación más crece el peso social que ésta muestra en términos de relaciones con la pareja, con el exterior y sobretodo con los hijos. En dicho punto algunas investigaciones sociológicas a principios de los años noventa mostraban, con cierta claridad, los graves riesgos "emocionales y sociales" que iban a enfrentar a aquellos que pedían someterse a las intervenciones de la medicina en la reproducción, así como a sus tentativas de ocultar el sufrimiento con "mecanismos de defensa sólida y, a menudo, ineficaces"⁴. Sin embargo, en mi opinión, las consecuencias más relevantes están en las relaciones entre padres e hijos. Como ha mencionado recientemente Francis Fukuyama, "la comunión de intereses entre padres e hijos, considerada una consecuencia automática de los métodos naturales de reproducción, con la difusión de los métodos reproductivos artificiales podrían ya no serlo"⁵. De hecho, ¿quién puede asegurarse de que una persona aceptará ser el hijo biológico de un padre desconocido? ¿Quién puede saber el peso que tendrá para esa persona el deseo de conocer a su padre biológico?

Alguien puede objetar con verdad, que ni siquiera con los hijos naturales podemos estar seguros de que ellos aceptaran las elecciones que sus padres han hecho para ellos. Por demás conocemos bien los innumerables conflictos que se abren en esta cuestión, en cuanto a los valores, la educación, los estilos de vida, que los padres imponen a sus hijos, sin que ellos puedan opinar. Sin embargo, sentimos que se trata de conflictos "naturales", respecto a los cuales los hijos siempre pueden hacer valer su libertad, completando elecciones diversas de las de sus padres. Cuando mucho, aún frente a un hijo natural que nos

pregunta por qué lo trajimos al mundo y que nos reprochará por haberlo hecho nacer siempre podemos responder “porque sí”, porque amaba a tu madre o a tu padre. Con un hijo que no es nuestro hijo “biológico” tendremos mayores problemas, porque en este caso sería evidente, tanto para nosotros como para él, que queríamos que naciera, sobre todo, para satisfacer nuestra necesidad de paternidad o de maternidad.

La relación entre padres e hijos siempre es una relación bella, pero también muy difícil; no me parece sensato añadir a dichas dificultades la idea de que los padres sean castigados por hacer nacer a sus hijos;⁶ temo que entre más se vaya hacia la artificialidad de la procreación más se pierda aquella “comunidad de intereses entre padres e hijos”, de la cual habla Fukuyama; una comunidad que, al menos hasta hoy, nuestra cultura ha dado por discontinuada y la cual, por motivos que sería demasiado complicado explicitar, está en gran parte en la casualidad natural. La fecundación homóloga, la fecundación heteróloga y la clonación, representan desde este punto de vista, tres modos de romper, en medida creciente desde el primer tercio, tal casualidad preciosa. Me parece que de manera, más bien razonable, la ley aprobada por el Parlamento italiano sobre la PMA permita la fecundación homóloga, pero rechaza la heteróloga o la clonación.

La restricción legal respecto a la fecundación heteróloga ha suscitado, como se ve, numerosas polémicas de parte de un sector de nuestra cultura, en lugar de inclinarse a apoyar el principio de que, también en materia de procreación, se coloque en primer lugar el deseo de tener un hijo. Desde este punto de vista, la ley se considera gravemente punitiva hacia el principio de autodeterminación del individuo, así como del Estado laico. A fin de cuentas, se querría, también en el campo de la PMA, una liberación análoga a aquella obtenida para el aborto. “Ser libres de escoger *si* se tiene o no se tienen hijos, *cuántos* tener, *cuándo* tenerlos y *cómo* tenerlos”: esto está señalado en una ley de la PMA, firmada por varios científicos. Este razonamiento ha encontrado también una resistencia, en sectores de la cultura italiana, que no siguen el modelo católico. Por ejemplo, algunas intervenciones en las páginas del periódico “*Il foglio*” y la posición de su Director, Giuliano Ferrara.

En una carta, publicada en ese periódico el 10 de diciembre del 2003, en una polémica abierta con la ley sobre la PMA, Luisella Battaglia lamentaba la intromisión del Estado en los "asuntos privados", resaltando como el hecho de que "el hijo sea un producto, un objeto o un sujeto" no depende "de las técnicas a través de las cuales se realiza la paternidad, sino de la bienvenida, del amor y del respeto con el cual es recibido", y que por lo tanto "si entendemos la paternidad no como un hecho meramente biológico sino cultural, es decir, humano, fruto de una decisión conciente y de un proyecto de vida, no podemos atribuir a lo artificial un poder de pervertir, de desnaturalizar, ni de corromper tal proyecto". Respondiendo a esta carta, Giuliano Ferrera argumenta con fuerza "la evidencia de una dimensión natural, social y pública de la procreación", resaltando lo que sigue: "puede ser que el nacimiento no sea un destino o una necesidad, haciendo viejos del pasado, como ella dice. ¿Pero, entonces, qué es? ¿Me lo pueden decir, por favor? ¿Una elección cultural, una decisión, una afirmación de la potencia técnica sobre la naturaleza, una *Wille zur Macht*? La elección cultural nos hace reír y si se rechaza a sí misma en la pretensión incómoda de ser una civilización que completa la naturaleza, pero el resto de lo que sugiero nos hace llorar, y podrá sobrevivir a la larga, nihilismo puro, irracionalismo puro. Nota: quiero lo que puedo y puedo lo que quiero. No funciona. En general, el Estado que prohíbe, educa, prescribe tampoco me gusta. Sin embargo, una libertad no liberal, ignorante y estúpida llena de metáforas como el 'medievo' y 'oscurantismo', me asusta todavía más. Formar una familia, es una expresión oscurantista que me gusta. Parir, esta es una palabra medieval que me gusta. Buscar un hijo, es una expresión extravagante. Fabricarlo con el sello de garantía, ésta es una fórmula que no me gusta".

Son palabras, no del Cardenal Joseph Ratzinger, sino, repito, de Giuliano Ferrara y, cualquiera que sea nuestro juicio sobre la ley del Parlamento italiano, me parece que la juzgan larga, tanto en los medios, como en broma sobre las consecuencias de la PMA como sobre las convergencias que se registran según la necesidad de crear "límites razonables", como los ha definido Angelo Panebianco en un artículo sobre *Corriere della Sera* del 12 de diciembre del 2003, a lo que hoy se presenta como técnicamente posible.

La procreación como un regalo

Está bien dicho que frente a la PMA vienen al caso de modo ejemplar la exaltación y la crisis de un rasgo característico de la cultura moderna: la voluntad de dominio, la cual, en el momento en el que se despliega toda la potencia, se voltea paradójicamente contra su contendiente, volviéndose motivo de perplejidades profundas, incertidumbres y un sentido de impotencia. Para usar una bella imagen de Niklas Luhmann, el “primer pecado original” condenó al hombre a la temporalidad, al sudor de la frente y a peligros de diferente naturaleza, el “segundo” aquel “tecnológico”, condena al hombre y a la sociedad a vivir en “riesgo”⁷ un riesgo que produce exaltación por la potencia de los que nos hemos vuelto capaces, pero también desconcierto, ansiedad y miedos crecientes. Por una parte vemos aumentar nuestras oportunidades de elección, también en sectores como la procreación, donde hace algunas décadas nadie habría osado imaginar lo que sería posible. Por la otra, sentimos que nuestra vida social e individual tiende a restar nuestra libertad, como si las cosas se hicieran solas; sentimos el peso de un aparato científico-tecnológico que parece salirse de nuestro control. Si bien, el ámbito de la procreación podría constituir un lugar privilegiado para lanzar una dimensión de la cual la sociedad, tiene mucha necesidad y que es el sentido del regalo, y el sentido de la gratuidad. De hecho, se trata de una dimensión que está incluida en la vida misma (la que recibimos, la que se nos da) y sobre cuya base se desarrollan no sólo las principales relaciones sociales primarias, como el afecto, el amor y la amistad, sino también ciertas relaciones no contractuales interrelacionadas entre sí; por ejemplo, el arranque ideal y desinteresado de aquellos que, con diversos títulos, realizan su deber al servicio del prójimo, y sin los cuales, no es ni siquiera posible imaginar una comunidad política verdaderamente civil.

Nuestro tiempo parece estar atrapado en sus cálculos de utilidad: yo te doy algo y tú me das algo; siempre es más difícil tomar el riesgo de dar y de darse, sin detenerse a pensar qué es lo que pierdo y qué es lo que gano con ello. Tal atadura se manifiesta ahora casi en todos los sectores de nuestra sociedad —pensemos sólo en la burocratización de la profesión ya sea del médico o del profesor—; pero en forma sorprendente, esto se manifiesta cuando se trata de traer un hijo al mun-

do. Al no ser, en primer lugar, un "regalo", gratuito como lo son todos los regalos, sino el resultado de una programación, termina inevitablemente por descargarse también en su hijo todos aquellos efectos ansiosos que derivan de una cultura que sobrevalúa la elección individual y consecuentemente la ilusión de poder tener todo bajo control, sin lograr eliminar del todo lo imponderable, representado, supongamos, por la enfermedad, la pobreza y las innumerables casualidades de la vida.

Esto da como consecuencia un resultado paradójico: por un lado hay menos nacimientos, ya que hechos algunos cálculos, se decide no traerlos al mundo; por otro, también a causa de una objetiva pérdida de la capacidad reproductiva que se encuentra en nuestra sociedad industrialmente avanzada, el deseo de tener un hijo se hace más fuerte, al punto que los hijos se están volviendo un *status symbol* que se visualiza, tal vez, como un derecho del individuo. En ambos casos, estas consecuencias son socialmente preocupantes. En primer lugar, porque una sociedad en la que ya no hay nacimientos es una sociedad que ha perdido la confianza y la esperanza; y en segundo lugar, porque una sociedad que considera los deseos como si fueran derechos, es una sociedad que a la larga terminará por destruir el mismo derecho. Además, me parece que nuestro Estado de derecho liberal y democrático no puede permitirselo.

Obviamente estoy hablando de cuestiones que no pueden ser resueltas por la ley. Además, sería ridículo suponer que la ley contemple el hecho social de redescubrimiento de la vida como don. Aún más, con todas las inadecuaciones que pueda tener, me parece que también en este sentido la ley de la PMA aprobada por el Parlamento italiano tiene un importante significado socio-cultural. Un poco como hizo recientemente Jürgen Habermas⁸ y, *si licet*, como yo mismo había propuesto hace algunos años,⁹ se podría tomar la motivación que de esta ley para redescubrir lo que, hasta donde yo sé, solo Hannah Arendt ha tenido el mérito de evidenciar en modo absolutamente único: que la casualidad natural, la gratuidad de nuestro venir al mundo, es precisamente la imagen y la condición de nuestra libertad¹⁰.

Si la libertad, entre otras cosas, es "novedad", capacidad de comenzar algo que de otro modo no comenzaría nunca, terminando así cada vez la rutina de nuestra vida social e individual, entonces —esta

es la opinión de Arendt— el primer comienzo de la cosa radicalmente “nueva”, imprevista (¡no programable!), somos nosotros mismos; es nuestro haber venido al mundo, nuestro nacimiento, el nacimiento único e irreplicable de cada uno de nosotros. “El milagro que salva al mundo, el dominio de las tareas humanas, de su normal, “natural” ruina, es en definitiva el hecho de la natalidad, en la cual está ontológicamente radicada la facultad de la acción. En otras palabras, se refiere al nacimiento de nuevos hombres y a las acciones de las cuales serán capaces, sólo por el hecho de nacer. Sólo la experiencia llena de esta facultad puede conferir a las cosas humanas fe y esperanza, las dos características esenciales de la experiencia humana que ignoró la antigua Grecia. Esta es la fe y la esperanza en el mundo que ve su expresión gloriosa y estrecha en las pocas palabras con las que el Evangelio anunció la buena nueva del advenimiento: ‘un niño nació para nosotros’¹¹.

Se trata de un pasaje extraordinario, con el que la hebrea Hannah Arendt sintetiza enormemente el sentido más profundo del discurso que he querido desarrollar: a) el nacimiento de un hijo ya no es una cuestión “privada”; existe una ineludible dimensión social de la procreación, y cada niño que nace siempre es un niño que nace “para nosotros”; b) poner un límite a nuestro poder de interferir con la naturaleza, ahora que está en juego la procreación humana, no es una ofensa a nuestra libertad, sino, es un modo de salvaguardar las condiciones naturales que la hacen posible.

Referencias bibliográficas

- ¹ Cfr. PASINI W. (a cura di), *Los hijos de parejas estériles*, Paris: Les éditions ESF. 1985.
- ² MENGARELLI M. *¿Producir la reproducción?*, Palermo: Fundación para el estudio de la reproducción humana, 1986.
- ³ DONATI P., *La familia como relación social*, Milana: Fanco Angeli, 1989: 206.
- ⁴ Cfr. VENTIMIGLIA C. *La procreación médicamente asistida en Emilia Romagna*. Indigna en la pregunta y en la respuesta de los servicios, Universidad de Parma, 1992.
- ⁵ FUKUYAMA F. *El hombre otro hombre. Las consecuencias de la revolución tecnológica*, Milana: Mandadori, 2002: 253.
- ⁶ BELARDINELLIS, *La normalidad y la excepción. El retorno de la naturaleza en la cultura contemporánea*, Catanzaro: Rubbettino, 2002.
- ⁷ LUHMANN N., *Die Welt als Wille ohne Vorstellung*, De las políticas Meinung 1986, 229: 18-19.

Nik, Frankfurt: Suhrkamp, 2002.

⁸ BELARDINELLI S., *El juego de las apuestas. Identidad y función de la familia en una sociedad compleja*, Roma: Ave 1996.

⁹ ID., *Natalidad y acción en Hannah Arendt*, La Nottola 1984, 3: 25-39.

¹⁰ ARENDT H., *Vida activa*, Milano: Bompiani, 1963: 263.

Aspectos científicos y éticos de la epidemia del Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA). Hacia una propuesta auténticamente humana

*Fernando Chomali Garib**

Resumen

El conocimiento de los aspectos científicos y éticos de la epidemia debida al Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una prioridad del siglo XXI.

Ésta es una enfermedad que causa gran sufrimiento a pacientes y sus familiares, junto con toda la sociedad.

Esta epidemia ha enfatizado el tipo de sociedad que estamos construyendo y el estilo de vida que nos proponemos.

Una propuesta realmente humana, para enfrentarnos a esta epidemia, consiste en reconocer que hay una correlación entre las conductas humanas y la difusión de la enfermedad.

Por otro lado, tenemos que preguntarnos si las estrategias preventivas (especialmente el uso del condón) usada para derrotar a la epidemia son las adecuadas. La respuesta es que este método no es el adecuado, primero que nada, porque no respeta la dignidad de la persona humana y en segundo lugar, porque no es eficaz.

* Doctor en Teología (Pontificia Università Gregoriana, Roma). Master en Bioética (Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia, Roma). Profesor Facultad de Medicina y Teología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Recuperando el valor de la castidad y el valor del matrimonio significa el respeto a la dignidad del hombre y la mujer, de la sexualidad humana y del amor. Este es el modo más seguro para derrotar esta epidemia.

El artículo enfatiza la capacidad del hombre para reconocer el Bien, la verdad y la belleza que son constituyentes típicos de una sexualidad humana integral.

Abstract

Scientific and ethical aspects of epidemic due to the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

The knowledge of scientific and ethical aspects of epidemic due to the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a priority in the beginning of the XXI century.

This is a disease that caused big suffering both patients and their family, besides all society.

This epidemic has emphasized the kind of society that we are constructing and the life styles that it is proposing.

A really human proposal, to oppose this epidemic, should recognise that there is a close correlation between human behaviours and the diffusion of the disease.

On the other hand, we have to wonder if the preventive strategies (especially the proposed use of condom), used to defeat epidemic, are adequate. The answer is that this method is not adequate, first of all, because it doesn't respect the dignity of the human person and, secondly, because it is not efficacious. As a matter of fact, by the use of condom people have only achieved a false safety about their sexual behaviours, banalizing their meanings and the value of the person.

Making up for the value of chastity and the value of married life means making the dignity of man and women, of human

sexuality and of human Jove. Then, this is the most safety way to defeat this epidemic.

This article emphasizes the capacity of man as a whole to recognize the Good, the Truth and the Beauty which are typical of a entirely human sexuality.

Palabras clave: humana dignidad, SIDA, VIH.

Key words: human dignity, AIDS, HIV.

Introducción

Muchas somos las personas perplejas frente a la epidemia del VIH/SIDA. Cuando más seguros nos sentíamos con los avances de la medicina y creíamos que las epidemias ya estaban controladas y eran cosa del pasado, apareció esta inquietante infección, que no sólo sorprende por la rapidez de su expansión, sino también porque se vincula directamente con lo que asociamos con la vida: el semen, que la transmite, y la sangre, que la conserva. Así, en el umbral del siglo XXI, el mundo aprecia que los elementos que clásicamente han simbolizado la vida se constituyen en sinónimo de muerte. Y hay preocupación.

Muchos quieren saber acerca de la epidemia del VIH/SIDA, la forma cómo se transmite, cómo prevenirla, qué hacer con un enfermo, la responsabilidad que le cabe a la sociedad, etc.

En nuestro país, especialmente entre los padres de familia hay una legítima inquietud considerando las sostenidas campañas de prevención que se han venido haciendo. Su preocupación es del todo comprensible particularmente la de aquellos que tienen hijos adolescentes expuestos a modelos hedonistas de la sexualidad y a un tipo de educación sexual con marcado acento en lo meramente biológico. Esto ciertamente no contribuye a una formación en el ámbito de la sexualidad que integre todos los aspectos del ser humano, y no sólo lo meramente genital.

A ello se suma el hecho de que en Chile, la celebración de matrimonios ha disminuido; muchos jóvenes viven sin su padre y/o su madre, y éstos tienen además largas jornadas de trabajo que dificultan al máximo la labor educativa. Por otra parte, entre los jóvenes hay un significativo aumento del consumo de alcohol y, entre muchos de ellos la iniciación de la actividad sexual es también cada vez más temprana. Todo esto repercute negativamente en una adecuada formación de la conciencia moral en relación a la sexualidad humana.

Junto a los preocupantes hechos señalados, en mi caso personal, también me ha tocado conocer de cerca el inmenso sufrimiento que experimentan las personas portadoras de VIH o bien los enfermos de SIDA. Quienes además de tener que hacer frente a la enfermedad, muchas veces son injustamente discriminados, lo que no ayuda a que asuman de buena manera su enfermedad, y caen muchas veces en depresiones por falta de apoyo y comprensión.

Estas razones me han motivado a investigar acerca del VIH y SIDA cuyo resultado presento a continuación. Este documento no pretende mostrar erudición en la materia, sino solamente informar del modo más completo posible acerca de las múltiples aristas que presenta esta infección. Tampoco quiere tener un tono alarmista, pero tampoco subvalorar los hechos que merecen, sin lugar a dudas, una reflexión que involucre a todos los estamentos de la sociedad. Asimismo, pretende también ser una guía para que los padres de hijos adolescentes puedan responder del modo más adecuado a las múltiples y no siempre fáciles preguntas de sus hijos en esta materia.

Además de los datos epidemiológicos que ofrezco en este documento, tomo una clara posición en relación a la sexualidad humana. Esta claridad brota del convencimiento de que la visión propuesta se muestra muy atractiva, muy hermosa, y conforme a la dignidad del ser humano y de su cuerpo y que, además, es la única que contribuye de manera cierta a terminar con la transmisión del VIH. Esta antropología desde la que miro el tema está sustentada en una gran confianza en el hombre, en su inteligencia y en la capacidad que posee de acercarse a la verdad, conocerla y hacerla suya, y desde ella fundar valores fundamentales que inspiren las decisiones. Dicho de otro modo, sólo desde la verdad de la persona y la dignidad que lleva grabada es posible buscar los medios y los remedios para enfrentar de

manera adecuada el tema que ocupa estas páginas. Pero además, en el contexto del diálogo que debe imperar toda reflexión ética, pretendo estimular una reflexión en torno al concepto de autonomía en las personas que tienen responsabilidades sociales, las que en virtud de la información que proveen, pueden inducir a tomar decisiones que ponen en riesgo la vida propia y la de terceros, especialmente de los grupos más vulnerables como son los jóvenes y los pobres.

La lógica que mueve este documento es la del respeto a todos los seres humanos, independientemente de su estado de salud, y el genuino interés en conocer todos los aspectos involucrados en esta enfermedad, en virtud del derecho de cada persona a tener acceso a la información correcta sobre la enfermedad, de tal forma de poder encontrar los modos más adecuados para terminar con este flagelo.

A través de este trabajo busco colaborar con todas las instancias sociales que están involucradas en esta enfermedad, especialmente con quienes la padecen y con los sectores de mayor riesgo en la perspectiva de una eficaz prevención. También quiere ser una ayuda a las familias de los enfermos que no encuentran apoyo suficiente para cuidarlos adecuadamente, y la dificultad para darles un tratamiento oportuno por lo oneroso que resulta. Del mismo modo, este trabajo va dirigido a los colegios que pueden verse injustificadamente tentados a discriminar a los niños portadores de VIH no permitiéndoles el ingreso o bien cancelándoles la matrícula, o a no saber de qué manera tratar esta información que resulta confidencial. Así también, va dirigido a las empresas que muchas veces han discriminado a los portadores, lo que constituye una violación a la dignidad de la persona, así como a los trabajadores del área de la salud y que tratan con enfermos de SIDA o portadores de VIH. Este estudio va dirigido de modo muy especial a los medios de comunicación social que constituyen un canal privilegiado para dar una adecuada información a la población acerca de esta enfermedad y que, por constituir el único medio de información de una amplia porción de la población, pueden influir significativamente en los comportamientos de ésta.

Por último espero que este estudio sea un aporte para aquellas personas que tienen responsabilidades en el ámbito de las políticas públicas en salud y educación, y sea un instrumento de diálogo en los Comités de Ética de los hospitales y reuniones de formación en general.

Espero sinceramente que este trabajo que surge del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile sea una ayuda para todos quienes tenemos responsabilidades en el ámbito de la educación y la salud.

Agradezco a un grupo importante de médicos, enfermeras, abogados, periodistas, filósofos, sacerdotes, alumnos de la diversas carreras de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y profesionales de otras áreas por el apoyo que me han dado y su desinteresada ayuda en los ámbitos propios de su competencia.

Aspectos científicos y epidemiológicos

*¿Qué es el VIH y el SIDA?*¹

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus que infecta a las personas provocando una importante alteración en la inmunidad a través de la destrucción de los linfocitos- T. Por esto, a los individuos infectados se les genera una inmunodepresión que los hace vulnerables a una serie de agentes infectantes produciendo “infecciones por oportunistas”.

La máxima expresión de este déficit inmunitario es el SIDA (Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida), que es la etapa avanzada que sufre el sujeto portador del VIH, en la cual desarrolla múltiples infecciones por microorganismos relativamente inofensivos para las personas con inmunidad normal. Dentro de las infecciones oportunistas más frecuentes podemos citar: Neumonía por *Pneumocystis carinii*, Encefalitis por *Toxoplasma gondii*, Retinitis por *Cytomegalovirus*, Candidiasis esofágica, diarrea por *Cryptosporidium parvum*, etc. El desarrollo de estas infecciones, la susceptibilidad al desarrollo de tumores tipo Sarcoma de Kaposi, linfoma, etc. o enfermedades neurodegenerativas como la Encefalopatía por VIH, la Leucoencefalopatía multifocal progresiva o la emaciación producida por el mismo VIH llevan, finalmente, a la muerte del enfermo.

Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1981, en un brote de neumonía por *Pneumocystis carinii* y Sarcoma de Kaposi que afectó a un grupo de hombres jóvenes homosexuales en USA. Tres años más tarde el VIH fue aislado y reconocido como la causa del SIDA.

Era muy difícil imaginar en ese momento la magnitud de la epidemia que estaba por comenzar, así como sus efectos sociales y políticos.

¿Cómo se transmite?

Es muy importante conocer cómo se transmite la enfermedad no sólo por sus implicaciones médicas, sino también, como veremos más adelante, por las implicaciones éticas de las diferentes formas de contagio y las posibles formas de prevención. Como esta infección se transmite de persona a persona existe acuerdo unánime en lo fundamental que resulta disponer de una información adecuada, completa y veraz sobre ésta, así como de la correcta y oportuna educación de todos los sectores de la población empezando por los padres, profesores de todos los niveles de educación, trabajadores del área de la salud, y medios de comunicación social.

