

# Medicina y Ética



Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

VOLUMEN XXII

NÚMERO II

2011 / 2

ABRIL - JUNIO

ISSN 0188-5022

Nuestro camino en Bioética:  
síntesis y posibles perspectivas

*Elio Sgreccia*

Bioética y economía de la salud.  
El médico, ¿humanista o economista?

*Raúl Garza Garza*

Identidad moral y libertad en la persona humana

*Ramiro Alonso Pando*

Bioética y Terrorismo

*María Elizabeth de los Ríos Uriarte*

Repercusiones del inicio de la vida sexual  
en la adolescencia

*María del Rosario Laris E.*

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud  
Facultad de Bioética  
Universidad Anáhuac, México Norte

Centro Di Ateneo Di Bioetica  
Facoltà di Medicina Chirugia "Agostino Gemelli"  
Università del Sacro Cuore Roma

**Facultad de  
Bioética**

Red de Universidades  
**Anáhuac**

# **MEDICINA Y ÉTICA**

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.  
Editor responsable: Dr. Óscar J. Martínez González  
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  
Av. Universidad Anáhuac 46, 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 Ateneo di Bioetica Facoltà di Medicina Chirurgia "Agostino Gemelli"  
Università del Sacro Cuore, Roma  
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.

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*, *Latindex* y *Red Aly C.*  
The Journal of *Medicina y Ética* is indexed in: *The Philosopher's index*, *Latindex* and  
*Red Aly C.*

# 2

VOLUMEN XXII NÚMERO 2 ABRIL-JUNIO DEL 2011

## MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

---

*Italia*

*Director Responsable:* Angelo Fiori

*Director:* Elio Sgreccia

*Comité científico:* Lorenzo Ornaghi, Luigi Alici, Leonardo Antico, Sergio Belardinelli, Adriano Bompiani, Carlo Cafarra, Ignacio Carrasco de Paula, Carlo Casini, Numa Cellini, Roberto Colombo, Francesco D'Agostino, Giuseppe Dalla Torre, Maria Luisa Di Pietro, Luciano Fuscib, Maurizio P. Faggioni, Luke A.J. Gormally, John Haas, Gonzalo Herranz, Michele Lenoci, Gonzalo Miranda, Hugo O.M. Obligio, Laura Palazzani, Edmund D. Pellegrino, Adriano Pessina, Angelo Serra, Antonio G. Spagnolo, Dionigi Tettamanzi, Patricio Ventura-Juncá, Juan de Dios Vial Correa, Enrique Villanueva, Dietrich Von Engelhardt, Helen Watt.

*México*

*Director responsable:*

Dr. Óscar J. Martínez González

*Director:*

Mtro. Carlos Lape Pinceda

*Coordinador Editorial:*

Dra. Martha Tarasco Michel

*Traductor:*

Lic. Jesús Quiriarte

*Composición tipográfica:*

Paideia Empresarial

*Comité Editorial:*

Dr. Evandro Agazzi, Dr. Rafael García Pavón,

Dr. Javier Marcó Bach, Dra. Myriam Altamirano Bustamante, Dr. Ramiro Alonso Pando,

Dr. Samuel Weingerz Mehl, Dra. Lourdes Velázquez González.

# ÍNDICE

Editorial .....	93
Nuestro camino en Bioética: síntesis y posibles perspectivas	
<i>Elio Sgreccia</i> .....	99
Bioética y economía de la salud.	
El médico, ¿humanista o economista?	
<i>Raúl Garza Garza</i> .....	121
Identidad moral y libertad en la persona humana	
<i>Ramiro Alonso Pando</i> .....	135
Bioética y terrorismo	
<i>María Elizabeth de los Ríos Uriarte</i> .....	161
Repercusiones del inicio de la vida sexual en la adolescencia	
<i>María del Rosario Laris E.</i> .....	173



## EDITORIAL

En agosto 2010 la Facultad de Bioética y el Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac organizaron el festejo de la fundación del área de Bioética en esta Universidad. El inicio de este camino comenzó con la firma del convenio para la publicación de la *revista Medicina y Ética* y la *Università del Sacro Cuore di Roma* en el 89 el Congreso de Humanismo en Ciencias de la Salud, de donde surgiría el Instituto del mismo nombre.

Al evento se invitaron a honorables personalidades, pero destacan entre ellas el Cardenal Elio Sgreccia, cuyo papel fue fundamental en ese inicio, y que además es uno de los más grandes pilares de la Bioética de fundamentación personalista, el P. Gonzalo Miranda LC, quien fue un detonador de la necesidad que había de involucrar a la Universidad en este gran proyecto, y dignamente representado por su esposa, la Sra. Anne Marie Saenger de Kuthy, al Dr. José Kuthy Porter, ya en la Casa del Padre. El Dr. Kuthy Porter siempre estuvo inquieto por la ética médica. Y fue parte del Comité Internacional de Ética de la Organización Mundial de la Salud. Él fue quien organizó el primer evento de Bioética en la Universidad, y quien luego dio continuidad al conocimiento que el Card. Sgreccia y el P. Miranda LC aportaron. Con el muy querido Dr. Kuthy, se consolidó la Bioética en la Universidad Anáhuac y en otros muchos lugares. Él apoyó además la fundación misma de la Comisión Nacional de Bioética.

En el evento se contó además de los dos profesores mencionados, con la ponencia del Profesor Evandro Agazzi presidente de la Académie Internationale de Philosophie des Sciences (Bruxelles), Presidente honorario del Institut International de Philosophie (Paris) e de la Federación Internacional de Sociedades de Filosofía

(FISP). Y miembro del Comité Nacional Italiano de Bioética. En esta celebración estuvo siempre presente el Rector de la Universidad Anáhuac, P. Jesús Quirce Andrés LC, y el Director de la Facultad de Bioética, el Dr. Oscar Martínez González.

Fruto de tal celebración son los artículos originales escritos para presentarse, sea en la sesión inaugural, como el que se publica del Cardenal Sgreccia, y que marca un hito en el futuro de la Bioética. Pero también se han publicado los artículos de tres egresados de los programas de Doctorado y/o de maestría en Bioética que ofrece la Facultad: tal es el caso de los artículos sobre Bioética y Terrorismo, de Ma. Elizabeth de los Ríos; el de la Identidad Moral y la Libertad en la Persona Humana, de Ramiro Alonso; y el de Repercusiones del Inicio de la Vida Sexual en la Adolescencia de Rosario Laris. Además se incluye un trabajo de un egresado del primer curso extra Anáhuac que la Facultad impartió, en la ciudad de Monterrey, por el Dr. Raúl Garza, con el tema de Bioética y Economía de la Salud.

En este número especial de nuestra Revista, hemos querido compartir con nuestros lectores la alegría de estos primeros XX años.

Dra Martha Tarasco Michel MD.PhD.  
Coordinadora y Profesora del Doctorado  
Coordinadora e Investigadora del IHCS  
Facultad de Bioética  
Universidad Anáhuac Norte  
52 (55) 56270210, ext. 8319

## 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.

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  
Dra. Martha Tarasco Michel, Coordinador Editorial  
Apartado Postal 10 844  
C.P. 11000, México, D.F.  
Email: mtarasco@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.



# Nuestro camino en Bioética: síntesis y posibles perspectivas

*Elio Sgreccia*

## Introducción

Es fácil comprender para mí y para todos los aquí presentes, hoy que conmemoramos los veinte años del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, en Medicina, que este evento constituye un momento de emoción y satisfacción. Nos surge espontáneo el agradecer a Dios, y a quienes propiciaron este inicio; pero esta celebración constituye también un motivo para reflexionar sobre el significado de la trayectoria realizada y sobre las perspectivas del futuro.

Si consideramos como fecha de nacimiento de la bioética, la de la primera aparición del término *Bioethics* en la publicación de Van Rensselaer Potter de 1970,<sup>1</sup> se calcula fácilmente que han pasado 40 años desde ese inicio, de los cuales, justo la mitad nos atañe, ya que hemos estado presentes también nosotros con nuestro compromiso, propuesta y una contribución específica: la propuesta del “Personalismo fundado ontológicamente”. Una propuesta rica de significado humanístico y de resonancia cristiana.

Mi intervención no pretende enumerar ni enfatizar, en sentido cuantitativo, las contribuciones escritas, los congresos organizados,

---

Card. Elio Sgreccia, Fundador del Instituto y del Centro de Bioética de la Universidad del *Sacro Cuore di Roma*, y de la Revista *Medicina e Morale*. Ex Presidente de la Academia Pontificia de la vida.

las actividades didácticas para la formación de los alumnos y futuros docentes, las presencias de relieve cultural y político; aunque corresponderá a alguien hablar de esto. Por mi parte, querría subrayar algunos aspectos que muestran la correlación entre nuestra propuesta y el ambiente cultural en el que estamos insertos. También con esta institución, el Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, la cual ha sido una de las primeras en el mundo latinoamericano y la primera institución con la cual el Instituto di Bioetica della Università Cattolica del Sacro Cuore ha iniciado y mantenido una estrecha colaboración, incluyendo la presencia de docentes, la traducción del Manual de Bioética y de la revista “Medicina e Morale”.