El VIH se trasmite de las siguientes formas:

A. A través de relaciones sexuales homosexuales o heterosexuales. La promiscuidad sexual aumenta considerablemente la probabilidad de contagio, aun cuando una sola relación sexual con una pareja infectada puede ser suficiente para adquirir la enfermedad. Es sabido que el mayor riesgo de contagio lo tienen los hombres homosexuales pasivos, y que el traspaso del virus de hombre a mujer es tres veces mayor que a la inversa, por razones de orden anatómico, biológico, y de comportamiento. La conducta homosexual es especialmente propensa a la transmisión debido a que el recto es una zona muy vascularizada y absorbente, así como por la violencia traumática de este tipo de relaciones que favorece los desgarros vasculares. Ha de quedar en claro, en todo caso, que no es el hecho de ser homosexual o bisexual lo que hace que se adquiera el VIH y el SIDA, sino más bien las conductas sexuales de las personas (número de parejas, promiscuidad).

B. A través de la sangre, aun en pequeñas cantidades, como es el caso que se puede dar por parte de los individuos tóxicodependientes que intercambian jeringas contaminadas con virus para drogarse.

C. A través de la transfusión de sangre contaminada o sus derivados.

D. De la madre VIH positiva hacia el hijo, ya sea durante la gestación por vía transplacentaria, durante el parto, a causa del contacto

con sangre y/o secreciones vaginales, o bien después del parto a través de la lactancia.

E. En mucha menor escala, y siempre y cuando no se tomen las medidas adecuadas de profilaxis, (prevención), también puede haber en los profesionales de la salud contagio accidental (médicos, enfermeras, dentistas, etc.) por pinchaduras de agujas o jeringas contaminadas o durante intervenciones quirúrgicas.²

Es muy importante señalar que no hay ningún caso registrado de transmisión del virus a través del beso, ni tampoco por motivos de convivencia, uso de baños, cocina, toallas, cubiertos, peinetas, vasos. De ahí que la convivencia diaria con una persona infectada con VIH no es un riesgo para las personas sanas que la rodean, por lo que resulta injustificado y muy injusto aislar a los enfermos de la vida familiar y social.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es muy poco resistente a las condiciones ambientales y tiene dificultades para sobrevivir fuera del organismo, destruyéndose fácilmente con el calor y con los detergentes habituales.

En síntesis, la transmisión sólo puede ocurrir por vía sexual, parenteral o vertical (de madre a hijo).

Del VIH al SIDA³

Tras el momento del contagio, hay un primer período de infección conocido como “período de ventana”, y que se caracteriza por la ausencia de anticuerpos. Posteriormente, tras un tiempo que puede durar entre 3 y 30 semanas (aunque en el 99% de los casos se da dentro de los 6 primeros meses de la primoinfección) se verifica la llamada seroconversión,⁴ vale decir, una persona hasta entonces seronegativa (sin anticuerpos) pasa a ser seropositiva (ELISA VIH IgG negativa - ELISA VIH IgG positiva). Esto significa que el sistema inmune reconoce al virus y forma mecanismos de defensa frente a él, entre ellos los anticuerpos.

En algunos sujetos el período inicial (“de ventana”) puede ser sintomático, con fiebre, presencia de adenopatías, faringitis, *rash* cutáneo y ocasionalmente manifestaciones neurológicas, lo que puede permitir llegar al diagnóstico precozmente. En la mayoría de los casos, sin embargo, este período pasa inadvertido.

En esta etapa el virus se multiplica rápidamente y es posible detectar muy altos niveles de carga viral en el plasma, es decir, cientos de miles de partículas virales por cada mililitro de plasma. En este período inicial, por tanto, el individuo es altamente transmisor, básicamente debido a que la cantidad de virus en el plasma se correlaciona directamente con la cantidad de virus en el fluido genital masculino y femenino.

Es importante repetir que en este momento el individuo puede lucir perfectamente sano, tener el test de anticuerpos para VIH negativo (no muestra la presencia de la enfermedad) y ser, sin embargo, altamente transmisor durante la actividad sexual. En este caso la persona puede ignorar su estado de infectado, o reconocer su potencial riesgo de infección.

Luego viene un segundo período, que se caracteriza porque el portador del virus no presenta sintomatología, pero la infección sí se detecta por la presencia de anticuerpos anti VIH en la sangre (generalmente a través de la técnica de Elisa). Estas personas suelen denominarse “portadoras asintomáticas”. En este periodo las personas pueden ser diagnosticadas en chequeos médicos, o en estudios de tamizaje en donantes de sangre.

Este período de latencia puede durar entre 2 y 20 años. Sin embargo, en el 50% de los casos, la enfermedad se desarrolla dentro de 10 años. También existe riesgo de transmitir la enfermedad en esta etapa.

Finalmente, hay un tercer período que se caracteriza porque la persona presenta un bajo número de los linfocitos CD4, lo que la hace vulnerable a las infecciones oportunistas. Ésta es la etapa en que se presentan los signos y síntomas característicos de la inmunodeficiencia del SIDA. Antes de que existiesen terapias antirretrovirales, como las disponibles actualmente, la sobre vida de los sujetos que debutaban con una infección oportunista no superaba un año.

En este momento, en cambio, gracias a los resultados de las combinaciones de medicamentos conocidas en nuestro país como triterapia, el pronóstico de la enfermedad ha mejorado radicalmente para los pacientes que acceden a este tratamiento en forma continua y mantenida.

Es muy importante aclarar que la persona infectada transmite el virus de acuerdo a sus cargas virales (concentraciones de virus) en la sangre. Por ello es que los pacientes que acceden a la triterapia disminuyen el riesgo potencial de transmisión, y por lo mismo es tan importante realizar el diagnóstico precoz y mantener a los pacientes en control y tratamiento, especialmente en el caso de mujeres embarazadas.

Según el informe del CONASIDA en Chile los recursos financieros destinados al tratamiento de enfermos con VIH ascendió el año 2000 a aproximadamente 9.000 millones de pesos; de los cuales 2.913 millones corresponden a hospitalización y 5.954 millones a triterapia.⁵

¿Qué pasa en el mundo?

Se estima que hacia fines del año 2002, 42 millones de personas en todo el mundo estaban infectadas con el VIH o bien ya habían manifestado la enfermedad del SIDA. De ese número de personas, 38,6 millones eran adultos, y de ellos 19,2 millones eran mujeres. Se calcula que hay 3,2 millones de infectados menores de 15 años.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que las nuevas infecciones por el VIH en 2002 ascendieron a 5 millones de personas, de los cuales 4,2 millones son adultos (2 millones de mujeres). Dicho año se infectaron, además, 800.000 niños menores de 15 años.

Por otra parte, se estima también que las defunciones causadas por el SIDA en el año 2002 llegaron a las 3,1 millones, de los cuales 2,5 millones corresponden a adultos (1,2 millones de mujeres). El número de niños menores de 15 años que falleció por esta enfermedad fue de 610.000. Asimismo, hasta la fecha, aproximadamente 14 millones de niños se han quedado huérfanos de padre o madre a causa del SIDA. Basten estas cifras para apreciar que el SIDA es una pandemia que exige una reflexión de largo aliento.

Pero también es interesante - así como alarmante y doloroso señalar que cada día se producen 14.000 nuevos casos de infección en el mundo, de los cuales más del 95% se encuentran en los países en vía de desarrollo. De estos 14.000 nuevos contagiados diarios,

aproximadamente 2.000 son menores de 15 años; y de los 12.000 adultos (15-49 años), el 50% son mujeres. Además, si desglosamos la categoría "adultos" por edades, se comprueba que más del 50% de los contagiados diarios tienen entre 15 y 24 años de edad.

Ahora bien, si las cifras las desglosamos geográficamente, también vemos que de los 40 millones de infectados a nivel mundial, 28 millones se concentran en África, y otros 1,9 millones en América Latina y el Caribe.⁶ Es decir, ésta es una enfermedad que ha hecho estragos de modo especial entre los jóvenes y entre los estratos más pobres e indefensos de la sociedad.

*¿Qué pasa en Chile?**

En Chile, según datos del Ministerio de Salud, el primer caso de SIDA se notificó en 1984. Hasta el 31 de diciembre del año 2001 se estimaba que en las trece regiones del país los enfermos de SIDA eran 5.863 y 22.045 personas eran VIH+ asintomáticas. Hasta la misma fecha se había informado del fallecimiento de 3.230 personas por SIDA. Es decir, desde el inicio de la epidemia en 1984 hasta fines del 2001, unas 27.908 personas han sido portadoras o enfermos de SIDA, de los que aún viven 23.920.

Los principales grupos de edad afectados son los que van entre los 20 y los 49 años, concentrando el 84,9% de los casos. Los menores de 20 años representan el 2,6% y los mayores de 50, el 12,5%. En la actualidad, el SIDA representa en nuestro país la cuarta causa de mortalidad en hombres de entre 20 y 44 años, cifra que en la Región Metropolitana significa 149 por cada 100.000 hombres.

Si bien es cierto que una persona puede contraer la infección por distintas vías, es ampliamente sabido que en Chile la forma más frecuente de contagio es por una relación sexual con una persona infectada. En efecto, en nuestro país, de acuerdo con la información disponible al 31 de diciembre del 2001, el 93,9% de las personas que se infectan lo hacen por esta vía, y el 69% del total por relaciones de carácter homosexual o bisexual, predominando con creces los hombres que viven en zonas urbanas, con un 90% de los casos.

Sólo el 4,6 % se ha infectado por contacto sanguíneo, y en el 1,5% de los casos la infección se transmitió de madre a hijo.

En términos generales, la tasa de infectados en nuestro país es en promedio de 28 personas por cada 100.000 habitantes, pero en la Región Metropolitana sube a 48,6 por el mismo número de habitantes. La posibilidad de infección es mayor entre la población homosexual y bisexual, aunque progresivamente se ha ido extendiendo también a mujeres heterosexuales que han tenido contacto sexual con bisexuales.

El análisis de los casos de SIDA acumulados en Chile desde el inicio de la epidemia, en 1984, nos muestra que la mayor proporción está centrada en los hombres. Sin embargo, esta proporción va variando, pues el crecimiento relativo de las mujeres infectadas (por las diversas vías de transmisión) mantiene un sostenido aumento. El año 1990, por ejemplo, la proporción entre los enfermos de SIDA era de 28,4 hombres por cada mujer, mientras que en el año 2000 esta proporción fue de 6,9 hombres por mujer. En relación a los portadores, de 6,6 hombres por mujer se pasó a 4,2 hombres por mujer, en el mismo período. Con estos datos se demuestra una clara feminización de la enfermedad.

Pero, además, la tendencia de la distribución de los casos entre las mujeres infectadas que declararon exposición heterosexual frente a los hombres que adquirieron la enfermedad por vía homosexual y bisexual, muestra un aumento de gran significación estadística para las primeras en la comparación de los períodos 90-92 versus 96-98. Esto indica, por primera vez en nuestro país, una expansión de la epidemia entre las personas heterosexuales.

Todas estas cifras señalan de modo patente que la infección por VIH/SIDA es un problema grave, y no es un problema que sólo afecte a los países desarrollados, ni a los homosexuales, ni a los hombres. Por ello urge —nos urge— encontrar un modo de frenar la expansión de esta pandemia. Pues bien, en este documento pretendo esbozar una salida auténticamente humana para este flagelo. El telón de fondo que va a acompañar toda esta reflexión, por tanto, es que la problemática de la prevención lleva grabada en sí un fuerte componente moral, en cuanto involucra actos humanos. Por esta razón, las decisiones en el campo de la prevención no son neutras desde el punto de vista moral; llevan de modo implícito una visión del hombre que obliga a un discernimiento ético para evaluar su bondad o maldad.

Consideraciones éticas

El respeto debido a los enfermos

No todas las personas infectadas por virus VIH o enfermas de SIDA se contagian por su responsabilidad, pero incluso cuando ello haya sido así, no hay ninguna justificación legítima para estigmatizarlas ni discriminarlas familiar, social o laboralmente. A los infectados por VIH y a los pacientes de SIDA se les debe tanto respeto y asistencia como a cualquier otro enfermo, e incluso más, pues los enfermos con infección por VIH muchas veces viven solos su dolencia, y caen rápidamente en depresión.⁸ Los sentimientos de culpabilidad, rabia, y ansiedad ante la incertidumbre y la discriminación los acompañan en el diario vivir, por lo que requieren, más que otros, de un particular apoyo.

Considerando que los dilemas éticos que se presentan en el caso de los enfermos de VIH y SIDA se deben analizar a la luz del bien de la persona que se pone como centro y fin de la medicina y del actuar médico, es fundamental insistir en la obligatoriedad por parte del médico y del personal de salud de atender y apoyar a las personas infectadas. La razón última de esta obligación se halla en que el enfermo se encuentra en una situación de fragilidad y sufrimiento tal que le corresponde en primer lugar a que se le ayude a cuidar su salud y vida. Es en este contexto en el que se revela el significado mismo de la profesión médica que más que un mero oficio que presta servicios a un "cliente" es un mandato moral del que la sociedad reviste a alguno de sus miembros formándolos con competencia y habilidades propias y que en virtud de la función eminentemente social que ejerce no puede quedar exclusivamente a discreción del profesional.⁹ Es ilustrativo al respecto el hecho que el primer código de la Asociación Médica Americana del año 1847, y que hace suya el Comité de asuntos Éticos y Jurídicos de la misma Asociación el año 1987, sostenía que "cuando se encuentre frente a una epidemia, el médico debe continuar con su trabajo sin preocuparse del riesgo para su propia salud" y que "en caso de pestilencia es deber del médico afrontar el peligro y continuar su propio trabajo para aliviar los sufrimientos de los pacientes, aunque ponga en riesgo su vida".

Asimismo, el paciente que sabe que está infectado está igualmente obligado a revelar su situación al personal que lo atiende. No existe riesgo de contagio en una atención profesional que se realiza según las normas de higiene que se han de conservar en toda práctica profesional. Lo propio del ethos del médico es preocuparse por la salud de las personas. Claro que esta obligación exige que tenga las condiciones adecuadas para desarrollar su trabajo, lo que es resorte de la sociedad toda. La asistencia médica debe realizarse aun en el caso de que la muerte del enfermo sea inminente, con cuidados paliativos, además de la asistencia humana y espiritual que una situación de esta índole amerita. En ese sentido, el trato caritativo que se realiza a los infectados y enfermos y a sus familias en muchos policlínicos, hospitales y clínicas por parte de los equipos de salud es loable. Debe destacarse, y en modo particular en Chile, la Clínica la Familia que fundara el Padre Baldo Santi en Santiago, destinada a cuidar y acompañar a enfermos terminales, como testimonio de acogida y servicio a los enfermos en la etapa final de sus vidas.

Es importante destacar el trabajo anónimo de muchísimas personas que están al cuidado de estos enfermos a lo largo del país, incluyendo a las familias que han debido asumir, no sin dificultad, los gastos y cuidados de ellos.

Otro tema no menor es el infundado miedo que experimentan algunos padres de familia de que niños con el virus compartan la vida escolar con sus hijos. En realidad una actitud de este tipo no sólo es infundada, sino que, además, injusta porque bajo esas condiciones de convivencia no hay posibilidad de adquirir la enfermedad, además de poco solidaria ya que parte importante de la terapia de estas personas consiste en llevar una vida lo más normal que les sea posible.¹⁰

Lo mismo acontece en el ámbito laboral. Desde este punto de vista resulta éticamente inaceptable terminar con el contrato de una persona portadora de VIH, la que debe ser tratada como cualquier otro trabajador que adquiere una enfermedad, con sus mismos derechos y sus deberes.¹¹ En este sentido la ley en Italia es clara cuando afirma que “está prohibido a los empleadores públicos o privados, realizar investigaciones tendientes a saber si los empleados o los postulantes a un puesto de trabajo son seropositivos”.¹²

Ahora bien, si el lugar de trabajo perjudicara la salud del enfermo, se deberían tomar las medidas pertinentes para que esta persona realizara otro trabajo o en otro lugar menos dañino para su salud. En este caso el cambio no se justifica por el hecho de que la persona está infectada sino que en función de su salud, que es un valor prioritario y jerárquicamente superior a su trabajo.

El tema de la confidencialidad

Uno de los problemas morales que se ha planteado en relación a la epidemia del SIDA es el del secreto profesional, pilar fundamental de la relación del médico con el paciente. Dado que quienes son portadores del VIH pueden infectar a terceros, muchos médicos se preguntan hasta qué punto están obligados a guardar el secreto profesional si es que su silencio puede implicar que personas inocentes se infecten. El problema, por lo tanto, consiste en cómo compatibilizar el secreto profesional del médico y del equipo que atiende al paciente con la exigencia ética que surge de evitar un mal a aquellas personas que, de mantenerse un riguroso secreto profesional, se van a infectar y corren peligro de morir.

Para resolver este dilema, hay que empezar reconociendo que la salud no es sólo un bien personal, sino también un bien social. Por ello, hay ahora un cierto consenso en el sentido de que el interés social de la salud exigiría la revelación del secreto profesional, cuando el silencio riguroso, que en otras circunstancias se exige, pudiera hacer peligrar la vida de terceros. Así, una primera conclusión importante, es que a la luz del valor de la vida humana se aprecia que el secreto profesional no es un valor absoluto, y que bajo ciertas condiciones puede revelarse. Para la Asociación Médica Americana una razón por la cual se plantea que el secreto profesional no es un valor absoluto es que se identifica la responsabilidad del médico con la de prevenir la difusión de enfermedades contagiosas y, como obligación ética, reconocer el derecho de discreción y confidencialidad de las víctimas del SIDA. Por lo que postula en relación al tema de la confidencialidad que “Idealmente el médico debiera tratar de persuadir a la persona infectada a dejar de exponer a un tercero en juego: si la obra de persuasión no obtiene resultados, la autoridad debiera ser informa-

da; y si la autoridad no toma las previsiones correspondientes, el médico debiera informar y aconsejar a la tercera persona en riesgo".¹³

Esta tesis, que cada vez encuentra más adeptos, se deriva de un principio de justicia, por cuanto lo que se pretende es evitar un daño injusto a terceros inocentes.

En concreto, entonces, las condiciones para realizar la revelación del secreto profesional son:

a. Que la necesidad de revelar nazca de la exigencia de tutelar un bien y/o un derecho igual o superior a aquel que se quiere resguardar. En este caso sería la vida.

b. Que el médico haya hecho toda tentativa para convencer al paciente de la necesidad de revelar el secreto.

c. Que no haya otro modo para tutelar la salud del paciente.

d. Que se adopten todas las cautelas y que se le ofrezca asistencia psicológica al informado.

e. Que no se revele más de lo que el fin de tal revelación exige.

f. Que el destinatario de la revelación sea la persona que está en peligro de contagio.¹⁴

Dada la complejidad del tema y las implicancias que la revelación de una información de esta índole puede tener, es importante un adecuado apoyo para el médico que se halla en la situación de revelar o no un secreto obtenido en el ejercicio de su profesión.

El tema ideológico

Ejercer la sexualidad con quien se desee, es decir igualando en su significación cualquier unión afectiva, incluso de personas del mismo sexo, y desvinculándola de la procreación, se postula como uno de los derechos fundamentales de una sociedad "democrática y pluralista". Tanto es así que existe un proyecto de ley presentado por algunos diputados de nuestro país sobre "Derechos sexuales y reproductivos" que plantea explícitamente en su articulado: "Se reconoce el derecho a toda persona a ejercer la sexualidad independientemente de la procreación, y la libertad para elegir con quién vivir la sexualidad".

Detrás de la impresionante promoción que se ha hecho del uso del preservativo como medio para prevenir que se siga expandiendo el VIH, se esconde una estrategia de índole ideológica que trasciende con creces el interés propiamente sanitario. Estas campañas están sos-

tenidas por la ideología del sexo libre y seguro -ya sea homo, bi, o heterosexual, que concibe la libertad como un absoluto, al margen de cualquier verdad o norma objetiva. Quienes optan por este camino se imposibilitan a sí mismos de conocer la verdad que la realidad del amor humano lleva grabada en sí, y menos pueden comprender entonces lo que al valor de la sexualidad y la vida se refiere. Esta visión está empapada por una visión nihilista del hombre, del mundo y de la historia, amparada por un gran escepticismo frente a la posibilidad de conocer la verdad, cuyas consecuencias, sin embargo, no se dejarán (y no se han dejado) esperar.

En este contexto de autoexaltación del yo y de las potencias inferiores del hombre en desmedro de las superiores, se percibe el VIH y el SIDA como una amenaza a la libertad individual de las personas para ejercer su actividad sexual. Detrás de la publicidad para prevenir el SIDA, más que una auténtica promoción de la salud, se predica una visión del ser humano (por cierto lamentable).

La difusión de los preservativos tiene por finalidad compatibilizar la "libertad" de las personas a tener relaciones sexuales con la seguridad de no contagiarse de VIH y enfermarse de SIDA. Este objetivo, en el largo plazo, no se podrá lograr, pues aplica la misma lógica de las campañas que promueven productos anticonceptivos, de forma de tener relaciones sexuales sin engendrar, y que ya se han probado ineficaces.¹⁵ Resulta muy contradictorio que se promueva la llamada "anticoncepción de emergencia"¹⁶ justamente para el caso en que los preservativos fallen, y por otra parte se diga que el preservativo impide contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH.

Por otra parte, la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) dependiente del Ministerio de Salud, elaboró un documento titulado "SIDA, las respuestas de Chile", en el que, además de la educación, la prevención personal, grupal y social, y la creación de redes de trabajo con asociaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, se propone como estrategia para abordar la epidemia la promoción del reconocimiento social de la eficacia del condón y el incremento de las importaciones del preservativo.

No cabe duda que han trabajado con eficiencia y han logrado resultados: el año 1990 se importaron en Chile 2,6 millones de preservativos, el año 1998 el número subió a 15,7 millones. Sin embargo,

no se percibe el mismo empeño en generar cambios de conductas reales en lo que a la vida sexual se refiere, las cuales sí son eficaces en prevenir la difusión de la enfermedad.

Al mismo tiempo, y a pesar de esta ingente cantidad de preservativos que se ha puesto a disposición de las personas, especialmente de los jóvenes, las notificaciones de los casos de SIDA en el último trienio indican que la curva de crecimiento sigue siendo ascendente. Este contraste debería hacer reflexionar sobre la eficacia real del preservativo, y la conveniencia de gastar los escasos recursos del país en ellos.

El tema de fondo es que no se puede buscar la solución al problema del SIDA al interior de la misma lógica que produce la enfermedad, es decir, el permisivismo sexual. Ello no logra otra cosa que potenciar el motivo que está en el origen de la enfermedad: una vida sexual despersonalizada. La respuesta hay que buscarla en la lógica del valor de la castidad, de la fidelidad, y de la responsabilidad respecto del otro.

Una difusión masiva de preservativos de alguna manera denota muy poca confianza en que las personas puedan ser verdaderamente un factor importante de cambios personales y sociales, es decir, delata un paternalismo inaudito. Asimismo, muestra también muy poco interés en querer ayudar a solucionar los problemas reales de las personas que las llevan al contagio, como la ignorancia, la pobreza, la promiscuidad, etc. El camino que la autoridad ha elegido, es el más cómodo, pero al mismo tiempo el menos solidario, y el del fracaso anunciado.

A propósito del preservativo: pseudoseguridad

Dejando de lado las consideraciones morales, para centrar la atención únicamente en el dato científico, es sabido que el preservativo, como método para impedir un embarazo, es uno de los más ineficientes.¹⁷ En efecto, la literatura muestra cómo el índice de Pearl es del 7 al 15% de ineficiencia en comparación, por ejemplo, con las píldoras anticonceptivas, que son ineficientes en el 0,5%. Por otra parte el preservativo tampoco es seguro para prevenir el SIDA. Como el virus del VIH es 500 veces más pequeño que los espermatozoides, quien usa el preservativo puede tanto infectar a otra persona como ser infectado por su pareja. Varios estudios indican que el uso del preservativo

puede reducir, pero no eliminar, el riesgo de contagio por la vía sexual.¹⁸ Al respecto es importante lo que afirma la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América: “Hay que hacer notar, sin embargo, que el uso del preservativo reduce pero no elimina totalmente el riesgo de transmitir la infección del VIH” y que ‘Sexo seguro’ es ciertamente ‘sexo más seguro’ pero no es completamente libre de riesgos”.¹⁹ Desde este punto de vista, resulta obvio que se ha de ser extremadamente cuidadoso, pues en una materia donde lo que se arriesga es la vida propia y la de los demás (una enfermedad con tan alta tasa de mortalidad), no se puede proponer y promover, sin más, un método comprobadamente poco eficiente frente a una enfermedad con alta tasa de mortalidad y con hondas repercusiones familiares, sociales y económicas.

Proponer y promover un método de prevención de contagio de VIH que no es seguro requiere haber realizado antes una seria reflexión moral, por cuanto existe una gran desproporción entre el bien que se pretende obtener con una relación sexual y el riesgo de atentar en contra de la propia vida y de la de los demás, en caso de producirse la infección.