El significado de nuestra propuesta cultural, presente en Latinoamérica y Europa durante estos veinte años, teniendo en cuenta el clima cultural de entonces y ahora, es lo que deseo evocar, mostrando en esta confrontación lo que nos espera en el futuro próximo.

## **El clima cultural en el que nace la propuesta del Humanismo personalista en la medicina**

Los grandes movimientos de ideas, las ideologías, aún seductoras y repletas de fuerza como tifones oceánicos, han azotado tanto a Europa y a los países que están en torno, como a los Estados Unidos y Latinoamérica. Movimientos variados y a menudo sinérgicos.

Quisiera aludir a cuatro fenómenos culturales, con los que es necesario confrontarnos abiertamente:

- a) La secularización del pensamiento y de las instituciones;
- b) el relativismo ético que ha invadido también el mundo de la medicina;
- c) la mentalidad antivida que ha inspirado la filosofía de género y las políticas antinatalistas.
- d) el ecologismo asociado a la tecnología y el sincretismo religioso.

No se debe pensar que, marcando estas fronteras en tono de confrontación, queramos asumir como metodología la del choque y rechazo polémico. Se trata de un diálogo crítico constructivo, orientado a lo positivo, como nos lo pide nuestra pertenencia cristiana: un diálogo que nace y se alimenta del *Logos*; la Palabra, por la cual “Todo se hizo y sin ella no se hizo nada de cuanto existe” (Cfr. Jn. I, 1-3).

Cuando definimos al ser humano y su individualidad como “persona”, reconocemos que esta realidad compleja dual, es decir, constituida de alma espiritual y de un organismo biológico; está unificada por el *actus essendi*, el acto que la hace existir y que es único, de naturaleza espiritual. Es un elemento espiritual creado por Dios, quien comunica su existencia, su existir a la corporeidad, su estructura y la vivifica, la espiritualiza en su existir. La persona es la cima del existir en el mundo y es capaz de trascenderlo, de entrar en relación con el Creador mismo y con las otras personas. Es capaz de tomar consciencia del actuar en el tiempo y en el espacio, de dar significado al mundo y su historia. El ser humano es “*id quod est perfectissimum in rerum natura*” (Santo Tomás de Aquino).

El diálogo que la persona humana instaure en el mundo con Dios y con los otros seres humanos, con la consciencia que tiene del mundo; le permite asumir la creación como don del Creador, de darle sentido y de actuar sobre la realidad de modo consciente. El evento de la Encarnación, que conocemos por la Revelación, permite que la persona humana escriba su propia historia en la historia de la salvación, y conozca el don de la salvación con la luz del Verbo que se ha revelado, y con la propia razón. La dignidad de la persona se enriquece con esta doble ontología: el ser creatura, imagen del Creador, y el ser hijo en el Hijo de Dios. La persona, unida al Creador por el don de haber sido creado y unida a la vida trinitaria por medio del Verbo encarnado; alimenta su pensamiento y su espiritualidad en el diálogo de fe y razón, por una visión creciente y sinérgica de toda la realidad, en la búsqueda siempre abierta para “añadir verdad a la verdad”. Todo esto no autoriza, por tanto, ni la

contradicción lógica, ni el arreglo moral, ni el silencio de complicidad con el error.

La persona, como una estación transmisora y receptora, como la pensó San Agustín en el diálogo de la *ratio quaerens fidem* y de la *fides quaerens intellectum*, de la búsqueda de la unidad del orden natural y del orden sobrenatural, del *Eros* y del *ágape*; se refuerza en el manantial que tiende hacia la plenitud de la vida, para que Dios sea todo por medio de Cristo. Cada partícula de verdad vale como un fragmento de la Eucaristía; cada mancha de error se vive como una herida y una invocación de luz; cada pecado, como un vínculo que pide libertad y salvación. Este personalismo cristiano, especialmente en la visión tomista, es un “sistema abierto”, receptivo y oblativo, en dirección hacia Dios, de los hombres y de todas las creaturas.<sup>2</sup>

En estas dos décadas hemos podido enriquecer este humanismo con el pensamiento de Juan Pablo II, que partiendo de una exploración de tipo fenomenológico en el ser humano, lo ha anclado a la metafísica tomista, y le ha imprimido el dinamismo del don, de la apertura a la comunión y a la trascendencia de la cruz. Esa cruz que los jóvenes, en estos años, han llevado periódicamente al mundo en las Jornadas Mundiales de la Juventud, para iniciar el camino hacia la plenitud de la vida espiritual y de la resurrección. Lugar donde se ha abierto el Corazón de Cristo y desde donde ha partido el Espíritu de la Resurrección, la cruz que no atemoriza, sino que llama a la alegría y a la plenitud.

En su interior, la persona realiza este dinamismo ético, místico y ascético. Llama a considerar y presagiar, incluso en esta tierra, el mejor crecimiento posible, pues el dinamismo se alimenta del espíritu, ya que en la persona redimida habita el Espíritu que clama: “*Abba*”, Padre; y que impulsa a la donación a pensar más allá del límite, y a amar más allá de la frontera terrena.

El último documento de la Congregación para la doctrina de la fe, *Dignitas Personae*,<sup>3</sup> nos ha llenado de alegría, aunque se trate de un texto breve. Si reflexionamos bien, a partir de 1968, hace 42 años, con la Encíclica *Humanae Vitae* de Pablo VI, se proclamaba

la inseparabilidad entre la dimensión unitiva y la procreativa en el acto conyugal que da origen a la vida; para recordar que en ese momento, el amor no se puede disociar de la vida. Con la Instrucción “*Donum Vitae*” de 1987, se renovó la afirmación de la intangibilidad de la vida humana desde su inicio, dado que desde ese inicio tiene el valor de persona. En la *Evangelium Vitae*, Juan Pablo II ha unido, en la proclamación del Evangelio, la Vida de Cristo con toda vida humana, desde el inicio hasta el ocaso terreno. Ahora, esta última Instrucción, la *Dignitas Personae*, proclama la dignidad ontológica del concebido, unida a la dignidad de cada persona y con la misma dignidad de ser hijos en el Hijo de Dios.

Al poco tiempo de la fundación de nuestros centros, iniciamos nuestra reflexión insistiendo en la identidad y el estatuto del embrión humano. La publicación multilingüe con este título, y los tomos sucesivos de la Pontificia Academia para la Vida; han tenido la difusión y penetración en nuestros cursos, que sobre este tema han representado la frontera bioética por excelencia contra el aborto y la supresión y la manipulación del embrión humano

Este punto doctrinal, como dirá la Instrucción *Donum Vitae* de 1987: “El ser humano debe ser respetado y tratado como persona, desde el instante de su concepción y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente, a la vida”,<sup>4</sup> ha recibido en Latinoamérica una acogida particularmente positiva; dado que había sido enunciada prácticamente en los mismos términos en la Convención Internacional de Costa Rica de 1969, donde se declaraba que el derecho a la vida tiene inicio desde la concepción.<sup>5</sup> La lectura atenta de la nueva Instrucción *Dignitas Personae*, pensada como una puesta al día de la *Donum Vitae*, no sólo no atenúa esta posición de carácter ético, sino que la refuerza desde un punto de vista ontológico.

Al referirse en concreto a la afirmación de la *Donum Vitae*, que he citado, el nuevo documento se expresa así: “Esta afirmación de

carácter ético, que la misma razón puede reconocer como verdadera y conforme a la ley moral natural, debería estar en los fundamentos de todo orden jurídico. Presupone, en efecto, una verdad de carácter ontológico en virtud de cuanto la mencionada Instrucción ha puesto en evidencia acerca de la continuidad del desarrollo del ser humano; teniendo en cuenta los sólidos aportes del campo científico. [...] En efecto, la realidad del ser humano, a través de toda su vida, antes y después del nacimiento, no permite que se le atribuya ni un cambio de naturaleza, ni una gradación de valor moral, pues muestra la plena cualificación antropológica y ética. El embrión humano, por tanto, tiene desde el principio la dignidad propia de la persona”.

El texto continúa ampliando el tema de la familia: “El respeto de esta dignidad concierne a todos los seres humanos porque cada uno lleva inscrito en sí mismo, de manera indeleble, su propia dignidad y valor. El origen de la vida humana, por otro lado, tiene su auténtico contexto en el matrimonio y la familia, donde es generada por medio de un acto que expresa el amor recíproco entre el hombre y la mujer. Una procreación verdaderamente responsable para con quien ha de nacer «es fruto del matrimonio»”.<sup>6</sup> Esta clave de lectura, la dignidad ontológica de la persona, resuena en todas las situaciones del ser humano, con las mismas palabras de los documentos del Magisterio que nos reconfortan en nuestro camino.

Es así como escribe la Encíclica *Evangelium Vitae*, tomando prestado un texto de la Declaración sobre la eutanasia: “Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo”.<sup>7</sup>

Ahora que hemos recordado algunos puntos significativos, y diría que intangibles, del personalismo que hemos propuesto y ense-

ñado, y que el Magisterio de la Iglesia, con su mayor autoridad confirma, nos podemos preguntar: ¿con cuáles culturas debemos y podemos confrontar esta visión, tan valiosa y con todos los medios?, ¿Cómo podemos hallar la vía del diálogo?