Si tras el discernimiento, se insiste en promover dicho método, es bastante cuestionable desde el punto de vista ético que se haga creer a la gente que el uso del preservativo es seguro si en la práctica no lo es, porque una falsa seguridad puede llevar a una creciente falta de responsabilidad de la actividad sexual, aumentando el número de contactos sexuales, y, por tanto, el riesgo de contagio. Las campañas para que sean eficaces deben tener como objetivo educar para modificar los comportamientos que eliminan o reducen el riesgo de infección. Para que ello ocurra hay que tener presente el ambiente cultural actual de la sociedad que en realidad no facilita el hacerse cargo de los impulsos sexuales, así como el valor estadístico del grado de protección real del preservativo. Al respecto, un estudio muestra que el riesgo absoluto de una persona a infectarse teniendo relaciones sexuales con una pareja sin condón es igual al de aquellos sujetos que mantienen relaciones sexuales con condón con cinco parejas. Así el preservativo reduce el riesgo cuando se trata de una sola relación pero no lo anula al aumentar el número de *partners* sexuales. El estudio plantea que la información técnica no basta para prevenir nuevas infeccio-

nes, sino que se ha de apelar a motivaciones más fuertes que deben ser sostenidas por toda la sociedad.²⁰

Por último, desde el punto de vista de las políticas públicas, cuando se opta por la salida más fácil de masificar la importación, la difusión y el uso de preservativos, se diluye al mismo tiempo la tarea educativa de promover condiciones más humanas de vivir la sexualidad. Los jóvenes, cuando se les educa, son perfectamente capaces de comprender la dignidad de la persona humana y el valor de la sexualidad como experiencia humanizadora, y el enriquecimiento de la persona cuando se vive la sexualidad como un don de sí para siempre y abierto a la vida. En este contexto, la abstinencia no se presenta como un castigo, sino como un camino de formación de sí mismo, en vistas a la entrega generosa y total hacia el otro.

El caso de Uganda²¹

Está claro que el caso de Chile difiere sustancialmente al del continente africano en general y a Uganda en particular, sin embargo me parece muy pertinente conocer la forma cómo en dicho país africano han afrontado la epidemia. La confirmación empírica de que cambiar el comportamiento sexual es un remedio más potente contra el SIDA que promover el uso del preservativo, proviene de un informe de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USA ID) de Estados Unidos, publicado el pasado septiembre.

El estudio, “Declining HIV Prevalence, Behavior Change, and the National Response: What Happened in Uganda?”, observa que Uganda “se considera como una de las historias de más rápida y mejor superación del VIH”. La oficina del censo de Estados Unidos y la oficina del SIDA de Naciones Unidas calculan que el predominio de infección por VIH en dicho país llegó a cerca del 15% de la población en 1991, Y ha caído al 5% en el 2001. “Este dramático declive del predominio es único en el mundo, y ha sido tema de curiosidad desde mediados de los años 90”, señala el documento del USAID.

El informe dice que la caída del predominio de VIH en Uganda se debe “principalmente a cierto número de cambios de comportamiento que se han identificado en algunas encuestas y en estudios cualificados”. En particular, “El determinante más importante en la reduc-

ción de incidencia del VIH en Uganda parece ser una disminución de las relaciones múltiples y redes sexuales en general”, concluye.

El USAID observa más adelante que la promoción de preservativos en Uganda se ha realizado en años más recientes, cuando ya habían tenido lugar las grandes reducciones en el VIH/SIDA. Los ugandeses tienen ahora considerablemente menos compañeros sexuales no regulares en todos los niveles de edad. En comparación con los hombres de países como Kenya, Zambia y Malawi: “los varones ugandeses en 1995 eran menos proclives a tener sexo continuamente (entre los 15 y 19 años), más susceptibles de estar casados y mantener el sexo dentro del matrimonio, y menos proclives a tener compañeros múltiples, especialmente si nunca han estado casados”.

En este sentido, el presidente de Uganda dio ejemplo a la nación con su postura al tratar la amenaza del VIH, animando a los líderes de la comunidad a “hablar claramente a la gente sobre retrasar su actividad sexual, abstenerse, ser fieles, ‘cero devaneos’, y usar preservativos (en ese orden estricto)”.

Al respecto, Juan Pablo II dirigiéndose a los miembros del Cuerpo Diplomático acreditado en Tanzania les planteaba su convencimiento de que “... sin un renacer de la responsabilidad moral y sin reafirmar los valores morales fundamentales, todo programa de prevención basado solamente en dar información será ineficaz y, más aún, contraproducente. Aún más dañosas son las campañas que implícitamente promueven —por la falta de contenido moral y por la falsa seguridad que ofrecen— justamente aquellos modelos de comportamiento que han contribuido a la expansión de la enfermedad”.²²

Pareja mutuamente fiel y abstinencia

La Iglesia Católica, en esta materia, promueve la fidelidad en el matrimonio y la abstinencia sexual. Pero no propone estos comportamientos sólo porque son el método más eficaz para prevenir la propagación de la infección, sino que los promueve porque representan de mejor manera el sentido verdaderamente humano de la sexualidad, en cuanto medio para una real y efectiva comunión de personas para la construcción de un matrimonio y una familia. En otras palabras, la Iglesia no está proponiendo una restricción costosa, un ‘precio que

pagar' para evitar el contagio del VIH/SIDA, sino, por el contrario, un crecimiento, un beneficio, una mayor libertad y mayor felicidad. Y este modo de conducta, además, verdaderamente constituye la manera más eficaz de prevenir la enfermedad.

En efecto, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta afirma que "Las únicas estrategias totalmente efectivas para la prevención del SIDA son la abstinencia o la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada".²³ Por esto es que urge que los esfuerzos en la prevención primaria incluyan la educación de los adolescentes y de los adultos jóvenes respecto a la transmisión de VIH, y el estímulo de la abstinencia o de las relaciones sexuales monógamas. Si la misma ciencia concluye que el método de prevención más importante para evitar la propagación de esta pandemia es educar y difundir la abstinencia o las relaciones sexuales monógamas,²⁴ no hacerlo es una negligencia inexplicable.

Dado que lo que está en juego es la vida, en el caso del SIDA, prevenir no es simplemente mejor que curar: es la única solución. Además, los medios para prevenir la difusión del VIH son tremendamente sencillos, sin embargo los contactos heterosexuales y homosexuales altamente riesgosos y el abuso de las drogas intravenosas siguen catalizando la expansión de la epidemia. Por ello el cambio de conducta es la forma segura de protección y en esa línea debemos trabajar, sin embargo parece que no se ha sabido inducir de modo suficientemente rápido y extenso, ni siquiera entre los grupos de alto riesgo.

La misma Organización Mundial de la Salud, en la resolución del Consejo Ejecutivo del 29 de enero de 1992, dice: "La OMS quiere que se sepa que sólo la abstinencia sexual o la absoluta fidelidad eliminan el riesgo de infección". Y en el documento del 20 de enero de ese mismo año insistía: "Sólo la abstinencia sexual o una mutua fidelidad de por vida entre parejas no infectadas eliminan totalmente el riesgo de enfermedades sexuales transmisibles".

Todo esto nos lleva a repetir que para terminar con la epidemia del VIH y del SIDA se ha de trabajar arduamente en la educación de las personas, de forma de promover conductas en el ámbito de la sexualidad que no sean causa de contagio.

Esta promoción coincide, además, con una visión de la sexualidad humana más acorde con la dignidad de las personas. Presupone la ca-

pacidad del hombre de percibir el bien de una vida sexual en el contexto del amor matrimonial, e intentar alcanzarlo con el dominio de sí mismo, haciendo uso adecuado de una auténtica libertad y, sobre todo, demostrando un gran amor hacia el otro.

Consideraciones políticas y legales

Ley moral y ley civil

En relación al tema que nos ocupa, no basta con saber en qué consiste la infección y la enfermedad, cómo se transmite y cuáles son los datos epidemiológicos disponibles. Tampoco basta con saber, a nivel individual, cuál es la mejor forma para evitar el contagio. Resulta fundamental preguntarse acerca del modo cómo la sociedad toda, a través del aparato público y sus instituciones, puede acercarse al tema en virtud de las consecuencias de carácter eminentemente público que éste tiene. Así como mostramos las obligaciones del médico en virtud del fin y el sentido de su disciplina, el Estado, cuya misión es velar por el bien común, no puede desentenderse de sus obligaciones en relación al cuidado de la vida de los ciudadanos.

Dado que en nuestro país la mayoría de las personas acude a los servicios de salud que provienen del Estado, es importante preguntarse de qué manera éste y todos quienes allí trabajan se hacen parte en la prevención de la infección por VIH. Este tema es de la máxima importancia, pues el personal de salud puede verse fácilmente involucrado en una situación conflictiva a la hora de promover un método de prevención. Por una parte, como funcionario público siente la obligación de proponer los métodos que forman parte de las políticas de Estado, pero por otra, éstas podrían no coincidir con el conocimiento que él tiene acerca de su eficacia o con su escala de valores. Por esta razón es imperativo discernir de qué manera se articula la ley civil, ámbito propio del Estado, con la ley moral, ámbito propio de la búsqueda del bien integral de la persona. Para ello quisiera detenerme brevemente en algunas definiciones.

Ley moral

La ley moral natural es la reglamentación de los actos humanos que proviene de la misma naturaleza humana, que tiene por fin la plenitud

de la persona, y que es susceptible de ser conocida por la razón de cualquier ser humano. Es decir, la ley moral natural se funda en la inclinación natural del hombre de aprehender lo bueno y de traducirlo en acciones.²⁵ Según Santo Tomás, los ámbitos de la ley natural son tres: 1. conservar la vida; 2. conservar la especie; 3. conocer la verdad. En este sentido, la ley natural prescribe lo que corresponde a tales inclinaciones.²⁶ Propio de la ley moral, entonces, es cuidarse y defenderse de agresiones que atenten en contra de la integridad física o moral de una persona, en virtud de que la vida es un bien precioso, el más grande y el fundamento de otros.

Ley civil

La ley civil, en cambio, llamada ley humana o positiva, es “un mandato de la razón ordenado al bien común, promulgado por quien está encargado de la comunidad”.²⁷

La ley civil es necesaria porque la ley moral natural se refiere a los primeros principios, pero no da normas detalladas para las variadas situaciones que se presentan en la vida de los hombres. Dice Santo Tomás: “Así, es necesario que la razón humana dé los preceptos de la ley natural, en cuanto principios universales e indemostrables, y llegue a disponer de las cosas de manera más particular. Y estas particulares disposiciones, elaboradas por la razón humana, se llaman leyes humanas”.²⁸

Entonces, para que la ley civil que emana de la autoridad cumpla su objetivo, debe tener tres características: 1. Debe ser justa; 2. Debe ser útil al fin que persigue, es decir, al bien común; 3. Debe ser clara.²⁹ Aunque ambas leyes tengan ámbitos de influencia diferente, la ley civil no debe entenderse separada de la ley moral natural, por cuanto ambas miran a un mismo fin, es decir, ayudar a las personas a practicar la virtud de tal modo que se realicen y alcancen la felicidad.

Una de las características de la ley civil es que no puede ser considerada en abstracto, sino según las exigencias y las efectivas posibilidades de la mayoría de las personas, es decir, de la masa, que está formada por hombres no perfectos en la virtud.³⁰ Es por esto que esta ley no prohíbe todos los vicios, sino solamente los más graves, y de modo especial aquellos que dañan a los demás, como el homicidio, el

robo y similares, sin cuya prohibición no puede subsistir la sociedad humana.³¹

La ley civil o positiva, entonces, tiene un ámbito más restringido que la ley moral natural. La primera no pretende hacer virtuosos a los hombres, sino que garantizar las condiciones mínimas para que todos puedan desarrollarse en aquellos aspectos fundamentales de su existencia, es decir, garantizar el respeto de los derechos del hombre. Por ello es que debe ser justa. La segunda, en cambio, tiene un campo de acción más amplio y dice relación con la virtud de las personas; mira al hombre, en primer lugar, en su subjetividad. La ley civil marca un mínimo, la ley moral apunta al máximo. Pero ello no significa que la ley civil se desentienda de la ley moral, por el contrario, la función de la ley civil es la de determinar y hacer obligatorio un medio concreto y contingente, a fin de conseguir que sea socialmente eficaz una prescripción de la ley natural, que no se puede desentender del bien integral de la persona y del bien común.³²

Tolerancia de la ley civil

A la luz de lo planteado, queda claro que no todo lo que es moralmente ilícito ha de ser sancionado por la ley civil. La ley civil, para que sea efectiva, ha de ser tolerante en algunos aspectos que no tocan a su fin, que es el bien común.

La tolerancia se define como “aquella actitud práctica que, si bien rechaza en línea de principio un modo de pensar o de actuar considerado erróneo, lo deja subsistir o por un motivo de respeto hacia la conciencia y la libertad ajena o por conveniencia práctica o de mal menor”.³³

En efecto, Santo Tomás plantea que: “también en el gobierno humano, quien manda tolera justamente ciertos males, para no impedir bienes, o también para que no haya males mayores”.³⁴ De acuerdo con lo planteado, se percibe que no se trata en caso alguno de aprobar un determinado comportamiento, sino simplemente tolerado en aras al bien común, que es el fin de la ley civil. Con todo, el hecho de que tolere algunos males no significa que la ley civil no tenga su propia moralidad.

Aspectos éticos y legales en la prevención del SIDA

Dados estos principios generales sobre la ley civil y la ley moral, podemos ahora aplicarlos al caso de la distribución de preservativos. Pareciera que el Estado no procede legítimamente cuando promueve el uso de los preservativos a través de propaganda pública en los medios de comunicación social. En primer lugar, por la comprobada ineficacia de este método de prevención. Segundo, porque esta propaganda no suele ser educativa, puesto que más bien genera en los jóvenes la sensación de absoluta normalidad en el tener relaciones sexuales, a condición de que sean “seguras”. Ello ya es una visión antropológica sesgada. Por último, porque a la luz de la dinámica propia de las comunicaciones sociales, ello no puede sino aumentar los contactos sexuales y, por ende, aumentar precisamente los riesgos de contagio que se pretenden evitar con la campaña.

A través de estas medidas propagandísticas, el Estado, sin proponérselo, renuncia a su labor primordial de educar a la población en este tema, y se convierte en un mero administrador de la sociedad, que se desentiende en relación a los valores morales y lo deja todo al criterio de cada uno de sus ciudadanos. Si bien esta política puede ser conveniente en términos de popularidad en el corto plazo, clarísimamente se opone a la razón de ser de la autoridad pública: velar por el bien común. La autoridad tiene explícitamente e implícitamente una labor educativa.

Debemos ser honestos y reconocer que detrás de las campañas que promueven el preservativo para tener “sexo seguro” hay una vertiente ideológica que reivindica una “libertad individual” absolutamente desvinculada de la verdad. ¡Cómo serían las críticas si el Gobierno de turno promoviera la castidad y la fidelidad conyugal! Quizás lo acusarían de fundamentalista, retrógrado y de que está promoviendo una visión del hombre que no todos comparten.

Por otra parte, y aplicando las definiciones de ley civil y ley moral, es bastante claro que el Estado no puede prohibir que se vendan preservativos. Al margen de que esta prohibición sería ineficaz, podría también traer males mayores como es el contrabando. Pero no prohibir difiere sustancialmente de promoverlos públicamente como un método seguro para evitar el contagio del VIH y en todo caso, dado

que se venden, al menos se debería dar una información fidedigna acerca de su real eficacia en la prevención del contagio. Si no se da esta información se está cometiendo el grave ilícito de engañar a las personas, puesto que se les convence de que es un método seguro para evitar el contagio siendo que no lo es.

Casos críticos

Muchos se preguntan acerca de la licitud de usar preservativos para evitar el contagio por parte de aquellos enfermos o portadores que no están dispuestas a renunciar al ejercicio de la sexualidad. Está claro que quienes optan por este camino muestran una gran falta de responsabilidad, y además, falta de amor hacia aquel con quien tienen relaciones, puesto que pueden dañar a esa otra persona llevándola incluso a la muerte. Estas personas que no están dispuestas a dejar el ejercicio de la sexualidad, aun sabiendo que están infectadas y que, por tanto, pueden infectar a otros, constituyen una amenaza para la sociedad, y ella podría defenderse con el uso de los medios de que dispone para evitar el contagio: la persuasión y una adecuada ayuda psicológica.

Un caso recurrente, y siempre motivo de consulta, es el de los esposos cuando uno de ellos está infectado con VIH. Muchos se preguntan si es lícito el uso del preservativo en el contexto de las relaciones sexuales entre los esposos para evitar contagiar a quien está sano. Muchos se han preguntado si en el contexto del matrimonio el utilizar un preservativo podría ser considerado una medida terapéutica. Al respecto me sumo a la respuesta negativa que da Mons. Elio Sgreccia: puesto que "...desde un punto de vista médico no constituye terapia, y en segundo lugar, porque, desde un punto de vista ético, la aplicación del principio terapéutico exige que el medio pueda ser usado cuando no existe alternativa: en el caso considerado la alternativa existe y es aún más segura (aunque también más exigente), y es la abstención de las relaciones sexuales".³⁵

Esta exigencia de alto contenido ético reivindica el valor de la vida humana como un bien superior, que se entiende perfectamente a la luz del amor que se deben los esposos. Dado que la conyugalidad en el matrimonio es una dimensión fundamental, es preciso que bajo estas nuevas condiciones en que se da la vida en conjunto existan tanto instancias de ayuda psicológica como espiritual para ambos. Una re-

flexión juntos sobre el alto valor de la vida de la persona no infectada puede ayudar de modo significativo a comprender el sentido profundo, como acto de amor, que puede tener el abstenerse de relaciones sexuales incluso en el contexto de la vida matrimonial.

A la luz de los valores en juego, resulta un imperativo moral que la persona que sospecha que pudo haber contraído el virus se realice los exámenes pertinentes a fin de proteger a terceros. Sería absolutamente comprensible que la persona no infectada se opusiera a tener relaciones sexuales, puesto que ello implicaría hipotecar la propia vida, la del concebido si se produce un embarazo, y todo el entorno familiar y social.

Aspectos antropológicos

La dignidad del ser humano, fuente y cumbre de toda decisión de prevención.

La infección por VIH/SIDA es una enfermedad que lleva asociada una serie de dilemas éticos que conviene analizar con cuidado, de tal forma que la posición que se adopte respecto de las personas que no han contraído la infección pero tienen conductas de riesgo, así como las de aquellas que ya están contagiadas, sea una respuesta digna del hombre, es decir, coherente con su valor intrínseco y que lo ayude a vivir en condiciones de vida más humanas.

Esta reflexión ética parte de la siguiente premisa: Lo que es mejor para el hombre sólo lo puede decir una visión integral del hombre como ser corporal y espiritual, y no lo que prescriba el virus del VIH o la enfermedad del SIDA. Esta posición hace justicia y es más coherente con la dignidad inherente al ser humano, que, como plantea el Concilio Vaticano II, es la única criatura amada por sí misma que se realiza plenamente en su entrega sincera a los demás. Cualquier acción que no promueva el bien integral del hombre no puede ser considerada una acción de salud en sentido estricto. Promover la salud es promover a la persona. A esto es lo que las personas que trabajan en el campo de la salud deberían aspirar, porque el *ethos* propio de su

profesión es hacer el mayor bien posible y nunca promover conductas que puedan atentar en contra de la persona.

Es sabido que, en el mayor porcentaje de los casos, tanto la infección por VIH así como la enfermedad del SIDA están vinculados estrechamente a comportamientos. No es una infección que se herede, sino que se adquiere por transmisión de persona a persona. Son principalmente los comportamientos de las personas los que hacen que ellas adquieran y transmitan el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Y como no se puede separar el comportamiento de las personas de la infección y la posterior enfermedad, se concluye que la prevención de infección VIH/SIDA está asociada directamente a la promoción de cambios de comportamientos de las personas. Esto involucra su libertad, su voluntad y su inteligencia, además de la disposición de las personas a cambiar el modo como se perciben a sí mismos, al otro, y el modo de vivir su sexualidad. En otras palabras es ayudar a las personas a que desarrollen plenamente su vocación al amor personal a través del dominio de sí mismo para la donación de sí y acogida del otro.

Juan Pablo II se dirigió a los participantes de la IV Conferencia Internacional sobre el SIDA, que se realizó en la Ciudad del Vaticano el año 1989³⁶ en estos términos:

“En primer lugar, hay que plantear con fuerza que la obra de prevención, para que sea digna de la persona humana y, al mismo tiempo, verdaderamente eficaz, debe proponerse dos objetivos: informar adecuadamente y educar a la madurez responsable. Es necesario, ante todo, que la información, impartida en los lugares idóneos, sea correcta y completa, más allá de los miedos infundados, y de las falsas esperanzas. La dignidad personal del hombre exige, pues, que sea ayudado a crecer hacia la madurez afectiva mediante una específica obra educativa. Sólo con una información y una educación que lleven a reencontrar con claridad y con alegría el valor espiritual del amor que se dona, como sentido fundamental de la existencia, es posible que los adolescentes y los jóvenes tengan la fuerza necesaria para superar los comportamientos de riesgo. La educación para vivir de modo sereno y serio la propia sexualidad y la preparación al amor responsable y fiel, son aspectos esenciales de este camino hacia la plena madurez personal. Una prevención que se moviese con inspi-

raciones egoístas, a partir de consideraciones incompatibles con los valores prioritarios de la vida y del amor, terminará por ser, además de ilícita, contradictoria, esquivando el problema, sin resolverlo desde la raíz.

Por ello la Iglesia, segura intérprete de la Ley de Dios y “experta en humanidad”, tiene en su corazón no sólo un conjunto de “no” a determinados comportamientos, sino sobre todo el proponer un estilo de vida plenamente significativo para la persona. Ella indica con vigor y con alegría un ideal positivo, en cuya perspectiva se han de comprender y aplicar las normas morales de la conducta.

A la luz de tal ideal, aparece profundamente lesivo para la dignidad de la persona, y por ello moralmente ilícito, propugnar la prevención de la enfermedad recurriendo a medios (y remedios) que violan el sentido auténticamente humano de la sexualidad, y son un paliativo para aquellos males profundos, que interpelan la responsabilidad de los individuos y de la sociedad: la recta razón no puede admitir que la fragilidad de la condición humana, que debiera motivar un mayor empeño, se traduzca en pretexto para ceder a abrir las puertas a la degradación moral”.

Este discurso expresa, sin duda, una visión extraordinariamente positiva del hombre, de su dignidad, de su condición de caminante hacia un futuro mejor, y en especial, de su posibilidad de crecer y hacerse responsable de sus actos a la luz de un orden moral que, lejos de oprimido, lo abre hacia una auténtica libertad. En este contexto es en el cual se sitúa la sexualidad humana.

Resulta interesante constatar que la visión sustentada por el Pontífice llama al deber de las personas y la sociedad a asumir una mirada positiva acerca del hombre y optimista en cuanto a considerado capaz de adoptar conductas conforme a su naturaleza, y a no usar medios que no sólo no solucionan el problema de raíz, sino que además ofenden al hombre en su dignidad.

Coherencia de un mensaje

De todos los antecedentes mostrados queda claro que cualquier acción que se emprenda para prevenir la infección por VIH/SIDA, si pretende ser una solución verdadera y auténticamente humana, debe

realizarse a la luz de una visión muy específica de la sexualidad: aquella que reconoce 'operativamente' que el hombre ha sido creado por amor y para el amor. La entrega total de un hombre y de una mujer se da en el contexto del matrimonio, pues allí es donde se dan las condiciones más adecuadas para que la entrega de los esposos integre lo corporal y lo espiritual, es decir, toda la persona. Esta entrega, completa, comporta de suyo la mutua fidelidad y, naturalmente, excluye de raíz el miedo hacia el otro. Esta perspectiva de la sexualidad humana es coherente en sí misma y hace relucir lo más hermoso que tiene la persona: su capacidad de dar y recibir amor.

Para la Iglesia Católica el lugar adecuado para ejercer la vida sexual de modo pleno y auténticamente humano es el contexto de la vida matrimonial que involucra fidelidad, compromiso para toda la vida y apertura al don de los hijos. Cuando la actividad sexual se realiza al margen de éste, disminuye en su valor, significado y verdad, lo que redundaría en un empobrecimiento de las personas que la ejercen. Situarse en una línea decidida hacia la educación y promoción de la sexualidad vinculada al matrimonio, sin duda alguna es una postura de alto contenido ético, porque exalta lo mejor de la persona humana.

Es pobre invitar a la mutua fidelidad, o a no tener relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, o a la castidad, por miedo a contagiarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. La invitación a la fidelidad conyugal y a la castidad surge porque son un bien para la persona, para el matrimonio, para la familia y la sociedad. Veo aquí una labor a largo plazo que todas las instancias educativas, tanto formales como informales, deberían asumir con más fuerza, más creatividad y mayor convicción.

Conclusión

En estas páginas he intentado dar una visión integral del tema de la prevención de la infección por el VIH y del SIDA. No me parece adecuado situar el tema desde otra perspectiva que no sea la de la vocación del hombre a una vida conforme a su dignidad, y la de las personas que trabajan en salud a promover el bien integral de la persona y no limitar su accionar a medidas que realizan en función de su pericia

técnica. Es allí donde se percibe con mayor claridad el aporte que puede hacer la Iglesia Católica a la luz de las enseñanzas del Evangelio.

Como sociedad, co-responsable del futuro que día a día construimos para las futuras generaciones, cada uno de quienes la componemos tenemos el deber de aportar, desde el ámbito que nos es propio, a construir un mundo mejor, donde el amor al hermano permita fortalecer la fraternidad y las potencialidades de cada uno. Sólo así se podrá lograr el tan anhelado desarrollo de todos y cada uno de los que componemos nuestro país.

Desde una mirada creyente, independiente de nuestra condición de sanos o enfermos, no debemos olvidar que hemos sido creados a imagen y semejanza de Dios, por lo cual debemos mirar y valorar el tesoro y la dignidad de cada ser humano, especialmente si está enfermo.

No nos corresponde condenar a las personas, lejos de eso, estamos llamados a acoger a quien lo necesite, pero esa acogida implica hacerse cargo de la persona, de su dolor, de su drama, de su entorno, dando lo mejor de nosotros mismos, para que efectivamente nuestra acción ayude a la persona en cuanto persona, y no solamente en cuanto padece una enfermedad.

Soy consciente que esta propuesta se lleva por difíciles y empedrados caminos y que no goza de mucha simpatía en un amplio sector de la población, pero ello no le quita ni un ápice de su fuerza, que he intentado fundamentar en la verdad y en su belleza.

Una visión positiva de la persona invita a situar la superación del drama de la epidemia del SIDA en la perspectiva del cambio de comportamiento de las personas, en la exigencia de la educación al amor auténtico que implica renuncia a un estilo de vida desvinculado del hedonismo, y en la integración de todos los actores sociales en la prevención eficaz y eficiente a través de medidas verdaderamente seguras y en el cuidado de los enfermos, en lugar de continuar con la distribución masiva e indiscriminada de preservativos.

Referencias bibliográficas

¹ Cfr. SORECCIA E., *Manuale di Bioetica. II. Aspetti medico-sociali*, Milano: Vita e Pensiero, 2002: 269-320.

² Ver un completo estudio al respecto en GOMES DOS REIS AVES E., DE PAULA RAMOS D., *Professionais de Saúde: vivendo e Convivendo com HIV/SIDA*, Editora Santos, 2002. A pesar de que la preocupación por parte de los profesionales en especialidades quirúrgicas está aumentando, en estos estudios la distribución de trabajadores sanitarios con peligro bien definido de infección VIH, era similar a la de los que carecían de riesgo identificado el riesgo de infección del VIH es extremadamente bajo; probablemente menos de uno cada 200 incidentes de contacto con membranas mucosas o inoculación parenteral de sangre, fluidos o excreciones infectadas” Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) Informe Hastings.

³ Cfr. SEPÚLVEDA c., *Sida*, Editorial Universitaria 1998: 76-90.

⁴ Seroconversión: aparición de anticuerpos en una persona previamente seronegativa, es decir sin anticuerpos.

⁵ VER GOBIERNO DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, CONASIDA, Boletín epidemiológico semestral VIH/SIDA, Diciembre 2001.

⁶ Para conocer de modo detallado las estadísticas de la enfermedad, recomiendo ver la página WEB de las Naciones Unidas.

⁷ Para conocer la situación en Chile, recomiendo ver los datos que aporta el Ministerio de Salud. www.minsal.cl

⁸ En Nueva York la tasa de suicidios entre hombres con SIDA es 36 veces mayor que entre otros hombres de la misma edad. Summerfield D., *Hiv infection - discrimination and criminalisation*, The Lancet 1989, 8644: 956-957.

⁹ Cfr. PALAZZANI L., MARCHIONNI P., MELE v., SPAGNOLO A.G., *La fondazione deU'obbligo morale al trattamento dei pazienti con infezione da HIV*, Medicina e Morale 1991,3: 445-463; JECKER N.S., *The responsibility to treat AIDS patients*, AIDS Patient Care 1990,4(1): 2-4.

¹⁰ El Consejo de Europa plantea en la *Recomendación R (89) 14* en la sesión dedicada a la confidencialidad en los colegios que “el personal de medicina escolar, los profesores y los demás agentes del sector con obligaciones educativas respeten vigorosamente los principios de reserva; las decisiones de informar de la presencia de un niño o de un adolescente infectado de VIH, se hagan sólo en el interés de la persona, caso por caso, y en base a una consulta, si es posible, entre la persona infectada, los padres, los profesores, y los operadores sanitarios”. La ley Italiana dice que “el diagnóstico de infección VIH no puede constituir motivo de discriminación, en particular para inscribirse en la escuela, para el desarrollo de actividades deportivas, y para el acceso a un puesto de trabajo o mantenerse en él”. Legge 5 giugno, n° 135, *Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS*, art.5.

¹¹ En Francia la ley del 12 de julio del 1990 estipula que ningún asalariado puede ser sancionado o licenciado en razón de su estado de salud o de su *handicap*, salvo inaptitud constatada por la medicina laboral. Esta ley, además, impide todo tipo de racismo en relación a los enfermos en la vida profesional. Cfr. Consejo de Europa, Recommendation N°R (89) 14* Du Comité des Ministres aux Etats Membres sur les incidences éthiques de l'infection VIH dans le cadre sanitaire et social.

¹² ITALIA, Legge 5 giugno, n° 135: *Progl'amma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS*, art. 6.

¹³ Cfr. ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, *Informe YY*, 1987. Cita tomada de Boroni v., *Infezione da Hiv e segretezza professionale*, Medicina e Morale 1991,3: 417-444.

¹⁴ Cfr. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica...*, pp. 297-299.

¹⁵ Cfr. PEARSON V.A.H., OWEN M.R., PHILLIPS D.R., ET AL., *Pregnant teenagers' knowledge and use of emergency contraception*, British Medical Journal 1995, 310 (6995): 1644.

¹⁶ Píldora a ser ingerida después de una relación sexual y que actúa, de acuerdo a la información que da quienes la producen, ya sea impidiendo la ovulación o incluso, de haberse producido la fecundación puede evitar la implantación del embrión en el endometrio, lo que lo conduce a su muerte.

¹⁷ Recomendando SUAUDEAU J., *Le "sexe sur" et le preservatif au défi du SIDA*, Medicina e Morale 1997, 4: 689-726.

¹⁸ Ver FISHL M.A. ET AL., *Evaluation of Heterosexual partners, children, and household contacts of adults with AIDS*, Journal of American Medical Association 1987, 257: 640-644; *Reviews of Infectious Diseases* (1986): 300; BEYTOUT D., CHAMBON M., LAVERGNE H. ET AL., *Une méthode simple et rapide de contrôle de l'imperméabilité aux virus des préservatifs*, La presse Médicale 1989, 18(33): 1651-1653; DE VINCENZI L., *A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners*, The New England Journal of Medicine 1994, 331(6): 341-346; SGRECCIA, *Manuale di Bioetica...*, p. 316.

¹⁹ INFECTION DISEASES SOCIETY OF AMERICA, *The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, The Journal of Infectious Diseases 1988, 158: 282.

²⁰ Cfr. FINEBERG H. V., *Education to prevent AIDS: prospects and obstacles*, Science 1988, 239: 592-596.

²¹ Cf. www.webcindario.com

²² JUAN PABLO II, *I problemi di rifugiati e dell'AIDS esigono il riconoscimento dell'interdipendenza dei popoli*, L'Osservatore Romano del 3-4.9.1990.

²³ CENTER FOR DISEASE CONTROL, USA, *Condoms for Prevention of Sexually Transmitted Diseases*, Journal of American Medical Association 1988, 259: 1925.

²⁴ Cfr. INFECTION DISEASES SOCIETY OF AMERICA, *The Acquired Immunodeficiency Syndrome...*

²⁵ Cfr. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q.94, a.2.

²⁶ Cfr. *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*, I-II, q.90, aA. Esta ley, además de ser racional, debe tener un carácter universal. Santo Tomás entiende el bien común como aquel bien que es participado por todos y, por lo tanto, considera el bien del conjunto de la comunidad y no de un individuo o de una clase. En relación al ordenamiento legislativo, es el bien común el que debe animar toda norma o precepto.

²⁸ *Ibid.*, I-n, q.91, a.3.

²⁹ *Ibid.*, I-n, q.93, a.3.

³⁰ En efecto, "Los preceptos de la ley natural no son percibidos por todos de una manera clara e inmediata" *Catecismo de la Iglesia Católica* (CEC) 1994, n. 1960.

³¹ Cfr. *Ibid.*, I-n, q.96, a.2. Por ello que "el derecho inalienable de todo individuo humano inocente a la vida constituye un elemento constitutivo de la sociedad civil y de su legislación" CEC n. 2273. Cfr. SGRECCIA E., *Manual de Bioética*, Mexico D.F.: Diana 1996: 376.

³² Se ha de entender por bien común el bien de la comunidad y no del individuo o de una clase solamente; es el bien que representa la perfección específica del hombre y no el interés de una persona en particular. El bien común, en cuanto fin de la leyes su razón de ser.

³³ *Tolleranza*, en MONDIN B., *Dizionario enciclopedico del pensiero di San Tommaso D'Aquino*, Bologna: Edizioni Studio Domenicano, 1991: 608. En efecto, como dice Sgreccia (*Manual de Bioética*, p. 376): "...la ley no coincide con la ética, no siempre puede evitar cualquier mal y cualquier abuso en el ejercicio de las libertades personales, sino que debe crear las condiciones objetivas para la eticidad de cada uno, para la realización de cada una de las personas".

³⁴ *Summa Theologiae*, 11-11, q. I O, a.11.

³⁵ SGRECCIA E., *Problemi etici nel trattamento deU'AIDs*, *Medicina e Morale* 1987, 1: 9-29.

³⁶ El discurso completo se puede ver en *Medicina e Morale* 1989, 6: 1146-1152.

La bioética ante las técnicas de reproducción asistida (TRA)

*Ma. de la Luz Casas Martínez **

Resumen

La bioética, ciencia de la vida, no puede quedar lejana a la transmisión de la misma. El concepto de procreación humana, del cual parten las acciones sobre las decisiones de maternidad/paternidad, es un campo propio de la bioética.

Dentro de la ciencia de la reproducción humana se han llevado a cabo numerosas técnicas en las últimas décadas, que repercuten en los hechos concretos del logro de embarazos, pero también, en forma muy importante inciden en el simbolismo y en el significado del mismo concepto de procreación.

La bioética debe resguardar los valores propios del ejercicio de la medicina y de la antropología filosófica que sustenta los actos aplicados al hombre.

El siguiente trabajo pretende una reflexión bioética, esto es, multidisciplinaria, sobre las actuales técnicas de reproducción asistida aplicadas al hombre.

Abstract

Bioethics, the science of life, cannot be separated from the transmission of life. The concept of human procreation, from which the decisions of paternity originated, is a field of bioethics.

* Dra. en Ciencias de la Salud, Bioética. Universidad Panamericana, México.

In reproduction science, in the last decades there have been developed many techniques, which impact in the achievement of pregnancies, in a very important way, they also impact in the symbolism and significance of the procreation concept.

Bioethics should shield the values belonging to the practice of medicine, and to the philosophic anthropology that support the acts applied to men.

The following article professes a bioethical reflection, that means, in a multidisciplinary view, about the actual techniques as applied to man.

Palabras clave: Sexualidad, procreación, Embrión.

Key worlds: Sexuality, procreation, embryo.

La metodología bioética

La Bioética es una herramienta dialógica que permite, entre otras cosas, el abordaje de problemas surgidos de la biotecnología aplicada al hombre, a través de una metodología multidisciplinaria, en un marco plural y laico, que respete los valores propios del proceso de humanización.

Como parte de la ética, la Bioética tiene como fin no sólo la conservación de la vida, sino que ésta sea de calidad humana, lo cual solamente es posible promoviendo un marco de valores universales.

Es así que la Bioética se pregunta ante los problemas que se le presentan: ¿Cuáles son los valores que se encuentran en conflicto en éste problema específico? ¿Cuáles de éstas alternativas posibilitan la conservación o el desarrollo de valores propios de la vida humana?

En especial, el objeto de estudio de la Bioética clínica comprende aquellos problemas propios de la biomedicina y biotecnología aplicados al acto biomédico, incluyendo con ello, el terapéutico y de investigación.

Además de las preguntas de la Bioética básica, la Bioética clínica salvaguarda los principios del acto médico que se refieren a la realización de acciones avaladas:

a) *Por su calidad científica.* En este rubro se encuentran todas las especificaciones de normas de la buena práctica médica y de investigación, como son: la indicación terapéutica, metodología certificada del acto científico, evaluación de riesgo/beneficio, entre otros. La falta de calidad científica, constituye, de por sí, ya un acto antiético, pues se opone a la *lex artis* médica.

b) *Por su calidad ética.* Su contenido se encuentra en las Declaraciones Deontológicas, Jurídicas y Éticas, entre otras, que sustentan el deber ser moral de la medicina a través de la promoción de sus valores propios, como son: el valor de la vida humana, el valor de significados propios (como es el caso de la sexualidad humana), los principios de beneficencia (no maleficencia), autonomía y justicia, el significado del acto médico, entre otros.

Es así que, el análisis de las implicaciones de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) será abordado bajo estos parámetros de reflexión.

1. Consideraciones de adecuación científica del procedimiento

Indicación de la intervención

Las técnicas de reproducción asistida surgieron hace 40 años en el ámbito de la medicina humana como un medio último de ayuda a la reproducción; es decir, como una solución extrema para permitir la fecundación en parejas heterosexuales estables que presentaban alguna causa de infertilidad no tratable por otros medios. El objetivo fue la formación de una familia. Ésta fue su justificación.

a) Principio terapéutico

El primer problema consiste precisamente en que no son terapéuticas, sino paliativas, por tanto, electivas y requieren de justificación para su aplicación.

Conforme a la justificación se desprende el primer límite: el uso exclusivo de óvulo y semen de la pareja estable para que el nacido sea hijo biológico de ambos y se conforme una relación familiar.

No cumplen esta justificación aquellas variantes que desvinculan la relación de paternidad y filiación por utilización de gametos ajenos a la pareja, terceras personas que subrogan úteros, venta o compra de gametos, técnicas de desarrollo embrionario monogamético, como la clonación o la partenogénesis, o que no cumplen el objetivo de formar una familia.

El principio terapéutico tampoco es efectivo para el embrión, sobre todo si presenta patología, ya que en ese caso no es curado sino eliminado. Aún en estado sano, podría ser también eliminado si ya han sido seleccionados otros embriones. La crioconservación tampoco constituye ningún tipo de terapia para el embrión.

b) Validez científica de la metodología

Un segundo límite se refiere a la situación de la tecnología misma. La técnica desarrollada en animales fue traspolada casi en forma idéntica para uso humano. Para garantizar la efectividad de la técnica se recurrió a la creación de embriones supernumerarios, y con ello se dio paso a la crioconservación y selección embrionaria. También se recurre a la hiperestimulación y sobrestimulación ovárica, implantación y embarazos múltiples. Actualmente, a través de la experiencia, se han podido disminuir estos efectos negativos, pero la validez científica pide que las técnicas hubieran sido estandarizadas y ajustadas antes de aplicarse en humanos.

b.1 El problema de la seguridad

En los actos médicos y de investigación, la seguridad debe ofrecerse a todos los involucrados en el proceso, en este caso los embriones, los donadores y la madre gestante.

b.1.1. Seguridad para con el embrión

Las TRA son técnicas que exponen al embrión a riesgos graves, tanto por el proceso hormonal de obtención de los óvulos¹, como por la propia manipulación, selección embrionaria y crioconservación. El índice de viabilidad del embrión^{2,3}, cataloga a las TRA como procedimientos de alto riesgo para el embrión.

Los artículos de Helsinki VI⁴ que sustentan la investigación biomédica, señalan que se garantice un adecuado riesgo/beneficio en los participantes. Tratándose de embriones, la justificación experimental solamente es positiva en investigación terapéutica.

b.1.2. Seguridad para los donadores

Debe asegurarse al donador un manejo adecuado de las muestras, especialmente en lo referente a identificación, así como la realización de todos los controles médicos para descartar patología en el semen y enfermedades transmisibles.

b.1.3. Seguridad para la madre

Debe asegurarse un adecuado control en el proceso de obtención de óvulos con un adecuado manejo hormonal, evitando la superovulación,⁵ y minimizando el riesgo de embarazos múltiples que provocan riesgos^{6,7,8} obstétricos para la madre gestante.

c) *El problema del consentimiento*

Actualmente, uno de los más importantes logros éticos de la investigación biomédica ha sido la obligatoriedad del consentimiento bajo información⁹.

La aplicación de esta herramienta en las técnicas de reproducción asistida se ha referido tradicionalmente a la madre y en ocasiones al padre.

Uno de los problemas más graves consiste en que las cartas de consentimiento son muy extensas y redactadas en términos científicos que no permiten a la usuaria la repercusión extensa de sus decisiones. La mayoría de las veces es firmada sin previa lectura confiando en la buena fe del equipo de salud. Es así que no constituye un verdadero consentimiento bajo información previa.

La no consideración en las decisiones del padre legal constituye también una falla de consentimiento, ya que el Art. 4° de la Constitución Mexicana otorga el derecho a formar una familia a la pareja y, por tanto, se requiere del consentimiento del esposo o concubino. Pero, el consentimiento se refiere no solamente a los adultos, sino también al embrión. El embrión se encuentra bajo la tutela de sus padres biológicos haciendo el paralelismo con un paciente incompetente. Las decisiones de padres o tutores solamente podrían autorizar acciones en beneficio del tutelado, caso que no ocurre en las TRA.

En la madre y la pareja el consentimiento plenamente informado es un requisito que debe ser manejado fuera del requisito administrativo. Las implicaciones de riesgo materno, condiciones de selección de embriones, crioconservación embrionaria, efectividad de la técnica

ca, responsabilidades para con los embriones gestados, posibilidad de donación de gametos, implicaciones del derecho de origen del hijo, etc. deberían ser exhaustivamente abordados.

d. Utilización de embriones con fines de investigación y/u obtención de células troncales

d.1. Células madre pluripotentes de fetos humanos

Es importante considerar que la crioconservación de embriones en las técnicas de TRA se realizan en estadios anteriores al de blástocisto, pero existe la posibilidad de activar el proceso ontogénico para el logro de obtención de células madres.

La potencialidad de las células madre del embrión parece muy amplia para la formación de diversos tejidos. La obtención de estas células supone siempre la destrucción de estos embriones humanos. Al momento, y justamente por la pluripotencialidad de las células madre embrionarias, están sin resolver las técnicas que permitan dirigir las en la dirección deseada para el trasplante terapéutico y también está por controlar su proliferación indeterminada¹⁰ y la producción de teratomas. Estas células provocan rechazo inmunológico por parte del receptor por provenir de un donante diferente genéticamente. Ya que se trata de un trasplante heterólogo, se está explorando la posibilidad de autoclonación¹¹, técnica que no cuenta con seguridad de eficiencia científica al momento.

El uso de terapias génicas no se vislumbra a corto plazo, pero es necesario considerar los beneficios que estas técnicas podrían representar en el conocimiento del desarrollo embrionario y de las acciones génicas, especialmente en el caso de las interacciones patológicas, que a futuro pudieran dar pie al avance terapéutico. Científicamente se están considerando la posibilidad de utilización de células troncales postnatales^{12, 13, 14} las cuales poseen pluripotencialidad y un menor riesgo oncogénico que las embrionarias.

Los artículos de Helsinki VI¹⁵, y la Ley General de Salud¹⁶ que sustentan la investigación biomédica en México, señalan que poner en riesgo el desarrollo embrionario va en contra de la experimentación ética.¹⁷

Por no cumplir con un adecuado balance de riesgo/beneficio, la Ley General de Salud Mexicana¹⁸ y su Reglamento¹⁹ de Investiga-

ción estarían en contra de que ese sujeto entrara en la investigación.

De igual forma, la Asociación Médica Mundial recomienda a los médicos abstenerse de intervenir en los procesos de reproducción que permitan elegir el sexo del feto, a menos que sea para evitar la transmisión de enfermedades graves relacionadas con el sexo.

Si se viola este principio, nos encontraremos en un retroceso de este esencial logro de la investigación biomédica, el cual pretende la protección del vulnerable.

2. Por su calidad ética

Su contenido se encuentra en las Declaraciones Deontológicas, Jurídicas y Éticas entre otras, que sustentan el deber ser moral de la medicina a través de la promoción de sus valores propios, como son: el valor de la vida humana, el valor de significados propios (como es el caso de la sexualidad humana), los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, entre otros.

a) Consideraciones sobre el manejo ético del embrión humano

El principio moral del valor de la vida humana posee un reconocimiento histórico y universal recogido por las declaraciones de derechos humanos y por las legislaciones positivas de los países democráticos occidentales.

Si se admite que es moralmente reprobable quitar la vida a un ser humano inocente, entonces, si el embrión humano es ser humano inocente, su manipulación y posible destrucción es un acto moralmente reprobable.

Un cambio importante se está gestando en la consideración moral del embrión humano a través de las posibilidades de manipulación genética y variantes de las TRA. Después de familiarizarse con el procedimiento, algunos investigadores consideran que la categoría de ser humano debería ser reservada para:

- Aquellos concebidos in vivo por unión de óvulo y espermatozoide.
- Aquellos producidos in vitro por la unión de ambos gametos para fines reproductivos.
- Aquellos producidos in vitro por técnica de transferencia nu-

clear, productos de un ovocito enucleado y cualquier núcleo celular humano.

— Aquellos producidos en el futuro por técnicas partenogénicas o variantes de clonación, aún autóloga, con fines procreativos.

No serían considerados seres humanos, sino agrupaciones celulares o embriones con derechos disminuidos o de estatuto intermedio:

— Aquellos producidos *in vitro* por la unión de ambos gametos considerados supernumerarios y no destinados a fines reproductivos.

— Aquellos producidos *in vitro* por técnica de transferencia nuclear, productos de un ovocito enucleado y cualquier núcleo celular humano, destinados a experimentación u obtención de productos.

— Aquellos producidos en el futuro por técnicas partenogénicas o variantes de clonación, aún autóloga, sin fines procreativos.

El hecho es que siendo todos estos embriones semejantes, hacer diferencia entre ellos supone un juicio subjetivo y por tanto discriminatorio.

Para la postura que considera que los embriones poseen un estatuto intermedio entre las cosas y el adulto, las etapas embrionarias primarias son solamente tejido celular embrionario. La ciencia confirma que no se trata de cualquier grupo celular, sino de uno específico que conforma un primer estadio humano. Con relación a la clasificación anterior ¿depende el estatuto moral de un embrión el hecho de ser implantado o continuar en un laboratorio? ¿depende el estatuto embrionario de los motivos de quienes lo crearon o del lugar dónde se encuentra?

El argumento de cambio de categoría según intención es inconsistente, porque la clasificación de especie en la ciencia de la biología, vegetal, animal y humana, se realiza con base a la procedencia directa de especie y de las características de las bases genéticas específicas para cada una de ellas. La humana no puede ser la excepción. Por tanto, independientemente de las circunstancias de obtención, del lugar o del destino que se le reserve, la o las células humanas activadas en cualquier etapa de desarrollo ontogénico son seres humanos.

Es así que la primera consideración ética es el hecho de que no hay diferencias significativas entre el embrión engendrado *in vivo* y el producido *in Vitro*. La prueba de ello es precisamente el éxito de las TRA para producir un hijo.

La diferencia sustancial solamente se da por el lugar donde se encuentra el embrión y por la voluntad de terceros sobre para el cual fue creado. La diferencia se realiza entonces por circunstancias ajenas al embrión humano. Si el embrión es el mismo en todas estas circunstancias, le corresponde siempre un mismo trato.

Desde la perspectiva ética científica, la manipulación embrionaria no cumple con las Declaraciones sobre investigación, como son los postulados de Helsinki²⁰, las Normas de Buena Práctica Clínica de la FDA²¹, el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina²² que a continuación cito:

Artículo 2. Primacía del ser humano. El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.

Artículo 18. Experimentación con embriones in vitro. Cuando la experimentación con embriones in vitro esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión. Se prohíbe la constitución de embriones humanos con fines de experimentación.

Es así que acorde a este respeto para el embrión humano, me uno a la declaración de la Real Academia de Medicina Española que señala: “la vida es vida en sí misma y es tan importante la vida de los embriones incipientes como la de los sujetos que recibirán estas células después del sacrificio de aquellos, con la duda -todavía sin resolver- de si estas células pueden prender con absoluta eficacia en el organismo receptor o por el contrario no se adaptarán”.²³

En México, el Código de Conducta para el Personal de Salud²⁴ señala refiriéndose al médico:

Defenderá la vida, la salud, la economía, los intereses y la dignidad de la persona, vedando las maniobras u operaciones y tratamientos innecesarios, controvertidos o experimentales no autorizados, o que contravengan la práctica médica aceptada, o bien sus propios valores personales o de conciencia, en cuyo caso lo deberá hacer del conocimiento de sus superiores.