## La secularización en su tercer nivel

En el voluminoso y premiado libro titulado: “Una verdad secularizada”, Charles Taylor analiza el fenómeno de la secularización que, habiendo iniciado en el área cultural europea, aproximadamente en 1550, ha afectado todo el Occidente e invade hoy de modo intenso Latinoamérica, África y Asia. Taylor analiza las fases, los ingredientes y la dinámica compleja de este fenómeno al cual se ha resistido el cristianismo, no sin resentir sus contragolpes. Siguiendo este examen riguroso y creíble, se dan tres modalidades que han madurado en el trayecto plurisecular de la secularización desde 1500 hasta el 2010.

Sobre el sentido de la secularización el autor dice: “El movimiento que querría definir y explorar es el que nos ha conducido desde una sociedad en la que era virtualmente imposible no creer en Dios, a una en la que la fe, incluso para el creyente más devoto, es sólo una posibilidad humana entre otras. Tal vez pueda considerar inconcebible la idea de abandonar mi fe, pero existen otras personas, incluidas entre ellas algunas muy queridas, cuyo estilo de vida no puedo rechazar, con toda honestidad, como algo perverso, ciego e indigno; que no tienen fe, o por lo menos que tiene fe en Dios o en el Trascendente”.<sup>8</sup>

La primera modalidad y la primera connotación de este proceso se halla al nivel de las instituciones públicas, ante todo el Estado, que se hacen autónomas respecto a las instituciones religiosas; de modo que la religión se convierte en una cuestión privada. Mientras en la sociedad precedente (la edad media) era imposible emprender cualquier actividad pública sin encontrar a Dios, hoy la si-

tuación es distinta, “en nuestros días los raros y residuales momentos de rito y oración podrían difícilmente constituir un encuentro semejante. Nuestra comprensión de la secularización se realiza, por tanto, en los espacios públicos. La idea general es que éstos se hayan vacíos de Dios o de cualquier referencia a la realidad última”.<sup>9</sup>

Un segundo momento o síntoma de la secularización se refleja en el hecho que las distintas esferas de la actividad humana (la economía, la política, la actividad cultural, educativa, profesional, recreativa, etcétera) no hacen referencia a Dios, sino que las normas, los principios y las deliberaciones que asumimos permanecen dentro de la “racionalidad” de cada esfera en la que nos movemos: la mayor ganancia dentro de la economía, el mayor éxito para el mayor número de personas en el campo político, la mayor felicidad o placer en el campo ético; y todo esto sin que sea imposible para quien lo desea ir a la Iglesia. Considerando además como fuera de lugar cualquier acción de contraste por parte del Estado. Como afirma Taylor, “en este sentido los países de Europa occidental están, en su conjunto, secularizados.”<sup>10</sup>

Pero el autor identifica un “tercer sentido, estrechamente conectado con el segundo y no separado del primero, en el que es oportuno hablar de nuestra época como secularizada y sobre el que vale la pena detenerse”.<sup>11</sup> En este tercer momento, dice el autor, cambian las condiciones de creencia y en general de la espiritualidad, cambia el modo de pensar la realidad. El factor de novedad es el constituirse lento del ‘yo autónomo’, que se distancia del mundo en torno suyo y que pretende ser el centro prioritario de juicio y de referencia de las elecciones temporales. El cambio no se debería a la ciencia, entendida como ciencia experimental; la ciencia que no ha provocado esta nueva concepción, ni tampoco podemos contentarnos de la mención sociológica de la práctica religiosa para comprender el cambio. El punto central de este nuevo modo de sentir se encuentra en el descubrimiento del Yo, fuente de racionalidad, fuente original de autodeterminación y de autonomía, de esa capacidad de darse la ley. “En efecto –prosigue el autor– este retra-

to de nosotros mismos como criaturas, al mismo tiempo frágiles y valerosas, capaces de afrontar un universo hostil sin pestañear y sin renunciar a la tarea de idear las propias reglas de vida para formar una auténtica fuente de inspiración”<sup>12</sup> puede ser el resultado de esta búsqueda de autonomía y plenitud, pero no el único resultado, ya que siempre desde este centro creativo y autónomo se llega a la desconfianza hacia cualquier absoluto de la verdad, se llega al ateísmo o a la búsqueda de una nueva devoción y experiencia mística.

Lo que caracteriza a este nuevo nivel de secularización es la búsqueda de un humanismo nuevo y significativo a partir del Yo, alimentado por la experiencia interior. Escribe Taylor: “la secularización consiste, por tanto, en la aparición de nuevas condiciones de creencia y se define por ésta dentro de un nuevo contexto en el que debe proceder toda búsqueda de la dimensión moral y espiritual”.<sup>13</sup> Si he entendido bien el pensamiento de Taylor; si la Trascendencia se presenta como separación y distancia, que no puede realizar lo que se llama “la plenitud” mediante la experiencia del Yo; esta Trascendencia se ha de rechazar para dar espacio a un humanismo que él llama “exclusivo”, es decir que prescinde de Dios, pues no interesa o se le declara una imaginación reclamante del Yo, según el ateísmo de Feuerbach, Marx y Freud. Ahora bien, si el Yo espiritual de hombre no es tocado por Dios y no recibe la plenitud de las experiencias de una cercanía relacional, que abre espacios al Yo de la modernidad, la desembocadura ocasional, experimentada por la secularización es otro humanismo, el ateo.

Comenzamos así a entrever una primera tarea del personalismo cristiano: permanecer abierto a la relación fundamental con Dios a partir de una convicción interior. La relación creatural nos hace sentir, por así decir, el latido de la Creación que nos da el ser, un ser donado, pero capaz de autonomía propia, dado que ha sido donado y es capaz de autorrealización, dado que el ser personal se enriquece en la plenitud permaneciendo abierto a la invocación de la escatología, pero ya poseída su anticipación por medio de la verdad en el amor.

Un personalismo abierto a la trascendencia sí, pero también a la donación y al ágape, siempre consciente de la fragilidad y necesidad de la solidaridad, sin que con esto advierta la pérdida de la solidez interior, sino más bien sintiendo a Dios como garante de esta solidez ontológica.

## La superación del relativismo

La fundamentación ontológica del ser humano en el acto creativo de Dios y en su *Logos*, por el cual todo ha sido hecho (cfr. Gn. 1.11) garantiza a su vez la racionalidad de la ley natural y permite superar el relativismo moral, tan difundido hoy, hasta el grado de pretender erigirse como la condición necesaria para la democracia.

Creo que la relación creatural Dios-hombre, el ser del hombre y la mujer, imagen y semejanza de Dios, se debe profundizar y exponer en todo su aspecto positivo. No es suficiente desmentir la teoría del “caso” y perseguir con apertura la conciliación de la hipótesis evolucionista con el creacionismo, sino que hace falta restituir a la alegría de la vida, como don del Creador, y mantener la profunda consciencia del Dios personal, *Logos* y Amor, cercanía y providencia; arrancando así al hombre de la soledad del universo sin sentido, del que habla el Manifiesto ateo sobre la eutanasia de 1974. Hace falta restituir la esperanza y la alegría de un futuro, que es todavía posibilidad abierta al encuentro con Dios, que es Amor y Verdad.

Benedicto XVI, al dirigirse a los Miembros de la Comisión teológica internacional, el 5 de octubre de 2007, hablando sobre la doctrina de la ley moral natural, que se funda sobre la Creación y se manifiesta en la razón, afirma: “Con esta doctrina se alcanzan dos objetivos esenciales: por una parte, que el contenido ético de la fe cristiana no constituye una imposición dictada desde fuera a la consciencia del hombre, sino una norma que tiene su fundamento en la misma naturaleza humana; por otra, partiendo de la ley natural de por sí accesible a toda criatura racional, se pone mediante la misma, la base para entrar en

diálogo con todos los hombres de buena voluntad y más en general con la sociedad civil y secular”. “La ley natural, percibida por la razón y la consciencia, se convierte de este modo en una verdadera garantía ofrecida a cada uno para sentirse libre y respetado en su dignidad, defendido contra toda manipulación ideológica o el abuso del más fuerte. Nadie puede sustraerse de este reclamo. Si por un oscurecimiento trágico de la consciencia colectiva, el escepticismo y el relativismo ético llegasen a cancelar los principios fundamentales de la ley moral natural, el mismo ordenamiento democrático se vería sacudido radicalmente en sus cimientos. Contra este oscurecimiento, que sería la crisis de la civilización humana antes que de la cristiana, hace falta movilizar la consciencia de todos los hombres de buena voluntad, laicos y miembros de otras religiones diferentes del cristianismo, para que juntos nos comprometamos a crear, en la cultura y en la sociedad civil y política, las condiciones necesarias para una plena consciencia del valor inalienable de la ley moral natural”.<sup>14</sup>

Tenemos presente que la consciencia de una relación creatural enriquecedora y dinámica, imbuida de la noción de llevar dentro de nosotros una racionalidad expansiva y colaboradora con Dios, alimenta un humanismo pleno y de comunión, y nos permite superar el “humanismo exclusivo”, fruto de la cultura secularizada. La bioética debe mantener fuerte y viva su radicación en la metafísica de la persona, que tiene, en el acto del Creador su fuente, y en la consciencia su luz y orientación hacia la donación. El diálogo entre fe y razón encuentra en este terreno una de sus sinergias, que merece una profundización continua.