En México, la protección de todo embrión está reconocida por sentencia de la Suprema Corte de Justicia de México del 14 febrero

2002: “El ser humano tiene vida desde el momento de la concepción y/o fecundación, por tanto es una persona con derechos”

La fundamentación filosófica de estas propuestas se refieren a Emmanuel Kant, quien señala:

“Obra de tal modo que uses a la humanidad tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio.”²⁵

La utilización y muerte de embriones para beneficio de terceros, constituye por tanto, un acto antiético.

c.2. La libertad personal: inalterabilidad e irrepetibilidad del patrimonio genético.

Se protege el derecho a la inalterabilidad e irrepetibilidad del ser humano. Ambos descansan en la protección de la identidad del ser humano y el respeto a su integridad en las aplicaciones biomédicas, tal como las proclama el art. 1 del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa de 1996:

“la intangibilidad de la herencia genética, frente a intervenciones artificiales, y se asegure su protección mediante los preceptos correspondientes”

c.3. Valores de la Especie Humana o la Humanidad

c.3.1. El contexto de la sexualidad humana

En el marco de los Derechos Reproductivos, la posibilidad de utilizar TRA se basa en tres principios reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

1. El derecho a la autodeterminación que cada ser humano debe poder ejercer respecto de su proyecto de vida.

2. El derecho a gozar de salud reproductiva.

3. El derecho a la equidad en el acceso a las prestaciones de la salud.

Una interpretación amplia de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer permitiría sostener el derecho a la reproducción asistida. Pero ¿cuál es el marco propio del ejercicio de estos derechos?

Esta reflexión constituye también una de las claves decisivas sobre las técnicas de reproducción humana. La reproducción humana y animal no difieren única y esencialmente en la biología, sino en el significado personal y social que enmarca la sexualidad humana. La fun-

ción de la sexualidad humana no solamente es la reproducción para asegurar la sobrevivencia de la especie como en el caso animal. En el ser humano tiene un significado personal que rebasa los fines de la especie; esto es, la especie humana es excepción, porque los derechos del individuo van sobre los de la especie, a diferencia de las de todas las demás categorías, dónde la especie es superior al individuo.

Las TRA inciden sobre la construcción biológica, psicológica y social de la forma de procreación humana. En las variantes multiparentales se proyecta una forma nueva de familia y de sociedad. Esta eventualidad confrontaría los lazos de paternidad/maternidad y filiación. El acto procreativo tiene considerado históricamente un valor axiológico específico con cargas objetivas y subjetivas complejas. Por tanto, no es posible desenmarcar el acto de filiación/paternidad/maternidad/sociedad.

Las TRA inciden y cambian las formas de asociación reproductiva en aspectos impensables hace pocos años, y conforme se implementen técnicas, se darán más variantes en las formas reproductivas. Más allá del aspecto biológico, las técnicas implican una construcción social, filosófica y simbólica diferente sobre los fines de la sexualidad humana²⁶.

Algunos de esos cambios son:

- a) Permiten la separación de los cuerpos del proceso reproductivo. Son actos reproductivos acoitales. Posibilita el embarazo en núbiles.
- b) Permite la separación de los cuerpos en las primeras etapas entre embrión y madre.
- c) Modifican el estatuto sobre ser humano y persona.
- d) Substituyen procesos biológicos clave. Sexo, capacitación espermática, maduración espermática u ovular a través de manipulación de gametos y sus precursores (espermatogonias, inyección citoplasmática de óvulo joven a viejo, cambio de núcleo ovular envejecido), fecundación y desarrollo temprano fetal sin intervención materna.
- e) Modifica los tiempos reproductivos. Modifica la edad fértil, ya que pueden concebir desde adultos mayores, hasta utilizarse embriones donadores, que a la vez serán madres, aunque no hayan nacido.
- f) Cambia el número de participantes biológicos de la reproducción. Desde uno (clonación, partenogénesis) hasta tres (maternidad sustituta).

g) Difiere a voluntad los tiempos de embarazo, ya que puede haber espaciamiento indefinido (años) entre implantaciones.

h) Modifica el sexo y los participantes de la reproducción. En el caso de transferencia citoplasmática de óvulo fértil a infértil, se posibilita la unión de mujer-mujer-hombre. Se forma una cooperación reproductiva interfemenina. En clonación puede darse combinación: mujer sola ó mujer-mujer, u hombre-mujer, más posibilidad de donadora de útero.

i) Se posibilitan quimeras genéticas. Como es el caso de la transferencia citoplasmática con todas los riesgos que ello conlleva.

j) Modifica la definición, hasta ahora vigente, de fecundación: unión de óvulo y espermatozoide con las implicaciones legales y morales que representa.

k) Descalifica la justificación biológica tradicional de la existencia de los gametos en la reproducción sexuada. Existe la posibilidad de activar en embrión, cualquier célula somática.

l) Descalifica al espermatozoide como necesario en la reproducción.

m) A corto plazo, se descalfica al óvulo como necesario para la reproducción. Ya se están realizando cultivos de líneas celulares ovulares.

n) Cambia las relaciones de parentesco y obligaciones padres/hijos, ya sea por interacciones durante fertilización y gestación, como también por la posibilidad de “abandono” de hijos sin penalidad jurídica, así como de utilización de los mismos para fines ajenos al bien del menor, como sería su utilización para experimentación, hasta la autorización de los padres de eliminarlos. Por tanto, inciden en la percepción de responsabilidad de la paternidad/maternidad respecto a todos los hijos concebidos, nacidos y no nacidos.

o) La percepción enfermedad y subsidiariedad en sociedad puede cambiar a través de la posibilidad eugenésica.²⁷ Refuerza acciones de intolerancia a las diferencias.

p) Confronta valores personales como el de confidencialidad contra el derecho de toda persona a conocer su origen biológico.

q) Modifica el significado moral del embarazo y la implantación.

r) Cambia la construcción de género que actualmente se basa en la posibilidad reproductiva.

s) Modifica las responsabilidades éticas de los profesionales de salud respecto a todos sus pacientes pre y postnatales, especialmente en los profesionales dedicados a las áreas de salud reproductiva, genética, neonatología, gineco-obstetricia.

¿Cuál será la repercusión social a mediano plazo de éste cambio de paradigma y de valores propios de la sexualidad humana? El marco de valores que debe salvaguardarse en los actos procreativos humanos debe abarcar una visión humanista y trascendente, pues la cantidad y calidad de los hijos son la base de las generaciones futuras. Un mundo humano solamente puede hacerse sobre un marco de valores humanos.

La sexualidad humana difiere con mucho de la animal, ya que las acciones en sexualidad tienen las siguientes características:

1) Afectan invariablemente a más de una persona, la familia, la comunidad²⁸.

2) Las decisiones individuales están insertas en un contexto social.

Después de varias décadas de práctica de las TRA y con base en dos razonamientos, muchas personas están concibiendo diferencias entre embriones producidos *in vitro* y aquellos concebidos por relación sexual. Primero, la posibilidad de embarazo de las técnicas de TRA y los embriones clonados requiere de asistencia humana, de procedimientos médicos de transferencia al útero, o de sostén tecnológico. No hay posibilidad de que estos embriones produzcan niños en el medio *in vitro*. Segundo, los embriones concebidos por unión sexual tienen una conexión física con la mujer que los engendra, a diferencia del de TRA o clonado, que la tiene sólo si es implantado. Es así que la implantación significa un paso moral y cualitativo. Tercero, la actitud frente al embrión puede cambiar a través de las TRA. Cuando se obtiene algo que se considera un bien otorgado fuera de los merecimientos personales, se acepta con agradecimiento y como tal. Los productos de nuestros deseos en cambio, deben asemejarse a ellos. La procreación como un bien otorgado nos acerca a la aceptación incondicional, siendo lo contrario para la idea de manufactura, ingeniería o manipulación. La idea de bien otorgado nos invita a la aceptación de límites con la siguiente generación. Nos invita a pensar que nuestro hijo no es propiedad y que no existe solamente para llenar los requerimientos de los padres.

La identidad social y la individual son una medida significativa que une los hechos biológicos. Las sociedades de todo el mundo se han estructurado socialmente y con responsabilidades económicas bajo la relación de generaciones establecidas a través de la reproducción sexual. Han desarrollado modelos de crianza, responsabilidades familiares y conductas de ayuda relacionadas con estos hechos. Lo importante es que en las culturas, la procreación tiene un impacto profundo que afecta la vida humana y la conforma en familias y comunidades.

La justicia nos lleva a la consideración de nuestra responsabilidad con las generaciones futuras, como bien se postuló por la UNESCO, proporcionando a través de nuestras acciones presentes un mundo de valores humanos que permita una vida de más y de mejor calidad, para aquellos que fueron convocados a la vida por nuestras decisiones.

d) Valores conculcados por la crioconservación

En el caso de la congelación embrionaria, se ha roto la simetría y reciprocidad que debe regir toda relación entre los seres humanos. Unos miembros de la especie han llegado a dominar a otros en relación a elementos y factores esenciales y vitales, negándoles, de ese modo, sus derechos.

Los embriones producidos *in vitro* son seres en permanente riesgo, concebidos en riesgo y dependientes siempre de las tecnologías que sustentan sus vidas y de las decisiones de terceros sobre ellos. La congelación es el extremo de estas decisiones y constituye una situación comparable al ensañamiento terapéutico, puesto que sin éste apoyo tecnológico, no podrían subsistir, aunque realmente no se encuentran realmente en un estado de vida evolutiva. Un embrión que no está donde debería haber estado desde el principio, el útero materno, se halla en una situación de violencia vital y ha sido puesto en ella por el ser humano.

e) Implicaciones éticas del diagnóstico preimplantatorio

Con las TRA es posible no sólo intervenir en la “dimensión temporal” sino también decidir sobre la misma “dimensión espacial o corporal”. Podemos elegir aquella que más responde a determinadas expectativas o deseos haciendo que una decisión ajena decida sobre la

continuidad del desarrollo vital de un ser humano. El riesgo para el embrión es que se encuentra condicionado a determinados criterios de calidad. Por ello, con esta elección genética surge una relación asimétrica de peculiar dominio.

El núcleo ético del argumento de selección embrionaria es: no todos los seres humanos son iguales, pues unos tienen más valor y más dignidad que otros dependiendo de las condiciones que se desean de ellos. En oposición, existe el hecho de que precisamente en la modernidad, los Derechos Humanos han madurado trabajosamente la idea de que a todos los miembros de la familia humana se les debe otorgar igual dignidad, aunque sus ideas o su apariencia o características difieran radicalmente de las propias. Por encima de ese deber civil, la ética médica impone la obligación cualificada de respetar y proteger a los débiles y vulnerables, independientemente de lo inmaduros, enfermos, o depauperados que estén. Según las declaraciones de Derechos Humanos, las vidas humanas no valen menos porque nadie las desee. No hay diferentes calidades humanas, pues ello constituiría discriminación.

Es así que la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los Aspectos Éticos de la Reducción del Número de Embriones²⁹, en el artículo 12, señala sobre el diagnóstico preimplantatorio:

Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado.

La misma Asociación Médica Mundial también se pronuncia sobre la Fecundación In Vitro y el Trasplante de Embriones:³⁰

En todos estos casos, el médico sólo puede actuar con el pleno consentimiento informado de los donantes y los receptores, y debe siempre actuar en interés superior de la criatura que nacerá por este procedimiento.

f) El problema del destino final de los embriones crioconservados

Desde hace varios años, se ha tratado mundialmente de buscar una solución científica y ética para dar destino final a los embriones crioconservados. El hecho es que no han sido reclamados por sus padres

biológicos a fin de ser implantados. La mayoría de las legislaciones no han considerado ningún régimen de adopción para ellos, ni se sabe si ello sería practicable. Científicamente además, existen dudas de la viabilidad y calidad biológica de estos embriones. Los embriones crioconservados son resultado de la aplicación de una técnica ineficiente y poco validada antes de su aplicación a humanos, por tanto, con una falla científica y ética importante.

Después de haber revisado las alternativas contempladas internacionalmente, considero que:

a) Los embriones humanos están protegidos por las leyes mexicanas. El derecho de los embriones en nuestro país está avalado por la Declaración de la Suprema Corte de Justicia de México del 14 febrero de 2002: “El ser humano tiene vida desde el momento de la concepción y/o fecundación, por tanto es una persona con derechos”, por tanto, su destino debe ser la implantación. La Ley General de Salud y su Reglamento en materia de Investigación también protegen al embrión³¹

b) Los embriones crioconservados son resultado de un error que en su momento histórico no fue previsto.

c) Los embriones crioconservados **NO** poseen cualidades de independencia para su desarrollo, como sucede en los implantados y concebidos in vivo. Dependen del apoyo tecnológico para su subsistencia.

d) Para el hecho real de la implantación de los embriones crioconservados, se requiere tanto de la condición de viabilidad, como de la posibilidad **real** de ser acogidos uterinamente.

e) La opción de la adopción se encuentra limitada tanto por razones legales (no lo contempla la ley vigente), como por el estado no sólo de viabilidad, sino de estado de salud a término del embrión, lo que las técnicas actuales no pueden garantizar.

f) No se puede mantener indefinidamente un estado de congelación en los embriones, pues ello demerita el trato humano que merecen.

g) No es aceptable éticamente su utilización en investigación, ya que ello sería equivalente a “cosificar” seres humanos.

h) Tampoco es éticamente aceptable su destrucción, puesto que también en ello se conculcan los derechos del embrión.

Bajo estas consideraciones realizo dos propuestas:

1. *Conservación del mínimo ético:*

1.1. La vida es un valor intrínseco del ser humano. Es posible realizar adecuaciones de la ley de adopción para enmarcar como excepcional esta posibilidad.

1.2. Dado que no todos los embriones serán adoptados, la posibilidad de no quitar los medios de vida de los embriones es mantenerlos en congelación permanente hasta que la tecnología posibilite el diagnóstico predescongelamiento de los embriones y certifique su estado de viabilidad implantatoria, siendo que a los ya muertos o inviábiles, no podrán ofrecerse más que la cremación. Mientras no se desarrolle una prueba de viabilidad, esta opción debería contemplar un banco nacional de embriones crioconservados para resguardar a los hoy conservados y así, que no sean utilizados para otros fines. Esta opción sería el reconocimiento de la inviolabilidad de la vida humana y también una lección para repensar en las implicaciones a futuro de la aplicación de nuevas tecnologías a humanos.

2. *Consideración moral del "mal menor"*

Si se considera que los embriones crioconservados se encuentran en el mismo estado que los pacientes terminales mantenidos vivos por medios extraordinarios:

2.1. Retirar en este caso la congelación, sería equivalente a retirar medios extraordinarios, dejando morir a los embriones inviábiles pero sin provocarles directamente la muerte.

2.2. Al descongelarlos, se podría investigar con aquellos muertos o inviábiles. Hay que considerar que la mayoría de embriones se encuentran en estado de menos de 16 células, por lo que no son blastocistos.

2.3. No sería ético permitir el cultivo de los embriones vivos para llevarlos a estado de blastocisto y de ahí obtener células troncales, pues nuevamente se cosificaría al ser humano.

2.4. En los embriones que podrían ser descongelados bajo esta premisa, debería haberse realizado una prueba de viabilidad, ya que sin ella, no hay forma de equipararlos con pacientes terminales, puesto que algunos se encontrarían no solamente en buen estado, sino viables, esto es sanos.

Estas alternativas consideran desde un punto realista las opciones de destino final. La argumentación es que no se quita directamente la vida a los embriones y no se les cosifica al permitirse su utilización para células madre, el razonamiento supone que el destino irreductible de los embriones es la muerte.

Seguramente los apartados 2.2. y 2.3 tendrán críticas por parte de la comunidad investigadora, pero si se permite que se realice el cultivo, será difícil justificar en otras circunstancias el respeto al embrión.

Metodología de las decisiones en bioética

Después de analizar el marco contextual del problema, la Bioética nos invita a reflexionar sobre estas preguntas para la toma de decisiones:

1. ¿Cuáles son los valores que se encuentran en conflicto en este problema específico?

Después de considerar los puntos anteriormente expuestos, podríamos resumir entonces, que un primer problema trata sobre un conflicto entre el principio de autonomía de la o los padres, sobre el principio de no maleficencia del hijo. Un segundo problema se aprecia entre el principio de justicia, por la repercusión social del procedimiento, en especial sobre el significado de la procreación y la idea de dignidad del embrión humano, sobre el de autonomía de los padres e investigadores a conseguir fines propios.

Para el modelo principialista, en versión práctica del Dr. Diego Gracia,³² los principios de justicia y no maleficencia, son superiores al proponer normas o leyes, que los de beneficencia y autonomía.

2. ¿Qué alternativas posibilitan la conservación o el desarrollo de valores propios de la vida humana, esto es, apoyan el proceso de humanización?

Siguiendo el razonamiento anterior, habrían de apoyarse acciones que conserven los valores fundamentales en la sociedad, como son:

- a. Los valores de justicia
 - a.1. el valor de la vida humana
 - a.2. dignidad de la persona
 - a.3. el significado humano de la procreación, familia y sociedad.

b. Los valores de no maleficencia sobre todos los que intervienen en el acto biomédico

b.1 padres

b.2. embriones.

Salvaguardados estos valores, podrán ser atendidos los subsecuentes como son:

c. Los de autonomía:

c.1. Derechos reproductivos

c.2. Derecho de los investigadores al conocimiento.

Operatividad

Realizar en forma fáctica estas alternativas, requiere de una serie de medidas, entre las que se encuentran:

1) Proporcionar un Marco Legal para las decisiones consensadas entre expertos y sociedad.

2) Capacitar a los comités de bioética para resolver casos que se presenten fuera de la norma.

3) Formar un Comité Nacional de Fertilización Asistida, que sea encargado de actualizar el marco legal y las normas específicas, así como todos los aspectos que el uso de nuevas tecnologías vayan suscitando en el hacer médico.

Reflexión final

La evaluación a distancia de las técnicas de reproducción, nos permiten tomarlas como un ejemplo de las consecuencias que la falta de valoración a mediano y largo plazo de una técnica aplicada al ser humano puede ocasionar. No fué suficiente para evitar estos problemas solamente la intención del logro de un fin valioso, como sería la posibilidad de logro de descendencia, si no se contaban con medios suficientemente evaluados, ni del punto de vista científico, ni moral. Es por ello que la Bioética propone como medida de seguridad en la evaluación de todo problema biotecnológico tomar en cuenta el **principio precautorio** y la ética de la responsabilidad. Es un hecho recono-

cer que no es posible poder prever todas y cada una de las consecuencias de la tecnología, por ello, al considerar nuestras limitaciones en la repercusión de estos actos, se convoca a la actuación en **prudencia**, marcando límites que conserven los bienes y valores más propios del proceso de humanización.

Referencias bibliográficas

¹ ZIEBE S, Bangsboll S "Embryo quality in natural versus stimulated IVF cycles." *Hum Reprod.* 19(6), (Jun, 2004), p. 1457-60

² HASHIMOTO LN, LINDSELL CJ. "Contributions of infertility treatment to very-low-birth-weight multiple birth infants receiving neonatal intensive care." *Am J Obstet Gynecol.* (Feb,190, 2, 2004) p. 401-6.

³ KRISTENSEN S, SALIHU HM. "Premature rupture of membranes and early mortality among triplets in the United States." *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 15,112 (Jan1, 2004) p.36-42

⁴ WORLD MEDICAL ASSOCIATION Declaration of Helsinki. "Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects." 2000. <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

⁵ RIMINGTON, M., et al. "Counseling patients undergoing ovarian stimulation about the risks of ovarian hyper-stimulation syndrome." *Human Reproduction*, 14: 2921-2922, 1999; and Wakeley, K., and E. Grendys. "Reproductive technologies and risk of ovarian cancer." *Obstetrics and Gynecology.* (12, 2000) p. 43-47

⁶ SALIHU HM, ALIYU MH. "The association of parity with mortality outcomes among triplets." *Am J Obstet Gynecol.* 190 (3 Mar, 2004) p. 784-9.

⁷ ROWLAND R. "Technology and motherhood: reproductive choice reconsidered." *Signs* (Chic). Spring,12, 3 1987) p. 512-28.

⁸ ADAMSON D, BAKER V. "Multiple births from assisted reproductive technologies: a challenge that must be met." *Fertil Steril.* 2004 Mar;81(3):517-22, discussion 526.

⁹ CONAMED, "El consentimiento bajo información". México. 1998. p. 3

¹⁰ SHAMBLOTT, M.J., AXELMAN, J., LITTLEFIELD, J.W. et al. "Human embryonic germ cell derivatives express a broad range of developmentally distinct markers and proliferate extensively in vitro." *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* (98, 2001): p.113-118.

¹¹ FIRST, N.L., THOMSON, J. "From cows stem therapies?" *Nat. Biotechnol.* 1998; 16 p. 620-621.

¹² AUDET J." Stem cell bioengineering for regenerative medicine." *Expert Opin Biol Ther.* May; 4, 5, 2004) p. 631-44.

¹³ STABA SL, ESCOLAR ML, POE M, KIM Y "Cord-blood transplants from unrelated donors in patients with Hurler's syndrome." *N Engl J Med.* 6;350 (May, 19, 2004) p.1960-9.

¹⁴ WAGERS AJ, WEISSMAN IL. "Plasticity of adult stem cells." *Cell.* 2004 (Mar 5;116(5, 2004) p. 639-48.

¹⁵ WORLD MEDICAL ASSOCIATION Declaration of Helsinki. "Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects." 2000. <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

¹⁶ SECRETARIA DE SALUD. "Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud" Título segundo de los aspectos ticos de la investigación en seres humanos. Capítulo I. Artículo 13. México 2002.

¹⁷ SECRETARÍA DE SALUD. "Ley General de Salud Mexicana. Reglamento en materia de investigación para la salud." México. 2000.

¹⁸ SECRETARÍA DE SALUD. "Reglamento de la Ley general de salud en materia de Investigación para la salud." Capítulo III de la investigación en menores de edad o incapaces. Art. 36 y 38. México. 2000.

¹⁹ SECRETARÍA DE SALUD. "Ley general de Salud. Título Quinto Investigación para la Salud Cap. Único Art. 100, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo III de la investigación en menores de edad o incapaces, Capítulo IV de la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; de la utilización de embriones, obitos y fetos y de la fertilización asistida." México. 2002.

²⁰ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. "Declaración de Helsinki." <http://www.wma.net/s/policy/handbook.htm>

²¹ FEDERAL DRUG ADMINISTRATION. "Normas de Buenas prácticas clínicas." <http://www.fda.gov/cder/guidance/959fnl-spanish.pdf>

²² UNIÓN EUROPEA. "Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina" <http://www.prodiversitas.bioetica.org/doc16.html>

²³ REAL ACADEMIA DE MEDICINA ESPAÑOLA. "Declaración sobre Fertilización asistida." <http://www.prodiversitas.bioetica.org/doc16.htm>

²⁴ SSA. "Código de Conducta para el Personal de Salud. México. II Estándares de comportamiento." A.8. 2001

²⁵ KANT Immanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. 15ª Ed. España. Colección Austral.. 2001. p.44.

²⁶ SILVERS, A. *On not iterating women's disability: a crossover perspective on genetic dilemmas*." In: A. Donchin and L. Purdy (Eds.), *Embodying bioethics: recent feminist advances* (pp. 177-202). New York: Rowman & Littlefield Publishers, 1999; WENDELL, S. *The rejected body: feminist philosophical reflections on disability*. United States: Routledge, 1996.

²⁷ WHITE, M.T. "Making responsible decisions: an interpretative ethic for genetic decision making." *Hasting Center Report*, 29 (1): (1999), p. 14-21.

²⁸ WHITE, M.T. "Making responsible decisions: an interpretative ethic for genetic decisionmaking." *Hasting Center Report*; 29 (1): 14-21, (1999); WILLIAMSON, R. What's 'new' about 'genetics'? *Journal of Medical Ethics*, 25, (1999), p. 75-76

²⁹ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. "Sobre los Aspectos Éticos de la Reducción del Número de Embriones" Adopted by the 47th WMA General Assembly Bali, Indonesia, September 1995

³⁰ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL "Fecundación In Vitro y el Trasplante de Embriones" 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, octubre 1987

³¹ Ley general de Salud. Título Quinto Investigación para la Salud Cap. Único Art. 100, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo III de la investigación en menores de edad o incapaces, Capítulo IV de la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; de la utilización de embriones, obitos y fetos y de la fertilización asistida.

³² GRACIA Guillén Diego. "Introducción a la Bioética." Colombia. Ed. *El Bicho*. p. 141.

Ciencia médica y filosofía en la reflexión de los filósofos de la existencia

Ignacio Carrasco de Paula, Magdalena Pennacchini* **

Resumen

Para la concepción de los pensadores de la época positivista, la ciencia es la única forma de conocimiento posible y el método de la ciencia es el único válido. Los positivistas no admiten, por tanto, el recurso a las causas o principios que no sean reductibles al método de la ciencia, pues consideran que éstos no hacen avanzar al conocimiento y los consideran una peligrosa forma de recaer en la metafísica. A la filosofía le compete prácticamente un único empeño, el de enunciar principios comunes a las diversas ciencias. Tiene la función de reunir y coordinar los resultados de las ciencias particulares, de modo que se dé un conocimiento unificado y general.

Contrariamente, Jaspers y Weizsäcker consideran a la ciencia y a la filosofía como dos caminos distintos que conducen al conocimiento. Al querer salvar las relaciones entre ambas disciplinas, ellos han tenido que colocarlas en planos distintos. Sin embargo, se trata de una distinción de tipo metodológico y de contenido que requiere necesariamente una conciliación. Esto porque el límite fundamental del conocimiento científico reside precisamente en la naturaleza de su procedimiento meto-

* Profesor de Bioética, Director del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Università Cattolica S.Cuore (UCSC), Roma.

** Doctora investigadora en Bioética, Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", UCSC, Roma.

dológico. La ciencia – vinculada por su método que le impone atenerse a la objetividad construida mediante hipótesis – no alcanza la verdad de las cosas, sino exclusivamente su exactitud, es decir, la correspondencia de su objetivación con las hipótesis que la han permitido. Por tanto, las ciencias no conocen al mundo, sino al orden del mundo que han hipotizado.

Contra esta tendencia, Jaspers reaccionó afirmando que los científicos deben aprender a pensar, y que ese objetivo pedagógico debe ser perseguido por la filosofía.

Abstract

Medical Science and Philosophy in the reflection of existentialist philosophers

For positivist philosophers, science is the only possible form of knowledge and its method is the only valid. Therefore, positivists don't admit the recourse to causes or principles that are not referable to scientific method. The enunciation of common principles of many sciences is philosophy's only concern. Philosophy has this task: to collect and coordinate results of single sciences in order to realize a unified and general knowledge.

On the contrary, K. Jaspers and V. von Weizsäcker consider science and philosophy as two distinct ways that lead to knowledge. They put the two disciplines on two distinct levels, for the salvation of relationship between them. But this is a distinction of the subject matter and method that needs conciliation, because the fundamental limit of the scientific knowledge is just in the nature of its method. Science, limited by its method that imposes it to keep to the objectivity hypothetically built, doesn't reach the truth of things, better its exactness. So sciences don't know the world but the order of world supposed by them.

Against this position, Jaspers reacted asserting that scientists must learn to think, and this pedagogical objective must be pursued by philosophy.

Palabras clave: Filosofía de la medicina, positivismo, ciencia.

Key-words: Philosophy of Medicine, positivism, science.

La medicina positivista: el actuar en los pasillos de los hospitales vs. el pensar en el laboratorio

Al final del siglo XIX, en plena época positivista, se daba el alejamiento de la medicina de la filosofía, pasando a formar parte de las ciencias naturales. Tal alejamiento, si bien fue preparado por los descubrimientos científicos del siglo XVII, y particularmente por la figura de Rene Descartes, de Blaise Pascal y de Isaac Newton¹, que pusieron las bases para una efectiva independencia metodológica y en las estrategias heurísticas de la ciencia experimental de la metafísica; fue formalizado sólo en 1800 por Auguste Comte, comúnmente considerado el fundador del pensamiento positivista.

Comte, con su famosa *ley de los tres estados*, dio forma filosófica a la idea de progreso. Él piensa que el ser humano, a nivel ontogenético, como también a nivel filogenético, pasa por tres estadios culturales distintos, en una especie de proceso unitario de maduración. En el primer estadio, el teológico, correspondiente a la infancia del individuo y de la humanidad, los fenómenos serían vistos como productos de la acción directa y continua de agentes sobrenaturales. En el segundo estadio, el metafísico, correspondiente a la adolescencia de la humanidad, los fenómenos serían explicados a la luz de esencias, ideas o fuerzas abstractas. Finalmente, en el último estadio, el positivo, el actual, correspondiente a la edad adulta de la humanidad, para explicar los fenómenos se buscaría “descubrir, por medio de uso coordinado del razonamiento y la observación, sus leyes efectivas, es decir, sus relaciones invariables de sucesión y semejanza”².

El clima general de la cultura positivista tiene un papel fundamental también en la elaboración de la síntesis fisiológica de Claude Bernard que ofrece una cuidadosa reflexión metodológica sobre los métodos de investigación fisiológica³. La contribución propia de Bernard está en el haber puesto la fisiología a la base de la medicina, colocando a la medicina de laboratorio (experimental) como fundamento de la medicina clínica. De esta forma, el fisiólogo francés no sólo

funda en bases nuevas al estatuto disciplinar de la ciencia médica, sino que crea los presupuestos para una continuidad directa entre la medicina teórica y la medicina clínica.

En este momento histórico, la medicina se entiende casi sin discusión como una ciencia natural aplicada cuyo credo se resume en el pensamiento fisiopatológico: las enfermedades son sólo desviaciones cuantitativas de la norma y se pueden explicar completamente por medio de procesos físicos y químicos –lo que determina, concretamente, el ocaso del contenido cualitativo de la enfermedad. Dado que los fenómenos de la enfermedad son diversos de los de la salud sólo por su intensidad, pero no sustancialmente, se pueden examinar las enfermedades como experimentos espontáneos de la naturaleza que explican el funcionamiento normal y regular del cuerpo. La terapia debe provocar el regreso del organismo a la normalidad.

La formulación de este axioma había empeñado a muchas generaciones de médicos del siglo XIX; sus esfuerzos fueron sostenidos filosóficamente también por Comte, que percibió en ellos un concepto genuinamente filosófico que desde entonces serviría como fundamento general de la “patología positivista”. En su *Curso de filosofía positivista*, Comte sostiene que el estado patológico no se distingue de hecho del estado fisiológico; bajo todos los aspectos representa en relación a éste sólo un desplazamiento, más o menos fuerte, de los confines de las variaciones superiores e inferiores válidas para todo fenómeno de un organismo normal, sin que se produzcan nunca fenómenos nuevos⁴.

Cuanto más se afirma en el transcurso del siglo XIX el concepto fisiopatológico de enfermedad, tanto más se desarrolla una fractura en relación a la experiencia cotidiana, personal, de la enfermedad, que es vista como menos significativa. La enfermedad es vista por la medicina como una condición inútil e insensata que debe ser devuelta a su precedente estado de normalidad.

El concepto positivista de enfermedad encuentra su necesaria sistematización metodológica y su marco institucional en la clínica. El pensamiento clínico, practicado en los recién creados institutos clínicos, en las universidades y en los hospitales, difunde la investigación y el aprendizaje por el paciente, pero en realidad se establece un obje-

tivo distinto: liberar a la observación del paciente de los prejuicios, mediante la recopilación objetiva de los hechos.

El pensamiento médico positivista se opone al de los siglos anteriores, enfocado sólo hacia lo terapéutico –a curar y a asistir–, y propone la observación clínica a la cabecera del enfermo, completada por la autopsia, de darse la muerte del paciente. Esta reestructuración del conocimiento médico, de hecho cambia radicalmente la relación médico-paciente; este último se convierte en un objeto del conocimiento médico alcanzado mediante la observación; una observación que se va perfeccionando progresivamente, volviéndose cada vez más invasiva.

La observación objetiva de los hechos exige el distanciamiento del médico que debe reprimir toda participación personal y toda idea subjetiva. El distanciamiento entre el médico y el enfermo, buscado intencionalmente, debería evitar que la observación resulte ambigua.

Desde un punto de vista metodológico, la clínica ofrece un campo de observación en el que las enfermedades se desarrollan en condiciones uniformes y con el mínimo de interferencias por parte del observador, de modo que pueden ser estudiadas con calma. En esta área experimental, a mediados del siglo XIX, se introduce también a la fisiología, haciéndose necesaria, también desde el punto de vista teórico, la unión entre la clínica y el laboratorio, que ya era una realidad en la práctica⁵.

De aquí la separación irreconciliable entre el actuar en los pasillos de los hospitales y el pensar en el laboratorio, que fue denunciado por dos filósofos de la existencia, Karl Jaspers y Viktor von Wiessäcker, que ha llevado –respectivamente según los dos autores– a la pérdida de la *humanidad del médico* y de la *dignidad del enfermo*.

La pérdida de la humanidad del médico moderno: la necesidad de la filosofía

Durante siglos, el médico cimentó su profesión no tanto y no sólo en el conocimiento “técnico-científico” cuanto en su humanidad, que lo había impulsado a ponerse a disposición para ayudar a todo ser humano afligido por sufrimientos físicos. En la época positivista, cuando

finalmente los médicos han logrado alcanzar grandes avances terapéuticos y, por tanto, pueden no sólo cuidar a los enfermos sino también curarlos, paradójicamente crece la insatisfacción tanto de los enfermos como de los médicos. Esto porque, según Jaspers, el médico científico moderno ha perdido su *humanidad*.

Tradicionalmente, el actuar del médico siempre se ha apoyado en dos pilares: por una parte el conocimiento científico y la habilidad técnica; por otra, el *ethos* humanitario que siempre permitió al médico ser conciente de la dignidad del enfermo, de su autonomía decisoria y del valor insustituible de cada individuo humano. El conocimiento científico, el primer pilar, es transmisible de una generación a otra de médicos mediante la enseñanza, lo más amplia posible, de forma explícita y programada. Por el contrario, la humanidad del médico, el segundo pilar, no pasa del maestro al alumno por medio de la actividad didáctica, sino que se transmite exclusivamente gracias al *ejemplo*, como ya lo indicaba Aristóteles; es decir, ya sea por medio del modo de actuar y de hablar del maestro, que de forma inconsciente es captado por los alumnos, ya sea mediante el espíritu que reina en una clínica en el ejercicio de la profesión médica.

En este momento histórico, la enseñanza ha sido planificada y se ha vuelto progresivamente más clara y ha mejorado didácticamente. Así mismo, la investigación científica, haciéndose más crítica y más metódica, ha ampliado el conocimiento y la habilidad del médico. La “formación” de la humanidad del médico, por el contrario, no ha sido sujeta de mejoras, precisamente porque no es planificable⁶.

Ante la pérdida de la humanidad del médico, Jaspers propone dos soluciones: la recuperación de la tradicional figura del médico general, y el transformarse del médico en un sabio, en un filósofo.

La primera solución prevista por Jaspers, es decir, la recuperación de la figura del médico general, encuentra su razón en el hecho de que estos, no estando revestidos de la autoridad de la clínica o de la institución, de hecho se relacionan con el enfermo directamente, conociéndolo como verdaderamente es y vive. “En este caso, gracias a los ojos de un médico que mira al hombre, es posible que todo cuanto los especialistas están en grado de hacer y es irrealizable sin las estructuras hospitalarias, se traduzca en medidas particulares aconsejadas por él, pero que se mantengan bajo su control, por medio de la

dirección de todo el proceso. (El médico general) no permite que la visita del enfermo termine con una serie de resultados de investigaciones de laboratorio, sino que tiene la posibilidad de valorar todo esto, de utilizarlo y de tenerlo bajo control”⁷⁷.

El filósofo, mientras propone esta posible solución, manifiesta al mismo tiempo su escepticismo. La antigua idea de médico, y en particular la figura del médico general típica del siglo XIX, se presenta hoy a los ojos del mismo Jaspers como anacrónica. El género hombre, y las subespecies de los médicos y de los enfermos, han sufrido una metamorfosis debida al progreso cultural, por tanto sería utópico volver a proponer las concepciones del médico y del enfermo que hoy no son encarnadas por ningún médico ni por ningún enfermo.

Consecuentemente, la única posibilidad real que se presenta al médico para recuperar su humanidad coincide con la segunda solución indicada por Jaspers: que éste llegue a ser un sabio. Tras una propuesta tal se oculta la verdadera cuestión que el filósofo pretende debatir, esto es, si el médico y la ciencia médica pueden efectivamente prescindir de la filosofía, problemática que se puede incluir en aquella más amplia de si la ciencia en general puede prescindir de la filosofía. Este cuestionamiento repropone, bajo una nueva luz, el problema fundamental de los filósofos de la época de Jaspers: la cuestión de la justificación de la filosofía.

Jaspers aborda a la filosofía como médico, por lo que rechaza cualquier contaminación entre ciencia y filosofía; sin embargo, él está convencido de que ninguna de estas dos disciplinas es posible sin la otra. Por un lado, “la vía de la ciencia es indispensable para la filosofía, pues solamente el conocimiento de esta vía impide que nuevamente se afirme, de un modo poco claro y subjetivo, que en la filosofía sea posible el conocimiento objetivo de las cosas, que, por el contrario, tiene su sede en la investigación metodológicamente exacta”⁷⁸. Por otra parte, también la ciencia tiene necesidad de la filosofía. Esta última “presiona a las ciencias de forma tal que vuelve realmente presente su sentido propio. La filosofía que vive en las ciencias disuelve el dogmatismo que aparece siempre de nuevo en la misma ciencia..., pero sobre todo la filosofía se vuelve garante conciente del espíritu científico, contra la hostilidad de la ciencia”⁷⁹.

La filosofía y la ciencia, por tanto, no deben contaminarse, sino que ya que ninguna puede vivir sin la otra, deben conciliarse necesariamente. De hecho la ciencia, si bien lleva al conocimiento científico de las cosas, no llega al conocimiento del ser, no es capaz de dar alguna meta para la vida y no puede dar ninguna respuesta a la pregunta sobre su significado propio. Simétricamente, el filosofar no puede estar ni en antinomia con el pensamiento científico, ni ser idéntico a éste; más bien, debe asumir la actitud científica y el modo de pensar científico. Por esto, subraya Jaspers, “hoy es necesario alcanzar, con la pureza de la ciencia, la pureza de la filosofía. Estas están unidas inseparablemente, pero no son la misma cosa: la filosofía no es ni una ciencia especial entre las otras, ni una ciencia que corona a las ciencias, ni una ciencia que da un fundamento sólido a las ciencias... Contra la dispersión de la ciencia en especialidades inconexas, contra el vaciamiento de la filosofía mediante una confusión entre ciencia y filosofía, la investigación científica y la indagación filosófica deben avanzar juntas para llevarnos por la vía de la verdad real”¹⁰.

Entonces, ese es el problema fundamental. Según el pensador alemán, en la era de la técnica, entender qué cosa es verdaderamente importante para el hombre. Es más, “mientras las cosas reales en el mundo se han vuelto más claras que nunca, la realidad efectiva se ha hecho más oscura... el médico que obliga al investigador que lleva dentro a ser conciente de sus límites, que no deja nada al azar y que, por medio de la reflexión, cede la guía al filósofo que está en él, frente a los peligros mortales provocados por las consecuencias de la técnica y de los fuegos fatuos, podrá encontrar, para bien de todos, la vía que conduce fuera de la prisión del limitado pensamiento colectivo. Tal vez es a los médicos a los que les corresponde lanzar la señal”¹¹, regresando a la antigua idea de médico descrita por Hipócrates *iatros philosophos isotheos*.

El médico, haciéndose filósofo, tendrá la oportunidad de reencontrar su “humanidad” y de superar las dificultades y los problemas presentes en la relación con el enfermo, típicos de la sociedad que le es contemporánea. Por tanto, es en la filosofía que Jaspers coloca sus esperanzas y no en el psicoanálisis, como hacen sus contemporáneos. El psicoanálisis, estando muy lejos de ser un saber, y siendo más bien una fe, posee rasgos dogmáticos y acrílicos que lesionan una auténtica

ca comunicación entre el enfermo y el terapeuta. El psicoanálisis, de hecho, proporciona una lectura de la relación médico-paciente funcional para la teoría psicoanalítica y, por tanto, posee una visión parcial del hombre pues se trata de un método curativo; por el contrario, la filosofía tiene la ventaja de ser una ciencia global holística. Por esto Jaspers auspicia la extinción del psicoanálisis a favor de la recuperación de la comunicación entre el médico y el enfermo por parte de la medicina.¹²

El paciente ha perdido la “dignidad” de ser tal: crítica a la *Weltanschauung* naturalista

La llegada del paradigma de la medicina positivista es justificado, desde le punto de vista gnoseológico, también por Von Weizsäcker por medio del cuestionamiento de la objetivización de las enfermedades. Al proponer la necesidad de “introducir al sujeto” en la ciencia médica y, más en general, en la disciplina del área biológica, este autor quiere poner en evidencia que la subjetividad del enfermo al igual que la del médico, en cuanto factores de conocimiento, transforman el significado cognoscitivo de todas las proporciones que convergen en los procesos patológicos.

Subraya oportunamente Jaspers al comentar la posición teórica de su colega: “la “introducción del sujeto” se ha vuelto el eslogan de la supuesta revolución total de la medicina. El médico ya no es un objeto puesto frente a otro, sino que la relación entre un yo y un tú sería el aspecto constantemente decisivo en el comportamiento del médico. La medicina psicosomática correctamente entendida... tiene un carácter subversivo”.¹³

En la señalación de Jaspers del carácter subversivo de la medicina psicosomática, está implícita una crítica a la visión dominante en la investigación biomédica de inicios del siglo XX. En ella el método analítico-experimental había llevado a una concepción mecanicista del ser viviente. Es por esto por lo que “la medicina se habría apoyado cada vez más en las ciencias exactas de la naturaleza y todavía no habría advertido el estremecimiento epistemológico que habrían causado en la física las certezas positivistas”¹⁴

Contrariamente a Jaspers que habría visto favorablemente la extinción del psicoanálisis, Von Weizsäcker, al menos aparentemente, se orientó hacia ella. En realidad, el objetivo del médico y filósofo sueco era el de fundar una nueva medicina clínica y para conseguirlo consideró, dado su contexto histórico, poder valerse de un único instrumento el psicoanálisis. Es más, mientras que la filosofía no debía ser reintroducida en la medicina, pues esto dañaría a la medicina en cuanto ciencia, el psicoanálisis podía entrar en la práctica médica, pues era también una disciplina clínica y pertenecía, por lo mismo, a la medicina práctica.

El entusiasmo de Von Weizsäcker por el psicoanálisis estaba motivado, además de por razones de carácter histórico, también por el horizonte antropológico de éste. El psicoanálisis hablaba del hombre y no sólo de órganos y funciones. Constituía una transformación en la práctica médica, pues la irrupción de la psicología en la medicina “significa algo totalmente diverso con relación a las precedentes uniones entre la religión y la filosofía con la medicina, como se había dado, por ejemplo, en la medicina griega, con Paracelso, o en la medicina de la época romántica. Esta psicología médica no preguntaba quién o qué cosa es el hombre, sino que preguntaba al enfermo: ¿quién eres tú? y, el que hacía esta pregunta tenía que preguntarse al mismo tiempo: ¿quién soy yo?”¹⁵.

La indicación psicoanalítica consistía en el reclamo de la importancia fundamental que tiene para la curación la relación entre el médico y el paciente. Von Weizsäcker se vuelve conocido como padre de la psicósomática pero él “no había considerado nunca a la psicósomática como materia en sí, sino más bien como la actitud fundamental de cada actividad médica... La medicina – decía en su crítica – cosifica al hombre, considera a la enfermedad como un incidente y la terapia se atrofia en una pura y simple obra reintegradora”¹⁶.

La medicina científica, en realidad, emprendiendo la vía de las ciencias naturales, había vuelto superflua la relación interpersonal. Por otra parte, los médicos se formaban en el laboratorio y no en los pasillos. El psicoanálisis, por el contrario, se concentraba en el coloquio entre dos seres humanos.¹⁷

Hace notar el filósofo sueco: “El hecho de que la medicina actual no posea una doctrina propia sobre el hombre enfermo es sorprenden-

te pero innegable. Pone en evidencia manifestaciones del estar enfermo, diferencias entre causas, consecuencias, remedios de las enfermedades, pero no individúa al hombre enfermo”¹⁸. Contra esta tendencia, Von Weizsäcker reivindica la introducción del sujeto en el campo de las ciencias biológicas, con la que él pretende conjurar el embrujo de la objetividad, volver a los componentes de la enfermedad como hechos del ser vivo que escapan al microscopio. Su aproximación a la subjetividad quiere romper con la tradicional relación sujeto-objeto e instaurar una concepción de la totalidad en la que el sujeto mismo está incluido a título de modulador expresivo.¹⁹

Subraya con precisión Sandro Spinsanti que “Von Weizsäcker toma distancia de un proyecto de humanización de la medicina que no parta de una crítica epistemológica de la medicina”²⁰. El médico sueco es conciente de que en la ciencia médica “se ignora con demasiada facilidad que actualmente la *Weltanschauung* naturalista ha fracasado”²¹, aunque él considera válido y proficuo el uso del subsidio técnico. En este sentido, señala Weizsäcker, “el aspecto naturalista ya no significa una verdad sino una técnica, no un contenido sino una vía (*methodos*)... Este cambio, no de los métodos sino de la interpretación de la ciencia natural médica, no es un retroceso; tiene la simplicidad y la legitimidad de un hecho histórico, de una necesidad”²².

Ciencia y filosofía: una distinción que implica la necesidad de una conciliación

En la concepción de los pensadores de la época positivista, la ciencia es la única forma de conocimiento posible y el método de la ciencia es el único válido: por tanto no está permitido el recurso a causas o principios que no sean reducibles al método de la ciencia, sea porque no hacen progresar en el camino del conocimiento, sea porque son considerados como una peligrosa recaída en la metafísica. Por el contrario, le compete a la filosofía una sola tarea esencial, la de enunciar los principios comunes a las distintas ciencias, le corresponde la función de reunir y coordinar los resultados de las ciencias particulares, de modo que se de un conocimiento unificado y general.

Diversamente de los otros intelectuales de su época, Jaspers y Von Weizsäcker consideran a la ciencia y a la filosofía como dos caminos diversos que conducen al conocimiento. Por ello quieren salvar la relación entre filosofía y ciencia, para lograrlo han tenido que colocar las dos perspectivas en dos planos distintos. La pretensión de omnipotencia especulativa que tenían los científicos de la era positivista habría escavado una zanja impresionante entre la filosofía y las ciencias en general, de la que se habría resentido también la medicina. El camino indicado por los filósofos de la existencia “no lleva a colmar tal zanja, sino que la asume como una condición preliminar de un auténtico esfuerzo filosófico que deberá, por lo mismo, ejercitarse en un mundo “totalmente otro” en relación al de las ciencias”²³

Se trata de una distinción entre las dos disciplinas desde el punto de vista del contenido y de la metodología que implica, sin embargo, una necesaria conciliación.²⁴ Esto porque el límite fundamental del conocimiento científico reside precisamente en la naturaleza de su procedimiento metodológico; es decir, en la objetivación de la realidad mediante hipótesis de naturaleza matemática. La ciencia –vinculada por su método que le impone el atenerse a la objetividad construida hipotéticamente– no alcanza la verdad de las cosas, sino exclusivamente a su exactitud, es decir, la correspondencia de su objetivación con las hipótesis que la han permitido. Por tanto, las ciencias no conocen al mundo, sino al orden del mundo que ellas han hipotizado.

Contra estas tendencias, de las que no es escapan ni la medicina ni la psiquiatría, Jaspers en una reunión organizada por la Asociación Psiquiátrica Forense, que se reunía periódicamente en Heidelberg, reaccionó afirmando que “médicos y psiquiatras deben aprender a pensar”. “Pensar” significa para Jaspers superar la división sujeto/objeto que permite a los objetos aparecer en los límites que el sujeto, en sus hipótesis anticipadas, ha determinado preventivamente²⁵. Enseñar a los médicos y a los científicos a pensar es la tarea de la filosofía, ya que pensar más allá de la objetividad, o sea captar las cosas más allá de su darse (como hace la ciencia), en su señalar aquella totalidad que las abarca a todas, es la operación fundamental de la filosofía.