Hemos de agradecer a la Comisión Teológica Internacional el habernos dado un documento sencillo y de divulgación para nuestros tiempos.<sup>15</sup>

## **El estatuto ontológico de la corporeidad**

El relativismo hoy ha alcanzado un nivel tal, que pone en duda no

sólo los enunciados morales y la consistencia de los valores, sino que pretende cancelar la realidad y la estructura ontológica de la persona; particularmente en la cuestión abierta en los últimos años con la discusión sobre el “género”, en contraposición al sexo, reivindicando la elección autónoma de la construcción de la identidad sexual y los comportamientos correspondientes.

El “género”, así como lo proponen la filosofía psicoanalista y el pensamiento analítico, no se entiende ya como un significado antropológico y cultural de la sexualidad en el ámbito de las repercusiones del ser hombre y mujer en la cultura y en lo social, sino que pretende quitar a la diferencia corpórea hombre/mujer todo significado estructural y toda justificación de complementariedad, toda relación de correspondencia entre signo y significado. Desde 1975 la antropóloga G. Rubin ha asumido el término género (*gender*) para indicar la elaboración de las identidades y de los roles sexuales en la sociedad.

Han nacido así los “estudios del género” con el fin de individualizar el modo en que la sociedad elabora las categorías de “masculino” y “femenino” legitimizando la diferencia de roles y destinos sociales. “Problematizando la relación entre el dato biológico de la diferencia sexual y la constitución social de los roles, los estudios de género han estimulado un replanteamiento de la complementariedad relacional entre el hombre y la mujer, no sólo a nivel sociológico, sino también ético y político”.<sup>16</sup> La Conferencia Mundial de Pekín de 1995 oficializó e impulsó políticamente la teoría del “género” definiéndola como *psychosociological constructed*.<sup>17</sup> El feminismo marxista, utilizando la ideología marcusiana y el concepto de revolución sexual de W. Reich, enfatiza la *gender theory* según la cual el género sexual se desliga del sexo biológico.<sup>18</sup>

Sobre este problema se prevé que nuestros parlamentos sean llamados a pronunciarse, presionados por los grupos culturales elitistas en coalición entre sí, como ya ha ocurrido incluso en algunos países de Latinoamérica. Nuestros centros no podrán evitar el problema y deberán tratarlo en el ámbito de una visión integral de la

sexualidad, a partir de la reasunción plena del significado de la corporeidad, como epifanía de la persona. La comprensión humana y el sentido de la solidaridad social deben contribuir a crear el respeto por la persona y las formas de justicia social, sin colaborar con reconocimientos abiertos o subrepticios, al derecho de equivalencia entre la normalidad y las formas desprovistas de armonía, en personas necesitadas de una asistencia psicológica específica en momentos oportunos, y también terapéuticos.

En verdad, toda la sexualidad está inscrita en la complementariedad significativa del cuerpo que se ha de evangelizar y valorar como un bien, destinado a construir la plenitud de amor y vida, abierto a la procreación. En el encuentro entre la fe y la razón, la sexualidad se sitúa en la cima de los valores personales para la construcción de la madurez de la persona, del cariz oblativo del matrimonio y, por último, en la apertura a los hijos y a la sociedad. En el abrazo esponsal de Cristo con la Iglesia, en la imagen fontal de la Santísima Trinidad, se puede superar esta marea reductiva y depresiva de la sexualidad, encerrada en una corriente vitalista “líquida” y contaminante, que apaga al mismo tiempo la vida y el amor verdadero, el Ágape; y aparece hoy en el mundo como la mancha de petróleo vertida en el Golfo de México.

Ante una emergencia tal, la dignidad de la persona, “imagen de Dios”, y cima del existir en el mundo, que tiene en el Hijo de Dios la dignidad filial, puede y debe erigirse en la grandeza reconstruida por Cristo y aún en su fragilidad, con una valiente asunción de una ética sexual que experimente la castidad, la fecundidad, la santidad en la plenitud de la humanidad redimida.

Es una visión personalista y cristiana de la sexualidad que está llamada en definitiva a contrarrestar eficazmente la corriente cultural y política conocida como la mentalidad antivida, que en estos veinte años ha asechado a la familia, ha reducido la natalidad con medios moralmente ilícitos (contracepción, esterilización, aborto), hasta poner en declive algunas áreas demográficas como Europa, llegando incluso al riesgo del autogenocidio. Ha intentado someter la vida (*life*) y la ética (*ethos*) al poder económico-político (*kratós*).

Ahora bien, esta corriente de muerte se lanza hacia el continente latinoamericano con una intensidad particular y concertada. Latinoamérica, como lo he recordado, se ha visto protegida de modo providencial por la Convención de Costa Rica de 1969, la cual ha sancionado el derecho a la vida a partir de la concepción, principio que fue transferido a todas las Constituciones. Pero desde el programa de El Cairo (Cairo 1, Cairo 5, Cairo 10, etcétera) el tipo de política antivida de impronta colonialista ha empezado a abrirse brecha incluso en algunas naciones de Latinoamérica, con la propuesta del aborto químico, con los intentos de una legalización amplificadora del aborto, con una acción de presión múltiple y concentrada.

Creo que ya es hora de movilizar todas nuestras fuerzas culturales para hablar, escribir y sensibilizar a los políticos y la prensa para vaciar y desenmascarar esta presión antihumana contraria al sentido de la dignidad humana y a la civilización, más aún, al verdadero desarrollo económico de la humanidad, según lo que ha enseñado su Santidad Benedicto XVI en su carta encíclica *Caritas in Veritate*, donde está escrito que “la apertura a la vida está en el centro del verdadero desarrollo”.<sup>19</sup>

## **El ecologismo biologicista y el sincretismo religioso**

Otra frontera de confrontación, diálogo y aclaración; la podemos individualizar en la discusión de temas de ecología. La temática ecológica entra de modo significativo en la antropología personalista y en el ejercicio de la responsabilidad de cada persona y de toda la comunidad humana. Ya en la definición del hombre como imagen de Dios, uno de los significados de esta imagen, junto con la dimensión teológica (capacidad de diálogo con Dios y de relationalidad interpersonal) es la responsabilidad hacia la creación.<sup>20</sup> En efecto, el problema ecológico constituye hoy día uno de los retos cruciales del desarrollo, que también por esto se redefine en función del ambiente, siguiendo el criterio de la compatibilidad.

Este es también uno de los temas cruciales de la Encíclica *C Caritas in Veritate*, un dato que Benedicto XVI toca y al que alude con frecuencia. Recuerdo solamente un pasaje de la encíclica: “El tema del desarrollo está también muy unido hoy a los deberes que nacen de la relación del hombre con el ambiente natural. Éste es un don de Dios para todos, y su uso representa para nosotros una responsabilidad para con los pobres, las generaciones futuras y toda la humanidad. Cuando se considera la naturaleza, y en primer lugar al ser humano, fruto del azar o del determinismo evolutivo, disminuye el sentido de la responsabilidad en las consciencias. El creyente reconoce en la naturaleza el maravilloso resultado de la intervención creadora de Dios, que el hombre puede utilizar responsablemente para satisfacer sus legítimas necesidades –materiales e inmateriales– respetando el equilibrio inherente a la creación misma. Si se desvanece esta visión, se acaba por considerar la naturaleza como un tabú intocable o, al contrario, por abusar de ella. Ambas posturas no son conformes con la visión cristiana de la naturaleza, fruto de la creación de Dios”.<sup>21</sup>

No se puede considerar este texto como un simple llamamiento, pues es rico y casi exhaustivo. El Santo Padre continúa con la afirmación de que la naturaleza que nos rodea no se puede considerar como un “montón de desechos esparcidos al azar”, según la expresión de Heráclito de Éfeso: “Pero se ha de subrayar que es contrario al verdadero desarrollo considerar la naturaleza como más importante que la persona humana misma”. Añade: “Esta postura conduce a actitudes neopaganas o de nuevo panteísmo”. Y concluye: “la salvación del hombre no puede venir únicamente de la naturaleza, entendida en sentido puramente naturalista”.<sup>22</sup>

Este resultado neopagano y criptopanteísta se asoma de modo bastante insidioso en algunas tendencias pseudoreligiosas, que desearían favorecer un aplanamiento sincretista de todas las religiones; en realidad, esto deja traslucir una ideología del poder invasor de la economía más fuerte, para alimentar una ética bajo el signo del hedonismo refinado y saporífero, que se propone extinguir

toda instancia hacia la trascendencia. En este sentido me ha llamado la atención una lectura veloz de una publicación reciente de cariz ético de Jeremy Rifkin, el cual propone como “consciencia global del mundo en crisis” la “civilización de la empatía”, basada sobre las dos primeras leyes de la termodinámica. Ambas darían como resultado el dominio sobre la vida misma de todos los seres vivientes, es decir, la victoria progresiva de la entropía. Tales leyes controlarían en definitiva “la subida y la caída de los sistemas políticos, la libertad o la esclavitud de las naciones, los movimientos comerciales e industriales, los orígenes de la riqueza y de la pobreza y el bienestar físico general de la especie”.<sup>23</sup>

Recordando las otras obras de este autor de sesgo catastrofista, y sobre todo su visión en relación con la biotecnología, se comprende su planteamiento de reinterpretación del camino de la civilización humana y de la misma religión para llegar al “abismo entrópico planetario”, al “capitalismo distribuido” y a la “consciencia de la biósfera”,<sup>24</sup> en una visión de evolucionismo biocéntrico.

Frente a este resultado extremo del ecologismo evolucionista que arrasa tanto la trascendencia del espíritu como la consciencia personal, y el sentido de la responsabilidad; es necesario tomar consciencia también del extremo opuesto, que consiste en la exaltación de la tecnología y de su invasión de la naturaleza humana y ambiental. La tecnología hoy presume de afirmarse como la ciencia de las soluciones eficaces e irreversibles, capaz de marcar el paso de la nueva evolución centrada en un nuevo tipo de hombre, el *homo technologicus*; se considera también capaz de determinar incluso el pensamiento colectivo, y como tal asume una fascinación irresistible, debido también al hecho de que determina con su “innovación”, el dinamismo de la competencia económica.

Sabemos que la tecnología, nacida epistemológica e históricamente como “potenciación” de la corporeidad humana (motora, sensorial y neuronal) corre el riesgo de ser empleada contra ella. La misma inteligencia humana, escindida de la responsabilidad de la persona y de la ética, que tiene el bien de la persona como origen y

finalidad; de este modo, puede determinar la marea negra de la contaminación no sólo del mar, sino también de la civilización humana.

Benedicto XVI, hablando concretamente del desarrollo humano y de la defensa del ambiente ofrece una visión antropológica de la tecnología y reivindica el aspecto ético: “La técnica es un hecho profundamente humano, vinculado a la autonomía y libertad del hombre. En la técnica se manifiesta y confirma el dominio del espíritu sobre la materia. «Siendo éste [el espíritu] “menos esclavo de las cosas, puede más fácilmente elevarse a la adoración y a la contemplación del creador”». La técnica permite dominar la materia, reducir los riesgos, ahorrar esfuerzos, mejorar las condiciones de vida. [...] La técnica es el aspecto objetivo del actuar humano, cuyo origen y razón de ser está en el elemento subjetivo: el hombre que trabaja. Por eso, la técnica nunca es sólo técnica. Manifiesta quién es el hombre y cuáles son sus aspiraciones de desarrollo, expresa la tensión del anónimo humano hacia la superación gradual de ciertos condicionamientos materiales. La técnica por lo tanto, se inserta en el mandato de cultivar y custodiar la tierra (cfr. Gn 2,15), que Dios ha confiado al hombre, y se orienta a reforzar esa alianza entre ser humano y medio ambiente que debe reflejar el amor creador de Dios”.<sup>25</sup>

Pero el Santo Padre denuncia la “no autosuficiencia” de la técnica y su límite al preguntarse sobre el cómo, y no considerar los por qué’s y por eso denuncia el riesgo de llegar a ser ella misma una ideología que identifica el bien con la eficiencia y la productividad. El Santo Padre recuerda que “la libertad humana es ella misma sólo cuando responde a esta atracción de la técnica, con decisiones que son fruto de la responsabilidad moral”.<sup>26</sup>

Pensando en la bioética y las aplicaciones tecnológicas de la medicina, la urgencia de una recuperación humanística y personalizada, emerge todavía con mayor evidencia, pensando especialmente no sólo en el riesgo de confiar excesivamente en las máquinas para la evaluación del diagnóstico, o en el riesgo quirúrgico o en la ma-

nipulación biotecnológica en la genética y la vida naciente, sino poniendo atención también a los costos de la medicina de alta tecnología y a las tecnologías farmacológicas empleadas en el ámbito de la manipulación de la vida naciente. El compromiso filosófico y ético del personalismo está llamado claramente a entrar en el debate sobre esta frontera.

Ciertamente no he examinado todo lo que percibimos como urgente para el desarrollo del personalismo en bioética, y espero que cada centro, también éste, que se encuentra entre los primeros, pueda abrirse sendas de investigación también en el campo clínico, acercando el modelo personalista a las distintas categorías de personas, de los enfermos y los moribundos, así como en el camino accidentado de la investigación experimental. Por mi parte he querido aludir a esas fronteras que me parecen ya abiertas y tal vez sean las más urgentes y presentes en la sociedad.

## Conclusión

No soy capaz de hacer ahora una especie de “testamento bioético”, aunque mi edad me podría sugerir su pertinencia, pero la bioética no me pertenece, ha crecido y crece con la aportación de todos aquellos que la cultivan con seriedad. Puedo confesar lo que me ha ayudado hasta ahora, en estos treinta años de actividad casi exclusiva, y que todavía me estimula a buscar y reflexionar. Creo que el alma de la bioética, su profunda identidad, reside en la capacidad de síntesis filosófica y teológica, propia de la reflexión interdisciplinar.

Por ello, en el encuentro circular y sinérgico de la razón filosófica y la fe se encuentra el núcleo y el centro de nuestra reflexión y es desde ahí desde donde se puede obtener el juicio ético, sintético y profético, que nos puede dar serenidad y objetividad.

Justo en estos días en que escribía estas reflexiones, el Santo Padre recordaba en la Audiencia General del miércoles 16 de junio, la

figura de Santo Tomás de Aquino, citando el pasaje de la *Summa Theologiae* en que se habla de la convergencia entre el orden natural de la ciencias humanas y del de “una ciencia superior, la ciencia de Dios y de los santos”. El Santo Padre afirmaba: “Esta distinción garantiza la autonomía tanto de las ciencias humanas, como de las ciencias teológicas, pero no equivale a una separación, sino que implica más bien una colaboración recíproca y beneficiosa. De hecho, la fe protege a la razón de toda tentación de desconfianza en sus propias capacidades, la estimula a abrirse a horizontes cada vez más amplios, mantiene viva en ella la búsqueda de los fundamentos y, cuando la propia razón se aplica a la esfera sobrenatural de la relación entre Dios y el hombre, enriquece su trabajo. Según Santo Tomás (me alegra este llamamiento de modo especial), por ejemplo, la razón humana puede por supuesto llegar a la afirmación de la existencia de un solo Dios, pero únicamente la fe, que acoge la Revelación divina, es capaz de llegar al misterio del Amor de Dios uno y trino. Por otra parte, no sólo la fe ayuda a la razón. También la razón, con sus medios, puede hacer algo importante por la fe, presentándole un triple servicio que Santo Tomás resume en el propósito de su comentario al *De Trinitate* de Boecio: Demostrar los fundamentos de la fe; explicar mediante semejanzas las verdades de la fe; rechazar las objeciones que se levantan contra la fe”.<sup>27</sup>

Deseo vivamente a este Centro de estudios universitarios, que pueda siempre contribuir a la construcción de un humanismo reconocible en la dignidad de la persona y en la plenitud de sus dimensiones, con la capacidad de iluminación y guía, en este milenio que apenas hemos iniciado.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup>Van Rensselaer Potter, Bioethics. The science of survival en Perspectives in Biology and Medicine 14(1) pp. 127-153, 1970. Al año siguiente, este artículo se publicó como primer capítulo del libro: Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs (N.J.) 1971.

- <sup>2</sup> Livi A. Il sistema aperto di S. Tommaso d'Aquino, en "L'Osservatore Romano" miércoles 2 de junio, p. 4
- <sup>3</sup> Congregación para la doctrina de la fe. Instrucción Dignitas Personae, sobre algunas cuestiones de bioética. Ciudad del Vaticano, 8.9.2008.
- <sup>4</sup> Congregación para la Doctrina de la Fe. Instrucción Donum Vitae. I, 1, AAS 80 (1987), 79.
- <sup>5</sup> Convención Americana sobre los Derechos Humanos. Pactos de San José de Costa Rica, 22 noviembre 1969, art. 4.
- <sup>6</sup> Dignitas Personae, o.c. nn. 5-6
- <sup>7</sup> Juan Pablo II, Carta Encíclica Evangelium Vitae. 25.3.1995. n. 57; AAS. 87 (1995) pp. 401-522; cfr. Congregación para la Doctrina de la Fe. Declaración sobre la eutanasia, *lura et bona* (5 mayo 1980). AAS. 72 (1980), 546.
- <sup>8</sup> Taylos CH., *L'età secolare*. o.c.
- <sup>9</sup> *Ibidem*. p. 12
- <sup>10</sup> *Ibidem*. p. 13
- <sup>11</sup> *Ibidem*. p. 13
- <sup>12</sup> *Ibidem*. p. 36
- <sup>13</sup> *Ibidem*. p. 36
- <sup>14</sup> Benedicto XVI, Discurso a los miembros de la Comisión teológica internacional (5.10.2007): "L'Osservatore Romano del 6.10.2007.
- <sup>15</sup> Comisión Teológica Internacional, *En busca de una ética universal: nueva mirada sobre la ley natural*. Librería Editrice Vaticana. 2009.
- <sup>16</sup> G. Cristaldi - G. Marcozzi - A. Petagine, *Genere*, Enciclopedia Filosófica, Ed. Bompiani, Milán 2006, vol 5, p. 4003; C. Vigna. *Intorno all'etica della differenza. Uomo e donna tra conflitto e reciprocità* en C. Vigna (curador) *Introducciones all'etica*. Milán 2001, pp. 231-253.
- <sup>17</sup> Butler J. *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*: Routledge, New York-London 1990.
- <sup>18</sup> Ver la exposición analítica del "Grupo di studio sulla Bioetica della rivista" *Aggiornamenti Sociali* de Milán, revista editada por los padres jesuitas, el 06.2008. pp. 421-444. El estudio justifica una forma de reconocimiento jurídico motivado por el sentido de solidaridad y del "cuidar al otro" sin poner en discusión la familia. Es una opinión que crea perplejidad.
- <sup>19</sup> Benedicto XVI. Carta Encíclica *Caritas in Veritate*. Libreria Editrice Vaticana. 29 de junio de 2009, n. 28.
- <sup>20</sup> Comisión Teológica Internacional. *Comunión y servicio: la persona humana creada a imagen de Dios*. La "Civiltà Cattolica" 2004, IV, 254-286.
- <sup>21</sup> Benedicto XVI, Carta Encíclica *Caritas in Veritate*, o.c. n. 48.
- <sup>22</sup> *Ibidem*.
- <sup>23</sup> Rifkin J. *La corsa verso la coscienza globale del mondo in crisi: la civiltà dell'empatia*. (título original: *The Age of Empaty*. 2010, trad. it. de P. Canton. Mondadori), p. 30. En el pasaje citado, Rifkin cita el Premio Nobel Frederik Söldy. Este

pensamiento “empático” se asemeja mucho a esa forma de ateísmo débil y sutil del que habla el filósofo Novak.