Referencias bibliográficas

- ¹ Cfr. NEWTON I., *Principia Mathematica Philosophiae Naturalis* (1687), libro III.
- ² COMTE A., *Curso de filosofía positiva*, Torino UTET, 1967: 58.
- ³ Cfr. BERNARD C., *Introducción al estudio de la medicina experimental*, Milán: Feltrinelli, 1973.
- ⁴ Cfr. COMTE, *Curso de filosofía positiva...*
- ⁵ Cfr. GRMEK M. (compilador), *Historia del pensamiento médico occidental. 3. De la edad romántica a la medicina moderna*, Bari: Laterza, 1998; COSMACINI G., *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Bari: Laterza, 1997.
- ⁶ JASPERS K., *La idea de médico*, en ID., *El médico en la edad de la técnica*, Milán: Raffaello Cortina, 1991: 1-16.
- ⁷ *Ibid.*, pp. 9-10.
- ⁸ ID., *La filosofía de la existencia*, Roma-Bari: Laterza, 1996: 10.
- ⁹ *Ibid.*, p. 12.
- ¹⁰ *Ibid.*, pp. 125-126.
- ¹¹ ID., *El médico en la edad...*, p. 69.
- ¹² Cfr. GALIMBERTI U., *Introducción*, en JASPERS, *El médico en la edad...*, 1991.
- ¹³ JASPERS, *Medico y paciente...*, p. 29.
- ¹⁴ Cfr. SPINSANTI S., *Sanar a todo el hombre*, Cinisello Balsamo (Mi): Paoline, 1988: 27.
- ¹⁵ VON WEIZSÄCKER V., *Natur und Geist*, Göttingen: Vandenhoeck & VRuprecht, 1954: 44.
- ¹⁶ HENKELMANN T., *Viktor von Weizsäcker. El hombre y su obra*, en VON WEIZSÄCKER V., *Filosofía de la medicina*, Milán: Guerrini e Associati, 1990: 19-20.
- ¹⁷ Cfr. VON WEIZSÄCKER, *Natur und Geist...*
- ¹⁸ JASPERS, *El médico y el enfermo...*, pp. 83-84.
- ¹⁹ Cfr. SPINSANTI, *Sanar...*; ID., *La antropología médica de Viktor v. Weizsäcker: consecuencias éticas*, *Medicina e Morale* 1985, 3: 531-543.
- ²⁰ Cfr. ID., *Sanar...*, p. 104.
- ²¹ VON WEIZSÄCKER, *El médico...*, p. 88.
- ²² *Ibid.*, p. 88.
- ²³ PORCARELLI A., *La relación entre la filosofía y la medicina en la historia del pensamiento*, en LOBATO A., (coord.), *Ética del acto médico*, Bologna: Edizioni Studio Domenicano, 1991: 100.
- ²⁴ Cfr. PAREYSON L., *Karl Jaspers*, Génova: Marietti, 1987.
- ²⁵ GALIMBERTI U., *Existencialismo y hermenéutica*, en SEVERINO E., (coord.), *Filosofía. Historia del pensamiento occidental*, vol. V, Roma: Armando Curcio, 1988: 1545.

Derecho a la formación médica completa en salud reproductiva

Francisco Javier Marcó Bach y **,
Martha Tarasco Michel***, Lorena Malpica****

Resumen

Los métodos naturales de Planeación Natural de la Familia (MRF) no han logrado tener una cobertura significativa a pesar de sus ventajas e Índice de Pearl teórico igual al de los anticonceptivos de mayor efectividad.

Es un derecho humano y legal de los profesionales de salud la formación capacitación y actualización de conocimientos profesionales. La Constitución mexicana, la Ley General de Salud y sus normas técnicas, y la Ley General de Población, así como la Declaración Universal de los Derechos Humanos lo avalan. Sin embargo la práctica de tales indicaciones está muy alejada de lo que indica la ley, para los MDF, ya que se omite el enseñarlos a quienes deben saber indicarlos

Diversas instancias internacionales y supranacionales influyen para que esto suceda. Quienes promueven todas estas razones han acertado al impedir que sean los médicos, los que reciban la información sobre la existencia y funcionamiento, de esta "otra forma" de planificación familiar, y que se acerca más acertadamente al concepto real del término "salud reproductiva", ya que al evidenciar sus ventajas sobre los métodos

* Universidad Panamericana.

** Universidad de Santiago de Compostela.

*** Universidad Anáhuac.

artificiales los médicos acabarían abandonando en una importante proporción, la prescripción de métodos artificiales, y estimularían la investigación y estandarización de estos métodos.

Por ello mantener en la ignorancia a los médicos sobre el conocimiento y entrenamiento en su uso de estos métodos está violando tanto la ley mexicana, como los Derechos Humanos del gremio y de los pacientes que se verán afectados por ello

Abstract

Right to the complete medical formation in reproductive health

Natural Family Planning Methods have not had a significant spreading in spite of their advantages and a Pearl Index (theoretical) identical to the contraceptives with higher efectivity.

It is a Human Right and a legal one that health professionals can have an actualized and formal education in this field. The Mexican Constitution, the general health law and its ethical normativities as well as the general population law and the Universal Declaration of Human Rights say so. Nevertheless what actually happens, with natural family planning, is very far away from what the law states, because medical doctors do not receive the proper education .

Diverse supra and international associations have an influence in this situation. Those who think that doctors should not receive the correct training have reached the matter of the fact, because once they got it, they would recognize in them, a more accurate conception of the term "reproductive health" and while discovering the advantages that natural family planning has, towards other artificial methods, doctors would clearly prefer the former. Because of this, keeping doctors in the ignorance and training of Natural family Planning Methods is against the Mexican law as well as the Human Rights of both patients and medical doctors.

Introducción

Desde hace más de tres décadas ha sido introducida en México la promoción y enseñanza de los métodos de Planificación Natural de la Familia. Sin embargo, no han logrado tener una cobertura significativa en nuestro medio a pesar de tener mayores ventajas y una efectividad óptima cuando son comparados con los métodos artificiales de planificación familiar, ya que la percepción de la efectividad en la población en general, y la de los jóvenes en particular es muy baja en relación con los métodos artificiales²⁷.

En México, como en muchos otros países, estos Métodos son enseñados a las parejas por otras parejas, o por monitores, (generalmente mujeres) que son usuarias de los Métodos. La accesibilidad a la información sobre estos cursos no suele ser abierta, y está restringida generalmente a través de parroquias o incluso en algunas comunidades protestantes²².

El contenido de los cursos es variable, y generalmente se enseñan los Métodos de la Ovulación, con el modelo Billings y el Sintotérmico. La única estandarización o certificación para los monitores es la propia Asociación Billings, pero no existe una supervisión real de los cursos o de sus contenidos por la misma, y los responsables de la Asociación no requieren ser médicos. Para el caso del modelo Creighton sólo dos personas en todo el país lo conocen y lo enseñan sólo a usuarias. En este caso ambos son médicos. En ningún caso la Secretaría de Salud, o el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia supervisan o controlan estos cursos ni el seguimiento de las pacientes.

Por otro lado se sabe que el índice de efectividad¹¹ o Índice de Pearl teórico (IPt) de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF o MDF) es para algunos de ellos, similar al de los anticonceptivos hormonales, pero en cambio el IP práctico (IPp) varía según la motivación y el manejo del método de la mujer.

Debido a estas razones, sorprende que a pesar de sus ventajas, bajo costo, y eficacia comprobada, no sean los médicos quienes orienten, instruyan, difundan e investiguen los MRF en México, pero sobre todo, que de las más de 80 Facultades de Medicina, sólo en una de ellas, se enseñen de manera regular. Incluso los estudiantes de medicina desconocen los diferentes MDF que existen, pero afirman estar interesados en conocerlos²⁷.

Diversas instancias internacionales y supranacionales influyen para que esto suceda así: razones económicas de la industria farmacéutica, razones de cultura hedonista, anti personalista y anti familiar, intereses de disminución poblacional, etc.... Pero ciertamente quienes promueven todas estas razones han acertado al impedir que sean los médicos, los que reciban la información sobre la existencia y funcionamiento, de esta “otra forma” de planificación familiar, y que ciertamente se acerca de una manera mucho más acertada al concepto real del término “salud reproductiva”, ya que al evidenciar sus ventajas sobre los Ac, los médicos acabarían abandonando en una importante proporción, la prescripción de Ac, y estimularían la investigación y estandarización de estos métodos.

Justificación

Es un derecho de los profesionales de salud la formación capacitación y actualización de conocimientos profesionales (Ley General de Salud Mexicana)^{25,25}. En el Reglamento de la Ley General de Salud para la prestación de Servicios de Atención Médica (arts 116-120), se especifica esta obligación en materia de planificación familiar.

En el ejercicio profesional médico deben además de estar plenamente informados los pacientes de las opciones terapéuticas que existen para el problema que les aqueje. En el caso de la planificación familiar además, al no ser un tratamiento propiamente dicho, se requiere estar plenamente informado ya que tanto para los Ac como para los MRF, la motivación e instrucción deben ser completas y accesibles para su efectividad práctica. En México, la Ley General de Población en el capítulo II arts. 13, 18 y 20 habla de la necesidad de la educación e información sobre todos los métodos que existen en el país para planificar la familia, y subraya que es la única forma de elegir libremente, y además señala que no se puede forzar a nadie a que utilice algún método en particular. Dicha ley en el artículo 3ero fracción II, establece que los programas de planificación familiar deberán respetar los derechos fundamentales del hombre. De la misma manera la Ley General de Salud mexicana considera a la planificación familiar

una estrategia fundamental y promueve acciones de información, prestación de servicios e investigación. Incluso la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, a pesar de estar impregnada de las decisiones tomadas en la cumbre del Cairo, habla de acceso a diferentes opciones, métodos y estrategias, y del respeto a la libre decisión de las parejas. Sin embargo, la práctica de tales indicaciones está muy alejada de lo que indica la ley, para los MDF, ya que se omite el enseñarlos a quienes deben saber indicarlos²⁸.

Por ello mantener en la ignorancia a los médicos sobre el conocimiento y entrenamiento en su uso de estos métodos está violando tanto la ley mexicana, como los Derechos Humanos del gremio y de los pacientes que se verán afectados por ello. Existen pocos estudios en México sobre este tema²⁷, y se requiere analizar su violación a la Ley y a los Derechos Humanos.

Antecedentes

Para regular la fertilidad existen dos vías generales: los contraceptivos o métodos artificiales, (Ac) caracterizados por bloquear cualquiera de los mecanismos de ovulación, fecundación o implantación del blastocisto. Además de motivos éticos, y de dinámica conyugal, tienen riesgos para la salud física.^{29, 31.}

La otra gran alternativa son los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad o Métodos Naturales, (MRF)²⁶, que se caracterizan por detectar los signos y síntomas de los días fértiles en la mujer, por observación directa y/o cuantificación de parámetros clínicos. Presuponen una conducta sexual determinada, que favorece de manera general la dinámica conyugal y no tienen ninguna consecuencia física. Sin embargo a nivel internacional son mucho menos empleados que los Ac, y en particular en México, su uso se limita a sectores muy limitados, debido al desconocimiento de los mismos por parte del gremio médico, lo cual evidentemente ocasiona que no los difundan, y que teman sobre su efectividad real, por falta de experiencia clínica con los mismos, así como por la disparidad entre el número de publicaciones entre ambos tipos, que es causa y consecuencia de este desconocimiento:

Si muchas de las mujeres que planifican su fertilidad con métodos artificiales, conocieran que existen otros métodos efectivos, sin efectos secundarios, sin control farmacológico del cuerpo, si supieran que se puede auto diagnosticar los 6-8 días fértiles del ciclo para controlar racionalmente su fertilidad, seguramente cambiarían de idea. Pero no es fácil que lo sepan, por el gran desconocimiento que existe a todos los niveles (usuarios y médicos) y la fuerte presión de las grandes compañías farmacéuticas de la anticoncepción, que gastan millones de dólares en publicidad para sus productos.³⁰

Si bien existen antecedentes históricos de la regulación de la fertilidad, tanto en culturas africanas, euroasiáticas como mesoamericanas, hay que observar que sólo estaban basadas en dos evidencias biológicas: la eyaculación y el desarrollo gestacional en el útero, por lo cual solo se tienen evidencias de uso de preservativos y de abortivos. Pero no fue sino hasta que el grado de conocimiento de la fisiología reproductiva alcanzó un nivel suficiente que apareció el primer método con cierta efectividad de planificación familiar, llamado el método del calendario o del ritmo, de Ogino y Knaus, en 1930, utilizado por varias generaciones, y que a pesar de su alta tasa de fallos, era muy superior a las alternativas disponibles en esos momentos, como los preservativos hechos de intestino de animales, o precursores de los DIU (anillos de Richter y Gragemberg) que fueron abandonados por sus complicaciones³². El método del ritmo se basa solamente en una consideración hipotética y promediada de que la ovulación tiene lugar 14 ± 2 días del inicio de la menstruación. Pero debido a que sólo el periodo postovulatorio es estable en duración y que no contempla la verificación de que ésta suceda, constituye una predicción al azar sobre la ocurrencia de este fenómeno, por lo cual no logra una predecir con certeza los días fértiles.⁴

La situación cambió drásticamente con la aparición en 1960 de los anticonceptivos hormonales de Pinkus y Rock, basados en una muy acuciosa fisiología hormonal y apoyados por varias industrias farmacéuticas, y de preservativos de caucho vulcanizado, que tenían una efectividad mucho mayor al método del calendario, con lo que buena parte de la población cambió el uso del método del calendario por los nuevos anticonceptivos (Ac). Varias generaciones y diversidad de clases de Ac, con efectos diversos han sido diseñados desde entonces.

Hasta que los nuevos Ac tuvieron un período suficiente de experiencia mundial en la clínica, eran los propios médicos, quienes estudiaban, conocían e instruían a sus pacientes sobre el método de Ogi-no-Knauss. Pero al ir adquiriendo mayor experiencia en el uso de Ac, aunado a la gran aceptación a pesar de sus muchos efectos secundarios en los períodos iniciales, y sobre todo a la muy superior efectividad sobre el método del ritmo, los médicos fueron perdiendo el interés, la práctica clínica, y la confianza en este método. De tal forma que con la presión mediática y los estímulos otorgados por las compañías farmacéuticas, acabaron convencidos de la superioridad de los Ac sobre este método y dejaron de enseñarlo a sus colegas, y a sus pacientes.

Sin embargo, al igual que los Ac, también los MRF han evolucionado, con el mejor conocimiento de la fisiología femenina y las investigaciones sobre indicadores externos del ciclo, como el moco cervical-vulvar y la temperatura basal, que son el fundamento de los modernos MRF basados en la observación cotidiana de los signos fisiológicos de la fecundidad, es decir en su corroboración clínica. Odeblad, Billings, Brown y otros ^{2, 35}, estudiaron en la década de los 60 los cambios del flujo del moco vaginal y su relación con los cambios hormonales durante el ciclo. Desde entonces, se han realizado gran cantidad de investigaciones sobre el moco cervical. En la década de los 80, varios de estos métodos han sido plenamente reconocidos como válidos y eficaces por parte de organismos internacionales, como la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades de la Población. (OMS 1978, 1979, 1982, 1983, 1987, 1989, 1995)

En la década de los 90 aparecen nuevas tecnologías aplicadas a los MRF, ^{21, 12, 18, 19, 3, 5, 10, 15, 7, 13, 9, 16, 23, 17, 20} como apoyo para la observación directa de los signos y síntomas, que son reflejo de la inquietud en desarrollar los MRF, y prueba de la existencia de una demanda social creciente de los mismos ^{1, 30, 38}. Sin embargo tampoco en México existe un libre acceso a esta tecnología, ni su difusión o venta es similar a otro tipo de tecnología, o a los propios Ac. El desconocimiento de su existencia tanto por parte de usuarias, como del gremio médico mexicano es casi universal.

Definición y situación actual

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la definición de los Métodos Naturales de Regulación de la Fertilidad (MRF): “técnicas para buscar o evitar embarazos mediante la observación de los signos y síntomas que, de manera natural, ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual, y la adaptación de la sexualidad de la pareja a dicha fertilidad, según sus intenciones en materia de procreación. En caso de querer evitar un embarazo, deben abstenerse de tener relaciones sexuales durante los días fértiles que habrán identificado previamente». Está implícito en la definición, que cuando se practica para evitar embarazos, no se utilizan fármacos, procedimientos mecánicos, ni quirúrgicos, y que la relación sexual debe ser completa cuando ocurra⁴⁰. En 1984, el Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades de la Población (UNFPA) los ratificó y los declaró como métodos integrables en los programas de educación sanitaria dentro la Atención Primaria para la salud, pero exige la enseñanza mediante especialistas de dichos métodos.

La OMS ha reconocido varios de los métodos naturales y los ha declarado como los métodos de planificación familiar ideales para la salud de la humanidad, con índices de eficacia (IP Teóricos) comparables a los Ac^{33, 34, 40, 42, 44, 45, 46}.

El fundamento de los métodos naturales actuales se basa en el conocimiento de la fisiología del ciclo sexual femenino, para que, a través del análisis de signos o indicadores externos determinar con la mayor exactitud posible el momento de la ovulación y los períodos de fertilidad e infertilidad de la mujer. Las fases del ciclo femenino se reflejan sistémicamente como consecuencia de los cambios hormonales que se producen, y es fácil aprender a distinguir los síntomas que indican el momento del ciclo, para actuar en consecuencia sin alterar el proceso biológico natural^{30, 14}.

El objetivo de los MRF actuales es permitir la planificación familiar, buscando o evitando la concepción, según sea la decisión libre de los cónyuges, basándose en el conocimiento del propio cuerpo, e interpretando los signos y síntomas que la mujer presenta a lo largo de su ciclo menstrual. Para ser usuario no son necesarios conocimientos médicos o ser paramédico. En cambio debe ser el médico quien eva-

lúe, las características clínicas de su paciente y determine así qué modelo es el más apropiado para esa paciente. Además de registrar los cambios y particularidades de cada paciente, con los que puede diagnosticarse también patología sistémica. Evidentemente la enseñanza a las pacientes puede realizarla personal calificado para ello, sin que sea indispensable el médico tratante quien lo haga, pero como para el caso de los Ac, debe ser el médico quien sea responsable de cada paciente que sigue sus ciclos.

Causas del desconocimiento y de su lenta difusión

Los MRF han sido considerados durante muchos años como ineficaces para regular la fertilidad, ya que se utilizaban métodos poco fiables como Ogino. Sin embargo, con los actuales MRF, a pesar del reconocimiento de organizaciones internacionales, como la OMS y la ONU ³⁹, todavía existe una cierta desconfianza, incluso entre profesionales sanitarios, que creen que no son eficaces. Las causas del desprestigio que existe entre muchos médicos y personal sanitario, son entre otras:

1. *Desconocimiento* entre médicos y centros de planificación familiar de los avances de los nuevos MRF y de sus bases científicas. Y la falta de conocimientos, de difusión y de oferta por los profesionales sanitarios influye en el desconocimiento y demanda de la población.

Todo ello a pesar de que los enormes avances sobre la reproducción humana han permitido desarrollar el conocimiento de los signos de fertilidad, en parte por la investigación en este tema y también por las técnicas de reproducción asistida que han aportado nuevos y profundos conocimientos, de forma que hay unas bases sólidas sobre las que se sustentan los MRF para detectar claramente los periodos fértiles e infértiles del ciclo menstrual.

2. *Intereses de las multinacionales farmacéuticas.* La Industria Farmacéutica tiene invertidas ingentes sumas en la investigación, elaboración, difusión y venta de todos los, así llamados, métodos artificiales. De hecho es de dominio público el apoyo que proporcionan a nivel mundial, a toda persona, empresa o proyecto que pueda apoyar su venta. Tratándose de una acción comercial, no podría considerarse

fuera de lugar, a no ser porque el producto comercial es para la salud, y porque dado que ningún método de planificación familiar tiene una efectividad total, se diseñan continuamente nuevos métodos, que se ven obligados a vender. E incluso, dada su ineficacia práctica, se ha tenido que promover la legalización y despenalización del aborto, ya que pese a todas las costosísimas campañas de "educación sexual", la distribución masiva de preservativos y el acceso a anticonceptivos, continúan habiendo embarazos "no deseados", particularmente en adolescentes, y desde luego incremento en las enfermedades de transmisión sexual.

Para el caso de los Ac, éstos sí tienen consecuencias para la salud, pero debido a su mercadotecnia y propaganda, se anuncian con parcialidad sobre sus efectos secundarios, y su Ipp. Así es que la propia industria farmacéutica tiene intereses involucrados en desprestigiar a los MRF, ya que éstos tienen el mismo IPT, que los Ac. pero su costo es menor y sobre todo no tienen consecuencias para la salud de las mujeres.

3. *Su enseñanza en las Facultades de Medicina es insuficiente, y parcial a nivel mundial.* En México, de las más de 80 Escuelas o Facultades de Medicina, sólo en una de ellas se imparten los MRF de manera estandarizada. Dado que la ONU ha declarado estos métodos integrables en los programas de educación sanitaria dentro la Atención Primaria para la salud, deberían integrarse adecuadamente en la formación del médico general, porque la actitud y la práctica médica está muy influenciada por la formación que reciben los estudiantes durante la carrera.

4. *Presiones a los países para promover los métodos artificiales.* La motivación aparente parece ser la disminución real del número de hijos por mujer, o tasa de fecundidad, pero también las propias compañías farmacéuticas parecen estar involucradas, de manera indirecta con préstamos a países en vías de desarrollo, o apoyo a sus gobernantes.

5. *Mentalidad reduccionista del concepto antropológico de la sexualidad.* Ésta se reduce no a una renovación de la alianza matrimonial, ni a la admiración y aceptación total de toda la persona, y por ende de los posibles hijos procreados, sino básicamente al goce físico de la misma. Existen fuertes contradicciones y malentendidos entre una autonomía y libertad, y por lo tanto la posibilidad de una conduc-

ta sexual de continencia periódica, en el matrimonio no resulta una carga pero en una vida de actos sexuales fortuitos, resulta casi imposible. Por ello, y por una mentalidad tecnológica, existe una preferencia y credibilidad “incuestionable” ante los métodos artificiales, a pesar de que ninguno tiene una efectividad teórica mayor a la que algunos de los métodos naturales tienen.

El resultado es una gran ignorancia, llena de tópicos que se difunden sobre inconvenientes y dificultades de los MRF, que les lleva a despreciar y a desaconsejar lo que desconocen y no les interesa, diciendo que no sirven por ser inseguros o ineficaces, y por tanto inaceptables, poniendo siempre como ejemplo el método de Ogino, que muchos todavía confunden con los actuales MRF. Esto lleva a una mala reputación y a una falta de demanda, cuando en realidad, los MRF actuales son muy fiables si se enseñan y utilizan correctamente, con unos índices de eficacia semejantes a los mejores contraceptivos.

Marco jurídico mexicano

El derecho a la información es uno de los Derechos Humanos (Art. 19 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos)⁸, consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) en el Artículo 6, el cual establece la libertad de información, la cual deberá ser garantizada por el Estado, sin embargo la mayoría de la Población desconoce este derecho.

En materia de planificación familiar, el artículo 4 constitucional, dispone que “toda persona tiene derecho a decidir de forma libre, responsable e *informada* sobre el número de hijos y espaciamiento de los mismos”

De estos conceptos que desde el punto de vista internacional están contemplados desde la Carta de los Derechos Humanos (Art. 19) y la CPEUM, se concretizan en la Ley General de Salud Mexicana (LGSM) así como en la Ley General de Población (LGP) y en sus respectivos reglamentos (RLGSM y RLGP), así como por la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.(NOM-005-SSA2-193).

Con fundamento en el título IV, capítulo III de la LGSM, se regula los aspectos relacionados con la formación, capacitación y actualización del personal y profesionales de la salud. (Art. 89 a 93 LGSM).

En su artículo 89 establece que las autoridades educativas en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud.

El art. 90 de la ley en cuestión dispone que corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas:

I. Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud; y

II. Apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; entre otras.

Por su parte el artículo 93 de dicha ley (LGSM) establece que la Secretaría de Educación Pública en coordinación con la Secretaría de Salud promoverá el establecimiento de un sistema de “enseñanza continua” en materia de salud.

Dando sustento jurídico adicional, el Reglamento de la LGSM en materia de prestación de servicios de atención médica establece en su capítulo VI (Arts. 116 a 120) disposiciones para la prestación de servicios de planificación familiar. El artículo 117 dispone que la Secretaría proporcionará la asesoría y apoyo técnico que se requiera, para la adecuada prestación de los servicios básicos de salud en materia de planificación familiar. Asimismo el art. 118 establece como obligatorio para todos los servicios de salud, el proporcionar gratuitamente la información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar.

En el ejercicio profesional médico deben además de estar plenamente informados los pacientes de las opciones terapéuticas que existan para el problema que les aqueje (Art. 77 bis 37 F/V: Ley General de Salud: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se indiquen o se aplique.). En el caso de la planificación familiar se requiere estar plenamente informado ya que tanto para los Ac, como para los MRF, la motivación

e instrucción deben ser completas y accesibles para su efectividad práctica.

Por su parte la LGP en su art. 3º, p/II, establece como una de sus atribuciones, realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público. Éstos deben respetar los derechos fundamentales del hombre y preservar la dignidad de las familias. Asimismo el reglamento de la Ley en cuestión (RLGP), en sus artículos 13, 18 y 20 p/II, establece la necesidad de la educación e información sobre los métodos que existen en el país para planificar la familia, así como la orientación sobre los riesgos a la salud que causen infertilidad y las estrategias de prevención y control; además señala que no se puede forzar a nadie a que utilice algún método en particular.

Llama la atención entonces, que con toda alevosía y ventaja, la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Consejo para la Evaluación de Programas de Licenciatura y de Posgrado, la Comisión Nacional de Evaluación, (CONAEVA) no establezcan un imperativo para que las 86 Escuelas y Facultades de Medicina de México, enseñen, es decir INFORMEN TODOS los Métodos de Planificación Familiar, y no se limiten como hasta ahora exclusivamente a enseñar sólo los Métodos Artificiales (Ac).