<sup>24</sup> Son los títulos de esta reconstrucción y de esta ideología de fondo panteísta irenista.

<sup>25</sup> Benedicto XVI. Carta encíclica *Caritas in Veritate* o.c. n. 69

<sup>26</sup> *Ibidem*. n. 70

<sup>27</sup> Audiencia general dedicada a Santo Tomás de Aquino, 16 de junio de 2010, en *L'Osservatore Romano*, con el título: *Per una visione larga e fiduciosa della ragione umana*. p. 7



# Bioética y economía de la salud. El médico, ¿humanista o economista?

*Raúl Garza Garza\**

## Resumen

En la Biomedicina, actualmente estamos acostumbrados a pensar que la ciencia y la tecnología son las mejores herramientas que podemos tener para el servicio y la atención médica de los pacientes. Hemos llegado al punto en que en nuestro trabajo se hace indispensable el uso de la tecnología, con su consecuente gasto de recursos económicos para la salud, que preferimos hacer los diagnósticos basados en esa tecnología como factor fundamental; dejando de lado y en ocasiones ignorando completamente lo que el paciente nos dice y nos muestra a través de un adecuado interrogatorio y la práctica de una correcta exploración física. Valoramos en tan poco la relación Médico-Paciente y sobrevaluamos tanto los hallazgos tecno-científicos, que optamos porque alguien más nos haga el diagnóstico y, basados en ese supuesto, decidimos actuar sin un conocimiento íntegro, fincando un diagnóstico en tecnologías que ni siquiera estamos seguros son las indicadas para plantear un tratamiento eficaz y un pronóstico válido. Por lo tanto, es necesario que el servicio y la atención de nuestros pacientes sean manejados por un profesional de la salud, que, junto con el enfermo tome decisiones, y que en verdad pueda conocer a la persona. Trabajando con integridad para que se respete la vida del paciente y su dignidad humana.

---

\* Director de Ética, Calidad y Seguridad del Grupo Christus Muguerza. Presidente del Instituto de Investigaciones en Bioética, A. C. Vocal del Comité de Bioética del Consejo de Servicios Especializados en Salud del Estado de Nuevo León. Profesor Titular de Bioética y Consejero del Centro de Bioética y Dignidad Humana, UDEM.

## Summary

In biomedicine, we are now accustomed to thinking that science and technology are the best tools we have to provide service and care for our patients. We have come to the point where our work depends entirely on the use of biotechnology, with the concurrent higher costs that undermines healthcare resources; so we prefer making diagnosis based on technological grounds, rather than or ignoring completely, what the patient has to say or what a trustful physical exam would teach us clinically. The value of a good physician-patient relationship means so little these days because of the empowerment of technological facts. It is usual to look for someone else to do the diagnosis, and decide using that information and not an integral clinical knowledge, we end up with a diagnosis based on tools we hardly know or understand. We do not trust our patient's indications regarding their problems, when we should be building a solid therapy and a valid prognosis, based solely on these grounds. It is necessary that healthcare service for our patients is given by health professionals who are willing to work with the patient, taking joint decisions, getting to know entirely that person, and working with integrity and with most respect for their lives and for human dignity.

*Palabras clave:* biomedicina, recursos económicos, relación médico-paciente, diagnóstico.

*Key words:* biomedicine, economic resources, physician-patient relationship, diagnosis.

## Introducción

La ciencia y el progreso tecnológico biomédico, con su desarrollo explosivo en la biología celular y las bases moleculares de la enfermedad, están aportando una nueva visión del cuerpo humano. Los avances científicos están desarrollando nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, que están cambiando el ejercicio de la medicina y su percepción ante la sociedad.

No decimos que anteriormente no hubiera progreso tecnológico en el campo de la salud, sin embargo, ha sido opacado y puesto en la penumbra por la brillantez de los descubrimientos de las últimas seis décadas y la promesa de lo que vendrá en el futuro, que está cada vez más cercano en cuanto a tecnología, pues los avances no sólo son sorprendentes, sino tan constantes y rápidos que ya nos acostumbramos, no a esperarlos, sino a exigirlos en demasía; de no ser así, desecharnos a tal o cual científico o institución porque sus resultados no cumplen nuestras exigencias. Parece que los tuviéramos para ser abrumados por sus adelantos tecnológicos, o para tener más tiempo y dedicarlo a pensar en los frutos económicos y materiales. Olvidando así nuestros deberes morales y responsabilidades con los enfermos, para lo cual hemos sido preparados, con el afán de brindar un buen servicio y la mejor solución posible a sus problemas.

La eficacia, la eficiencia y la rentabilidad, o sea, el costo/beneficio, se han convertido en los valores supremos, ya no son los fines los que determinan los medios, sino que los medios técnicos deciden y se justifican por sí mismos.

La técnica no soporta un enjuiciamiento moral, ni acepta limitación; se sitúa más allá del bien y el mal. El hombre se ha convertido en producto y criatura de la técnica, ha pasado de señor a esclavo. Configurando su personalidad bajo la influencia de dicha cultura, pasando ésta a ser una nueva religión; dirigiéndonos a un pasivismo absoluto y un consumismo constante, donde la publicidad se encarga de crear nuevas exigencias arbitrarias que “no es posible” dejar insatisfechas.

Esta tecnología que nos ha dejado muy atrás en nuestro nivel de actualización de conocimientos, nos ha permitido avanzar a pasos gigantescos en otros, por no decir “en todos” los campos de la medicina; obligándonos a cambiar nuestra forma de proceder en cuanto a innumerables problemas clínico-patológicos, modificando el enfoque diagnóstico, terapéutico o de pronóstico en su comprensión. Sin embargo, nos hemos rezagado ante las implicaciones

ético morales: nuestro proceder como médicos en la relación personal con los enfermos, nuestra actitud para con nosotros mismos, nuestro papel ante la sociedad y ante nuestros pacientes, que no sólo requieren tecnología de punta sino de profesionales de la salud con valores y responsabilidad, que velen por la integridad de su persona y la dignidad, de su vida, respetándola.

En nuestros días, la medicina se halla dominada por el modelo occidental de la alta tecnología, con el supuesto popular de que la medicina de «alta calidad» equivale a medicina de «alta tecnología». Esto es fomentado por el entusiasmo y la exigencia de médicos formados en las recientes tecnologías y dependientes de éstas; también afectada por los intereses de poderosas compañías fabricantes de la tecnología y su publicidad de la esperanza en los «milagros médicos», que aumenta la angustia de «máximos» que literalmente pone en juego la vida de las personas.

La Medicina moderna nos ha hecho olvidar la imperiosa necesidad de una correcta estructura de pensamientos concretos y de elementos indispensables para la realización de tal efecto. La vida actual, con su vertiginosa actividad y su comodidad en el desempeño de las obligaciones, nos ha puesto en una realidad muy lejana a la de anteriores generaciones de médicos, que con su actuar tranquilo y olvidado del tiempo transcurrido, lleno de suspicacias clínicas que permitían (con los recursos entonces a la mano, a veces muy elementales) llegar a los mismos diagnósticos que en la actualidad detentamos orgullosos. Más sin embargo, después de tres, cuatro o más citas en nuestra oficina; innumerables exámenes paraclínicos; y escasos cinco a diez minutos de atención real al paciente para interrogarlo fieramente (no comentar ni dialogar) acerca de su problema, si es que no lo hicimos llenar papeles y más papeles, con un cuestionario completísimo, pero carente de la personalización que individualice a nuestro enfermo y que lo haga pensar que es un enfermo y no sólo una enfermedad.

Con esto quiero dar un panorama de lo que la consulta médica y la relación médico-paciente representan en la actualidad. Para una

buena cantidad de médicos (espero que no la mayoría), que alentados y escudados en la imagen de la tecnología médica moderna anteponen ésta a lo que tiene no sólo mayor importancia, sino un valor fundamental; el contacto con el enfermo, escucharlo, explorarlo, orientarlo y esclarecer sus dudas con respecto al mal que lo aqueja, para emprender juntos el camino del combate a la enfermedad, ayudándolo a sobreponerse a su mal o acompañándolo en su larga o corta travesía hasta el desenlace final de su lucha (o nuestra lucha; de él y de nosotros) contra la agresión que sufre.

## **La economía en las ciencias de la salud**

La problemática que rodea a los factores de eficacia, eficiencia y relación costo/beneficio, está encaminada a velar por los recursos en el campo de las ciencias de la salud y establecer los mejores parámetros para que éstos se distribuyan lo más equitativamente posible y ayuden a la mayor parte de la población, institución, ciudad, región o país al que nos estemos refiriendo.

Los mecanismos que nos permiten diseñar este planteamiento ponen a la biomedicina en un contexto económico que permite un mejor mercado, encaminado a un servicio de salud que permite brindar calidad al menor precio posible. Sin embargo, lo que en estos últimos años hemos visto, es que las necesidades crecen, el gasto aumenta, y la calidad en salud se vuelve más raquítica y cada vez más difícil de alcanzar. Irremediablemente, la tecnología que nos abrumba no nos permite ser costo-eficientes, sino al contrario, parece que en cada momento el espectro del costo se libera, provocando que, a más tecnología, haya más gasto si uno quiere dar atención y servicio de excelente calidad.

Cuando disminuir gastos implica métodos diagnósticos o terapéuticos más baratos y se antagoniza con la idea de tecnología de punta y novedad farmacológica, ponemos en duda la efectividad de disminuir costos ante el posible beneficio que para el enfermo

significa lo caro, diciendo que ante el resultado, vale la pena el gasto extra. El razonamiento es muy sencillo, ya que es como forzar-nos a pensar en que es mejor una robustez económica que el bienestar y tranquilidad del enfermo, sus familiares, el personal de salud y la comunidad misma.

Como ya mencionamos, para el buen profesional de la salud es absurdo el anteponer un beneficio económico al bien del enfermo y es necesario ver la perspectiva desde el mismo enfoque de las ciencias de la salud, para contestar la pregunta: ¿realmente pensamos y creemos en lo que decimos?

Es importante reconocer este hecho porque de ninguna manera se pretende desacreditar los avances tecnológicos, sino mostrar algunos de los contrastes que se suscitan cuando, lejos de buscar los beneficios que nos ofrecen, nos valemos de ellos para evitar nuestro trabajo de diagnóstico clínico en el enfermo. Esto lo hacemos a veces por ignorancia o por exceso de confianza en los resultados, pero otras veces es sólo para alimentar nuestro ego o por el afán de comercio por lo que traicionamos nuestros ideales de practicar una medicina por el enfermo, para el enfermo, y al lado del enfermo y sus necesidades.

De ninguna manera es ético ir contra los principios de la medicina, que ante todo es un arte, arte científico si bien decimos, donde la artesanía del médico debe amoldar los conocimientos científicos y darles la debida importancia de acuerdo a los enfermos y no a las enfermedades.

De esta manera es necesario que nos interroguemos acerca de situaciones que pudieran estar distorsionando una realidad médica que, con la intención de proteger a los enfermos, está significando lo contrario:

¿No estaremos usando la tecnología como pretexto para someter a nuestros pacientes a un sinnúmero de estudios con la conciencia de tratar de ayudarlos, pero sin la certeza de estar haciendo lo más adecuado para ellos?

¿No estaremos estirando al máximo las posibilidades diagnósticas para justificarnos ante el enfermo y sus familiares por nuestro trabajo, para hacer más natural el cobro de nuestros servicios prestados?

¿No estaremos buscando copiar la costumbre generada en países donde es común el sobreuso de la tecnología médica diagnóstica, en razón de la necesidad de protección contra acciones médico-legales justas o injustas?

Con estas actitudes, ¿no estaremos provocando un rechazo cada vez más enérgico a la medicina y a los médicos por parte de los pacientes, que, no siendo fáciles de engañar, se dan cuenta de que nuestra actitud es más materialista que servicial?

Y lo más importante: ¿Estamos practicando la Medicina o estamos negociando con la Medicina?

Por otro lado, es necesario entender que en otros países donde los cambios relacionados con el costo/beneficio ya se han establecido y funcionan actualmente, los criterios usados para establecer las estructuras económicas necesarias son vistos con angustia por la sociedad, y han llevado a una pérdida de valores humanos en la atención a la salud. El beneficio para el enfermo se ha supeditado a la supervivencia de la institución, y los profesionistas de la salud consideran las necesidades de la institución, de los terceros pagadores o de la “medicina” misma (según ellos) por encima de las necesidades de los pacientes; contradiciendo, de esa manera, los valores humanísticos de la Medicina que sitúa a la relación médico-paciente como el centro de la atención a la salud.

Esto ha llevado a un descontrol real en las actitudes y de una sincera meta que muestra que los valores de la atención médica se han olvidado de la búsqueda del bien del enfermo, capturados en una ambición economicista de proteger su integridad accionaria, administrativa y fiscal a toda costa, en aras de una mejora continua de la calidad de vida. (Podríamos preguntarnos: ¿de qué o para quién?).

## **¿Estamos ante una crisis económica o ante una crisis moral?**

Cuando analizamos detenidamente lo anterior, se nos presenta el panorama actual como algo relacionado con la crisis moderna económica y existencial que nos lleva a la proclamación constante de los valores fundamentales de las sociedades del mundo moderno a principios del siglo XXI: Tener. Poder. Placer.

Max Weber nos invita a ver cómo, en el mundo actual, se ha producido un profundo y amplio desencantamiento en la racionalización de la existencia humana, apareciendo la tecnificación como toda una realidad. Weber proclama que la investigación debe prescindir de los valores y, por lo tanto, también desaparecen el juicio y la reflexión en el ámbito de las ciencias, logrando con esto una crisis de racionalidad. Sobre esto, Ortega y Gasset habla del hombre-masa, producto de la desmoralización radical de la humanidad. Mientras que Aranguren precisa que se ha llegado a una moral heterodoxa de la diversión, del bienestar (placer ante todo) y del consumismo; contrastando con la ortodoxia de la laboriosidad, el esfuerzo y el trabajo, encaminados al éxito.

La misma medicina está, como ya mencionamos, realizando estos actos contra la persona, deformando así su rostro, contradiciéndose a sí misma y degradando la dignidad de quienes la ejercen. La profesión del médico le exige ser custodio y servidor de la vida humana. Sin embargo, en el contexto cultural y social actual en que la ciencia y la medicina corren el riesgo de perder su dimensión ética original, los médicos pueden ser tentados a convertirse en manipuladores de la vida, olvidándose del compromiso de respetarla de forma absoluta.

Debemos valorar la importancia de la tecnología y pensar que su papel en el curar humano no desaparecerá. La tecnología merece respeto, ya que refleja logros profundamente humanos. Es necesario pensar y actuar de acuerdo a los parámetros de Rosso y Giacconi: 1.- La eficacia de nuevas tecnologías debe ser evaluada científicamente.

ficamente y en el medio ambiente donde será aplicada. 2.- Los estudiantes y los profesionales de la medicina deberán recibir una formación que les enseñe a usar la tecnología y no a hacerse dependientes de ella. 3.- La introducción de tecnología en un sistema de salud, deberá proceder paso a paso, progresando desde el equipamiento y los procedimientos menos sofisticados a aquellos más complejos. 4.- La tecnología que puede ser adquirida debería ubicarse en pocos lugares, estratégicos y 5.- Los gobiernos deben continuar enfatizando la atención primaria y la medicina preventiva, a la par que la modernización tecnológica, cuando esta última sea asequible.

## **El regreso de la ética: la bioética**

De forma indiscutible, la moral es una de las dimensiones fundamentales del ser humano, junto con el arte, la estética y la verdad. Estamos hablando de la moral en sus dos apreciaciones: por un lado la moral pensada, o sea, la ética y por otro, la moral vivida, o la relacionada a la reflexión acerca de la acción (el comportamiento). Sócrates (por medio de Platón) y Aristóteles, le dan a la ética su nacimiento como la ciencia del carácter (del *ethos*) y de las virtudes humanas: la ética nace de la persona y para la persona, tratando de enfocar la acción humana a través del conocimiento, la voluntad y la libertad a fin de establecer una decisión libre y responsable al momento de actuar y, de esa manera, saber, querer y hacer lo que consideramos bueno para los demás y para nosotros mismos, teniendo como resultado el SER.

Naturalmente, el sentido ético da lugar al hecho moral con una implicación personal dentro de todas las actividades humanas de cualquier índole: económicas, políticas, jurídicas, profesionales, culturales, etc. Por lo tanto, la persona es el principio y el fin de toda actividad humana. Por lo cual, todo acto humano es un acto bioético pues está relacionado con la vida humana —en resumidas cuen-

tas— y depende del *ethos* o personalidad moral, que en el mundo actual está muy desvalorada y debilitada.