De la misma manera la LGSM considera a la planificación familiar una estrategia fundamental y le otorga carácter prioritario (Artículos 67 al 71). En su artículo 68 establece que los servicios de planificación familiar comprenden la Asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por CONAPO (Consejo Nacional de Población).

Por último, la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar (NOM 005 55A2-1993); la cual a pesar de estar impregnada de las decisiones tomadas en la cumbre del Cairo, establece el acceso a diferentes opciones, métodos y estrategias, donde sería pertinente destacar las siguientes;

— En materia de Planificación Familiar, se pondrá al alcance de toda la población “información veraz y oportuna” orientación y consejería con calidad y calidez, así como los métodos y estrategias anti-

conceptivas, que correspondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja.

— Asimismo se deberá ofertar una diversidad de métodos anticonceptivos desde los naturales hasta los que son producto de los avances científicos.

En este apartado podemos observar un sesgo al descalificar como anticuados y no científicos a los MRF.

— Establece una “consejería” formada por cualquier integrante del personal de salud que haya recibido “capacitación especial”

— La consejería debe informar las ventajas, contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, así como informar sobre los “riesgos potenciales” del uso de métodos anticonceptivos (4.4.1.7 de la NOM.)

A pesar de tales disposiciones y señalamientos, la práctica nos dice lo contrario, estando muy alejada de lo que establece la ley para los MRF, ya que en ningún momento se capacita a los profesionales de salud en este tema, quienes son las personas más indicadas para llevar a cabo esta función, que es prioritaria en el sector sanitario.

Conclusiones

Existe un sesgo en la enseñanza de los MRF, tanto para los médicos, como para la población en general. Por un lado no se enseñan todas las posibilidades que existen, en esta materia, incluida la nueva tecnología con la que cuentan los MRF, y por otro se suele enseñar que son el método del ritmo, y que por ende son de un índice de efectividad muy baja. Esto lleva en un círculo vicioso a la infravaloración social y científica.

La Secretaría de Salud mexicana no tiene ningún tipo de supervisión de los profesionales o no profesionales, que son la mayoría, que enseñan los MRF a las usuarias. Esto mismo incrementa el desprestigio, y la usurpación profesional en este tema.

Se incumplen así los Derechos Humanos de poder planificar informadamente la familia, pero también la Ley mexicana respecto de este mismo derecho a ser informado.

Por parte de los profesionales de la salud, y más concretamente de los médicos, se incumple con este gremio el derecho a recibir la formación profesional suficiente y reconocida por los organismos internacionales como válida científicamente, de manera indirecta por los planes de estudio sesgados en esta materia.

Es necesario que organismos internacionales, como es el caso de la FIBIP hagan un llamamiento a la comunidad médica y jurídica para remediar este defecto.

Referencias bibliográficas

- ¹ BILLINGS, J. "NFP Natural Methods have across cultural appeal: BMJ ; 1993, 307:1357.
- ² BROWN JB, BLACKWELL IF, BILLINGS JJ, CONWAY B, COX IR, HOLMES GJ, SMITH MA. Natural family planning. *Obstet. Gynecol.* 1987. 157: 1082.
- ³ BROWN JB, HOLMES J, BARKER C. Use of the Ovarian Monitor in pregnancy avoidance. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991. 165: 2008-11.
- ⁴ CARTER, R.L., ABRAMS, R.M., & MOGHISSI, K.S. A statistical approach to the determination of the fertile period. *Gynecologic and Obstetric Investigation.* 1982. 13(4), 226-234.
- ⁵ COLLINS, W.P. The evolution of reference methods to monitor ovulation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 1991. 165. 1994-1996.
- ⁶ CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 10. Ed., Editorial Porrúa, México, 2005.
- ⁷ DELFS T, KLEIN S, FOTTRELL P, NAETHER O, LEIDENBERGER F. " 24-hour profiles of salivary progesterone". *Fertil Steril ;* 1994. 62:960-966.
- ⁸ Declaración Universal de los Derechos Humanos
- ⁹ FEHRING, R.J. Methods to self-predict ovulation: A comparative study. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 1990. 19, 233-237.
- ¹⁰ FEHRING, R.J.. New technology in natural family planning. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing.* 1991, 20, 199-205.
- ¹¹ FLYNN, AM. Natural Family Planning in developing countries: *Lancet;* 1992, 340:309.
- ¹² FEHRING RJ. A comparison of the ovulation method with the CUE ovulation predictor in determining the fertile period. *J Am Acad Nurse Pract.* 1996. Oct:8(10):461-6.
- ¹³ FEHRING RJ, GASKA N. Evaluation of the Lady Free Biotester in determining the fertile period. *Contraception.* 1998. May:57(5):325-8.
- ¹⁴ FEHRING RJ. Accuracy of the peak day of cervical mucus as a biological marker of fertility. *Contraception.* 2002. Oct:66(4):231-5.
- ¹⁵ FREUNDL G., BAUR S., BREMME M., DORING G., FRANK-HERMANN P., GODEHARDT E., KUNERT J. "Computerized thermometers for detecting the fertile phase of the menstrual cycle. BabyComp, Bioself 110, Cyclotest-D". *Fertilitat,* 1992, 8: 66-77, (Springer-Verlag).

- ¹⁶ FREUNDL G, BONNAR J, FLYNN A, FRANK-HERRMANN P, KIRKMANN R, SNOWDEN R "Contraception per computer. Hormone system persona—results of studies in Germany". *Fortschr Med.*, 1998. 30, 116: 47-48
- ¹⁷ GANN PH, GIOVANAZZI S, VAN HORN L, BRANNING A, CHATTERTON RT JR. Saliva as a medium for investigating intra- and interindividual differences in sex hormone levels in premenopausal women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2001. Jan;10(1):59-64.
- ¹⁸ GUDGEON, K., LEADER, L., & HOWARD, B. Evaluation of the accuracy of the home ovulation detection kit, Clearplan, at prediction of ovulation. *Medical Journal of Australia*, 1990. 152, 344, 346, 349.
- ¹⁹ GUIDA M.. "Use of crystallization of saliva for determining the fertile period". En: PG/53 *Fertility Tester Manual*, 1990, pp 33-34.
- ²⁰ GUIDA M, BRAMANTE S, ACUNZO G, PELLICANO M, CIRILLO D, NAPPI C. Diagnosis of fertility with a personal hormonal evaluation test. *Minerva Ginecol.* 2003, Apr;55(2):167-73. Italian. (Persona)
- ²¹ HAFEZ, E.S.E. Prediction and detection of ovulation and microcomputers for natural family planning. *Contraceptive Delivery Systems*, 1984, 5:3.
- ²² HERMANN C ET AL. "Periodic abstinence in developing countries. Demographic data for development". Institute for Resource Development at Westinhouse. 1986.
- ²³ JANSSEN CJ, VAN LUNSEN RH. Profile and opinions of the female Persona user in The Netherlands. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2000 Jun;5(2):141-6
- ²⁴ LEY GENERAL DE SALUD, 6ª. Ed., Ediciones ISEF, México 2005.
- ²⁵ LEY GENERAL DE POBLACION, 4ª. Ed., Ediciones delma, México, 2004. .
- ²⁶ MADRAZO J.M. Y MARCÓ J. "Nuevos métodos para la planificación natural de la familia". *Boletín de la Asociación de Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad*, 2003. 1: 8-12
- ²⁷ MADRAZO JM, MARCÓ FJ, TARASCO M.. "Percepción de los Métodos Naturales en la Población Universitaria de México". Trabajo presentado en el IV Congreso ULIA Querétaro. Qro. 2003.
- ²⁸ MALPICA, L. "Ética de la Intervención del Estado en Materia de Regulación de la Fertilidad", EN Consideraciones Éticas sobre la Regulación de la Fertilidad.(en prensa) 2005.
- ²⁹ MARCÓ J. «Anticonceptivos o métodos artificiales de regulación de la fertilidad». *Medicina y Etica*, 1993a 4 (4): 53-73.
- ³⁰ MARCÓ J. «Métodos naturales de regulación de la fertilidad». *Medicina y Etica*, 1993b 4 (4): 75-97.
- ³¹ MARCÓ J. «Anticoncepción». En: Kuthy J., Villalobos J.J, Martínez O and Tarasco M. (eds), «*Introducción a la Bioética*» (2ª Ed). Méndez Editores. S.A, México,2003, Capítulo 24, pp 286-317.
- ³² O'DOWD MJ, OHILIPP EE. Historia de la Ginecología y Obstetricia. Capítulo de Planificación familiar, pg 386, De Edika-Med, 1995.
- ³³ OMS. BLITHE (Centre for Health and Medical Education). "Educación en fertilidad familiar. Materiales para la enseñanza sobre los métodos de planificación familiar natural. dirigidos a educadores". 1978. OMS, Ginebra, reedición 1989.
- ³⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. «Planificación natural de la familia». Guía para la prestación de servicios. Ginebra. 1989
- ³⁵ OTTE A., MEDIALDEA C., GONZÁLEZ F.,MARTÍ P. "Cómo reconocer la fertilidad: El método sintotérmico". (2ª Ed). Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid. 1997. Pp.13 – 15

³⁶ REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA, en Agenda de Salud, 6ª. Ed, Ediciones ISEF, México, 2005.

³⁷ REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE POBLACIÓN, 4ª.ed. Ediciones Delma, México, 2004..

³⁸ RYDER, B., CAMPBELL, H.. Natural family planning in the 1990s: Lancet; 1995, 346. Pp. 233-234.

³⁹ UNITED NATIONS. International Conference on Population (celebrada en México). Adoption on the report of the main committee. Recommendation nº 26. Document E/CONF. 76/L.3, del 13 de Agosto de 1984, 40 pg.

⁴⁰ WHO. Family planning based on periodic abstinence: a preliminary glossary. Annex in Proceedings pfa International Conference on the state of art in NFP. Washington DC. 1979.

⁴¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Task Force on Methods for the Determination of the Fertile Period, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, "A prospective multicentre trial of the ovulation method of Natural Family Planning. I: The teaching phase". Fertil. Steril., 198136 (5): 152-8, 1981.

⁴² WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS) BLAT Center for Health and Medical Education. Family fertility education. A resource package for teachers of natural family planning methods. 1982.

⁴³ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Task Force on Methods for the Determination of the Fertile Period, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, "Temporal relationship between indices of the fertile period.". Fertil. Steril., 1983 39 (5): 647-54.

⁴⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Task Force on Methods for the Determination of the Fertile Period, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, "A prospective multicentre trial of the ovulation method of Natural Family Planning. IV: The outcome of pregnancy". Fertil. Steril., 1984, 41: 593-8.

⁴⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Task Force on Methods for the Determination of the Fertile Period, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, "A prospective multicenter trial of the ovulation method of natural family planning. V. Psychosexual aspects". Fertil. Steril., 1987, 47(5), 765-772.

⁴⁶ WHO. Annual Technical Report, 1995.

Reseña bibliográfica

*Rafael García Pavón**

Rodríguez Ortega, Graciela (Coord.). *Bioética, legislación, políticas públicas y derechos humanos.* Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México, 2004 (214 pp.)

El libro recoge once trabajos en español e inglés presentados en el Seminario Binacional México-Estados Unidos “Bioética, Legislación y Políticas Públicas” llevado a cabo el 26 de marzo de 2001 en Ciudad Universitaria por el Programa de Investigación de Psicología y Derecho de la Facultad de Psicología, en coordinación con el Instituto de Investigaciones Jurídicas y la Facultad de Medicina de la UNAM, así como con instituciones de salud en México y de Estados Unidos de América, sobre todo del Texas/WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health and Psychosocial Factors in Health, así como del Institute of Medical Humanities de la Universidad de Texas.

Los trabajos presentados parten de un hecho problemático en las sociedades complejas de la actualidad en las que la globalización va haciendo necesario el encuentro entre diferentes disciplinas para abordar los temas más exigentes, para la sociedad civil, la comunidad científica y los Estados, referentes a la salud integral de los seres humanos. Este hecho es que hoy se constata que en menos de un siglo se han superado las estadísticas de descubrimientos desde la edad moderna, pero por otro lado hay un horizonte de desafíos que desborda estos avances, las manchas de miseria y subdesarrollo a donde es-

* Maestría en Filosofía por la Universidad Panamericana. Profesor de la Coordinación General de Humanidades de la Universidad Anáhuac.

tos no han llegado. Entonces, la premisa básica de la ciencia y la tecnología parece haber sido olvidada por la desconfiguración de sus valores básicos y los nuevos centros de poder y autoridad de distribución de sus beneficios¹. En otras palabras, los trabajos parten de las nuevas configuraciones que las nuevas tecnologías, en cuanto procesos e instrumentos, han provocado sobre la atención, prevención e intervención de la salud de los seres humanos

Ciertamente el planteamiento de los trabajos y del seminario aciertan en decir que para ellos es necesario un triple enfoque simultáneo: el de la bioética, el orden jurídico y las políticas públicas. Pues el problema de la salud de los seres humanos integralmente abordado no puede reducirse a la eficiencia de los sistemas y procesos ya establecidos. Sino que se cuestiona desde el significado mismo de lo que es una vida humana digna y por ende qué valores, infraestructura y cualidades se requieren para hacerla posible, esto es el terreno de la bioética. En cuanto al orden jurídico, bajo este marco ético, se generan problemas desde cómo crear y hacer efectivas las normas en la vida cotidiana que le den efectividad al marco ético y moral. Al mismo tiempo, el marco ético y legal no agota el problema, puesto que efectivamente la salud como bien común le exige al Estado esa responsabilidad entre individuos y órganos regulativos a colaborar bajo ciertas políticas que regulen los procedimientos y los contenidos de los procedimientos de salud de manera integral.

De tal manera que como lo plantean en varios de los trabajos como el de William J. Winslade "Legal and Ethical Implications of New Medical Technology", el de Ronald Carson "Bioethics at the Dawns of the 21st. Century" o el de Sergio García Ramírez "Bioética y Derecho", se hace inminente tener no sólo un marco regulativo sobre la investigación y las nuevas prácticas médicas como el tratamiento neonatal, sino tener un compromiso institucional que exprese efectivamente la responsabilidad de los Estados sobre estos marcos axiológico y jurídicos, por lo que la cuestión del daño moral y de la inclusión del paciente en los procesos, mediante el consentimiento informado, y cómo debe este realizarse y en qué casos. Todo esto hace un tema fundamental en las investigaciones actuales.

La idea de salud integral y de daño moral en las acciones de salud pública, hacen necesario abrir comisiones que puedan conformarse en

los grupos de sabiduría sobre las acciones de los Estados, para determinar los criterios necesarios o ambiguos que den lugar a confusiones. En estas relaciones, los textos abundan con referencias empíricas, contextos históricos y proponen líneas a seguir.

Sin embargo, en varios de los artículos, aunque casi todos afirman estar de acuerdo en que todo debe realizarse en función de la dignidad de la persona o de una vida humana digna, se parte de una concepción de la bioética que no es siquiera discutida o puesta de relieve. No se analizan sus vertientes, tendencias, problemas, etc., siendo que es el elemento fundamental para las legislaciones y las políticas públicas. A veces se dice de ella que es: “un conjunto de parámetros axiológicos en torno a la vida”² o a veces sólo se toma de ella lo que se ha postulado a través de la historia de las comisiones de bioética³, o se trata a la bioética desde los paradigmas de la salud, lo cual no necesariamente es lo mismo⁴. Se hace mucho énfasis en el status de la tecnología, de los derechos civiles y de las políticas internacionales sobre diversos temas bioéticos. Pero no se pone en cuestión el fondo axiológico o las posturas bioéticas que operan detrás de esas políticas analizadas o de esos casos empíricos.

Así, el texto da una buena aportación sobre la problemática y los casos, pero no creo que logre del todo el haber llevado a cabo esa triple aproximación que se plantea, pues el tema bioético, desde la ética y la filosofía queda minimizado ante los problemas bioéticos legal y socialmente vistos. Parafraseando a Paulette Dieterlen que escribe en este libro el texto “Pobreza, ética y economía”⁵ los temas bioéticos se han estudiado desde los aspectos médicos, sociales, legales, políticos, jurídicos, pero sobre ello hacen falta los filósofos.

Referencias bibliográficas

1 Cfr. Rodríguez Ortega, Graciela (Coord.) “Bioética, legislación y políticas públicas” *Bioética, legislación, políticas públicas y derechos humanos*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México, D.F. p. 16-17.

2 *Ibid.*, p. 17

3 Cfr. *Ibid.*, pp. 37, 43.

4 Cfr. *Ibid.*, p. 49, 59.

5 Cfr. *Ibid.*, p.92.



La Asociación Panamericana de Bioética nace como un recurso efectivo dentro de la sociedad para promover y salvaguardar el respeto a la dignidad de toda persona humana desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, desde un ámbito científico, a través del intercambio de ideas, información, investigación y trabajo, entre las diversas asociaciones de Bioética con esta finalidad.

La Misión de la Asociación Panamericana de Bioética es agrupar a personas e instituciones relacionadas con la medicina o que participan en las ciencias de la vida, y en la bioética, interesadas en defender la dignidad de la persona apoyándolas a través de cursos, seminarios, publicaciones, talleres dentro de la reflexión e investigación que la asociación efectúe en el campo de la bioética.

BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA

- Inscripción a la revista Medicina y Ética.
- Actualización en temas de bioética a través de nuestra página de Internet.
- Asistencia a convención anual sobre bioética.
- Participar en seminarios, conferencias, cursos con cuotas preferenciales.
- Vinculación con asociaciones de Bioética tanto nacionales como internacionales
- Plataforma de participación en proyectos de Bioética.

CUOTAS DE INGRESO

	<i>México</i>	<i>Otros países</i>
Individual	\$ 450.00 M.N.	\$ 80.00 U.S.
Estudiantes	\$ 200.00 M.N.	\$ 40.00 U.S.
Instituciones	\$ 1, 250.00 M.N.	\$ 230.00 U.S.

FORMAS DE PAGO

Depósito bancario a Cta. No. 51-50067989-0
(Banco Santander Mexicano. Suc. Interlomas).

Cheque a favor de Asociación Panamericana de Bioética S.C.
al apartado postal No. 41-518 México, D.F. C.P. 1100

MAYORES INFORMES

Lic. Martha Hamill de Correa
Coordinadora General de APABE Sede Nacional
Teléfono (55) 5251 82 93
E mail: ehamill@anahuac.mx



Facultad de Bioética

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

La Universidad Anáhuac anuncia la próxima apertura de la XI generación de su Maestría en Bioética la cual **dará inicio en enero de 2007**.

La Maestría en Bioética cuenta con reconocimiento de validez oficial por la SEP con fecha del 19 de febrero de 1998.

Los requisitos de admisión son los siguientes:

1). Llenar solicitud – la cual será proporcionada en la misma Universidad– y acompañarla de los siguientes documentos:

- Copia del título profesional.
- Copia de la cédula profesional.
- Certificado de estudios de la carrera.
- Original del Acta de Nacimiento.
- *Curriculum vitae*.
- Copia del CURP.
- 6 fotografías tamaño infantil.
- 2 cartas de recomendación de experiencia laboral o académica.

Fecha límite para la entrega de documentos: 10 de noviembre de 2006

2). Entrevista personal con el coordinador de la Maestría. (solicitar cita).

3). Una vez aceptado como alumno de la maestría, efectuar en la caja de la Universidad el primer pago de la misma.

Fecha límite para efectuar el pago en la caja: 01 de diciembre de 2006

PROGRAMA DE ESTUDIOS

La maestría se cursa en cuatro semestres con quince semanas de clases c/u y con nueve horas de clase por semana.

Primer Semestre

- Fundamentos de la filosofía.
- Antropología filosófica I.
- Fundamentos filosóficos del derecho.

Segundo Semestre

- Metodología filosófica.
- Legislación sanitaria I.
- La persona y el derecho.
- Conceptos básicos de medicina general.

Tercer Semestre

- Antropología filosófica II.
- Fundamentos filosóficos de la bioética.
- Legislación sanitaria II.

Cuarto Semestre

- Temas selectos de medicina.
- Bioética clínica.
- Seminario en docencia universitaria.

El costo por semestre es de aprox.
\$19,000.00 dividido en 5 pagos mensuales.

Informes:

Dra. Luz María Albisua Gorostizaga
Coordinadora de la Maestría
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Tel. (55) 5328-8074
E-mail: lalbisua@anahuac.mx



Facultad de Bioética

DOCTORADO EN BIOÉTICA

La Universidad Anáhuac anuncia la próxima apertura de su Doctorado en Bioética el cual **dará inicio en enero de 2007**.

El Doctorado en Bioética cuenta con reconocimiento de validez oficial por la SEP con fecha del 14 de noviembre del 2003.

Los requisitos de admisión son los siguientes:

1). Llenar solicitud y acompañarla de los siguientes documentos:

- Copia* del Título de Licenciatura.
- Copia* de la Cédula Profesional.
- Copia* del Certificado de estudios de licenciatura que incluya promedio de calificaciones.
- Copia* del Certificado de Estudios de Maestría.
- Copia* del Certificado del Grado de Maestría**
- Original del Acta de Nacimiento.
- *Curriculum vitae*.
- Copia del CURP.
- 4 fotografías tamaño infantil.
- 2 cartas de recomendación académica o de experiencia laboral.

2). Entrevista personal con el coordinador del doctorado y con el comité de admisión. (solicitar cita).

* Las fotocopias de los documentos solicitados deberán ser certificadas ante Notario Público, o en su defecto, entregar fotocopia simple presentando en el momento de su entrega el documento original para su validación.

Fecha límite para la entrega de documentos: 31 de octubre de 2006

PROGRAMA DE ESTUDIOS

El doctorado se cursa en cuatro semestres con clases los martes de 7:00 a 16:00 hrs.

Primer Semestre

- La Bioética en los tratados internacionales.
- Lineamientos del diseño de tesis doctoral.
- Seminario de argumentación I.
- Temas selectos de bioética aplicada.

Segundo Semestre

- Seminario de argumentación II.
- Estadística.
- Temas selectos de bioética clínica.

Tercer Semestre

- Normas jurídicas: elaboración y Funcionamiento.
- Discernimiento y análisis ético.
- Seminario de investigación I.

Cuarto Semestre

- Derechos humanos y bioética.
- Tendencias contemporáneas de la ética.
- El hombre ese gran desconocido.
- Seminario de Investigación II.

COSTO

Costo por semestre \$ 25,000.00 (aprox.)

Informes:

Dr. Oscar J. Martínez González
Coordinador del Doctorado
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Tel. (55) 5328-8074
E-mail: ojmartin@anahuac.mx

MEDICINA Y ÉTICA

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

Formulario de suscripción / Order form:

Nombre/Name : _____

Institución/Institution: _____

Dirección/Address: _____

Ciudad-País/CityCountry: _____

Código Postal/Zip Code: _____

Teléfono/Telephone: _____

Fax/fax: _____

Correo electrónico/E-mail: _____

Suscripción / Subscription Rates

Precios de suscripción / Suscripción Rates

Suscripción/Suscription		Números Anteriores/ Previous numbers
México/Mexico:	\$ 150.00	\$ 50.00
América Latina/Latin America:	\$ 75.00 U.S. Dlls.	\$ 25.00 U.S. dlls.
Otros países/ Other countries	\$ 85.00 U.S. Dlls.	\$ 30.00 U.S. Dlls.

Favor de hacer su pago a través de un "Depósito Referenciado" en cualquier sucursal del Banco Santander Serfin al siguiente número de cuenta:/Please make a deposit in Banco Santander-Serfin:

Desde México/From Mexico:

Banco/Bank: Santander Serfin
Cuenta a nombre de/Account name: Investigaciones y Estudios Superiores SC
No. Cuenta/Account number: 51-500651312
No. de referencia 0000LL07835081234186

Desde América Latina y otros países/From Latin America and other countries:

Banco/Bank: Santander Serfin, Sucursal 518, Módulo Anáhuac
Cuenta/Account: 51-50063292-6
CLABE/ABA Number: 014180515006329267
Plaza/City Country: 01 México D. F.
Beneficiario/Pay order to: Investigaciones y Estudios Superiores S. C.

Enviar por Fax ficha de deposito/Send deposit to Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742



Facultad
de Bioética

Informes:

FACULTAD DE BIOÉTICA

Universidad Anáhuac

Av. Lomas Anáhuac s/n, Col. Lomas Anáhuac,
Huixquilucan, Edo. de México, C.P. 52786

Tel. 52) (55) 5328 8074 ó 5627 0210 Ext. 7146

Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742

Correo electrónico: bioetica@anahuac.mx

www.anahuac.mx/bioetica

Este libro se terminó de imprimir en diciembre de 2005,
en los talleres de Litho Press de México,
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.
tiraje 500 ejemplares.