¿Si la moral está desprotegida, tiende a desaparecer? No es posible asegurar que la crisis moral actual sea el fin de la moral, sino más bien una rehabilitación de la misma. Una búsqueda de adecuación dentro de los parámetros de la humanidad que permita que aflore su raíz y vuelva a llenar ese vacío ético que la permisividad ha dejado, para colmarlo de responsabilidad. Si la ética está ahora en el centro de las discusiones humanas en cualquier contexto, significa que se le echa de menos, que se anhela su regreso y se llora su ausencia. Vuelve como una posibilidad real de proteger nuestro futuro. Sin embargo, es necesario retomar nuestra responsabilidad individual de que esto se lleve a cabo en la mejor forma posible.

El momento actual es particularmente apropiado para que nos situemos en la realidad moral y hagamos frente a este regreso de la ética: La bioética. Analizando la posibilidad de retomar la búsqueda de los fines y no quedarnos solo en los medios; la insistencia en necesidades mundiales que implican acciones y esperanzas globales y principalmente, la perspectiva de reconocer el verdadero valor del ser humano como persona, pero con equidad en relación a todos los hombres, en todo el mundo.

## **Propuesta para este nuevo milenio**

El año 2000 nos mostró la puerta abierta al nuevo milenio y nos enseñó la necesidad de pensar universalmente; de tomar al ser humano no sólo como al que veo y tengo frente a mí, sino como todo aquél que existe en este planeta, y nos enseñó a pensar insistentemente en la globalización de todo esfuerzo, tendiente a mejorar la vida en nuestro mundo, situación que radica dentro del tema que hoy nos ocupa: la Economía y los recursos en el área de las Ciencias de la Salud.

Esta globalización requiere de que se entienda el concepto de “interdependencia humana”, de la necesidad de una socialización organizada de tal forma que tome en cuenta la creación de sistemas humanos en el sentido más amplio, que permitan desarrollar proyectos propensos a la distribución equitativa de los recursos del planeta.

Es necesario un dinamismo moral que permita una interacción que sea reveladora de una nueva sensibilidad bioética, requerida para establecer una equidad en la aplicación de los recursos de salud a todos los hombres y, que las distintas naciones se adecuen a una globalización que, por un lado no coarte sus libertades individuales, y que también respete responsabilidades de tipo ecológico, económico y de justicia social administrativa. Una verdadera ética universal de la persona, que sea capaz de velar por el comportamiento humano alrededor de todo el mundo.

Se requiere un direccionamiento global promotor de la vida humana, de la dignidad ontológica de cada persona, y una valoración adecuada de lo que salud significa en el contexto globalizado de aperturas económicas y de obligaciones de justicia distributiva.

Esta moral planetaria debe definir, ante todo, el principio de solidaridad por el cual se entienda que esa justicia social distributiva sea para todos los seres humanos, en especial, para los más necesitados, y esto entendido como una relación entre desiguales, asimétrica en apariencia, pero con la necesidad de unir dos asimetrías: la social-económica y la ético-moral, para de esa manera, transformar la historia actual en bien de toda la humanidad. Así, como menciona Küng, tendríamos: “un criterio ético fundamental por el cual el hombre no puede ser inhumano, sino que ha de vivir en forma humanamente racional”.

En el campo de las Ciencias de la Salud, estaremos más preparados con esta moral universal si entendemos que nuestro papel como profesionales del equipo sanitario es que nos debemos más que a la tecnología, más que a las instituciones de salud de cualquier tipo y más que a nuestras expectativas personales. Nos debemos al enfermo globalizado, al ser humano capaz de buscar la ayu-

da necesaria para restituir su salud; y enfrentarnos a éste con la intención, no sólo de ofrecerle nuestra ayuda, sino de comprenderlo, de hacerle entender que no siempre podemos curarlo, de que en ocasiones sólo podemos aliviarlo, pero de que siempre estaremos dispuestos a consolarlo y acompañarlo.

Es el médico quién debe ser capaz de orientar al enfermo: le compete determinar la oportunidad de la tecnología a usar, y ser guía de la conciencia del paciente desorientado entre los medios de comunicación, las revistas de salud, los consejos de los familiares y las experiencias de los amigos. El médico de mañana no debe permitir que se le adelanten, recordando que siempre, por encima de la tecnología, está un hombre que sufre y que la evaluación última de la bondad de una tecnología; debe ser el bien total del hombre.

Lo que parece absurdo e incongruente es llegar a la conclusión de que cualquier conocimiento o avance tecnológico-científico es inocuo y que en el campo de la investigación todo es válido y aceptable. Lo importante no es saber cada vez más sino tener en cuenta hacia dónde se dirigen esos conocimientos, qué fines se pretenden con ellos, cuáles son sus efectos y con qué procedimientos se consiguen.

El primer paso para la humanización de la técnica consiste en recuperar la dimensión teleológica, o sea, buscar la finalidad de nuestros actos, pues lo importante no es avanzar sino saber a dónde nos dirigimos, qué metas pretendemos y cuáles son sus efectos y consecuencias.

En función de una antropología científica pura no queremos un médico autómatas drogado por la tecnología, sin autonomía ni responsabilidad, pasivo y obediente a lo que se le presenta. Con un ansia por poseer bienes materiales, que le roba su paz y felicidad interiores, indiferente al porvenir, con la mirada puesta sólo en el beneficio personal e inmediato, así como ciego e insensible a la dimensión de la vida y la dignidad humana.

Debemos ver la realidad futura como un reto, no de uso y abuso de la tecnología, con el sólo propósito de llegar a un diagnóstico

o un tratamiento adecuado, sino de una reflexión acerca de la necesidad de esa tecnología y de esos costos. Debemos dimensionar la realidad de la Medicina y usar todo lo que la ésta, como ciencia y como arte, nos ofrece; Buscar la humanización global de las Ciencias de la Salud por el bien último del hombre.

## Referencias bibliográficas

- ROSSO, P. y GIACONI G.,J. Tecnología Médica en Países Industrializados y en vías de Desarrollo: Política de Salud y Valores. *Medicina y Ética* 1991, 3: 309-316
- GARZA, R. "La Distorsión en la Información Médica". *Medicina y Ética* 6, núm. 3 (1995), pp. 311-332.
- LÓPEZ AZPITARTE, E. *Ética y Vida: Desafíos Actuales*. 2a. Ed. Ediciones Paulinas, 1990, pp. 53-58,
- HUG, J.E. "Avances Tecnológicos en las Ciencias de la Salud y sus Repercusiones Ético-teológicas". *Medicina y Ética*, 3, (1991) pp. 287-307.
- GARCÍA ROMERO, H. *Ética, Medicina y Biotecnología Aplicada*. Bol Comis Nac Bioet México. 1994, 1: 10-11.
- LEONE, S. "Ética de las Tecnologías Instrumentales en Medicina". *Medicina y Ética*, 4, (1992), pp. 473-483.
- S.S. JUAN PABLO II. "Carta Encíclica *Evangelium Vitae*". Documentos Pontificios 44. 25 de Marzo de 1995.
- O'ROURKE, Kevin. *Medical Ethics*, Vol.II. CHA, 1989.
- JECKER, Nancy S., et al. *Bioethics*. Jones and Bartlett Publishers, 1997.
- GARZA, Raúl. *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles*. Editorial Trillas, México, D.F., 2000.
- GARZA, R. y cols. *Justicia Alternativa Médica*, 2ª. Ed. Serie MASC. Facultad de Derecho y Criminología, U. A. N. L., Nuevo Siglo Ediciones, 2006.



# Identidad moral y libertad en la persona humana

*Ramiro Alonso Pando\**

## Resumen

Este trabajo se propone dilucidar el intrincado problema de la identidad moral, ante la desorientación y difícil interpretación que las ciencias humanas, incluida la medicina, han intentado. Nuestros primeros antepasados cifraron su identidad en la supervivencia, la seguridad y la pertenencia. Las creencias místicas dieron un matiz particular a la configuración moral de las sociedades.

En la Edad Media y en tiempos posteriores, el cristianismo tuvo una preeminencia importante. Así fue luego en el Renacimiento y en las etapas posteriores a la Revolución Francesa. En la postmodernidad asistimos al ataque de toda norma moral. El hombre ha ido perdiendo noción que quién es él mismo. Numerosos pensadores han alertado al hombre de su tiempo para hacerle volver a su esencia: el correcto uso de su libertad para lograr su autorrealización. Han surgido diversas corrientes de pensamiento de los que derivan diversos conceptos antropológicos. La moralidad humana no obedece a estructuras. Proviene de íntimas experiencias educativas, determinando lo bueno y lo malo, y generando así la identidad moral.

A la luz de estas reflexiones descubrimos, como de manera nueva, las repercusiones que se derivan del rumbo que nuestra sociedad está tomando ante dilemas morales acuciantes como el aborto y la eutanasia.

---

\* Médico Cirujano Plástico, UNAM., Maestro en Bioética, Universidad Anáhuac, México.

## Summary

This work tries to clarify the complex problem of the moral identity, before the disorientation and hard interpretation of those human sciences, medicine included, were tried. Our first ancestors pinned their identity in survival, safety and membership. The mystic belief gave a particular nuance to the moral configuration of the society.

In the Middle Ages, and in the subsequent times, Christianity has a significant preeminence. It was the same in the Renaissance and so in the French Revolution and subsequent times. In post modernity we attend the attack to all forms of moral regulation. Men have lost all sense of who are themselves. Several thinkers have proposed to the men at their time, to be in alert about come back to the basics: the correct use of their freedom to achieve the self realization. Many schools of thought came up and with them several anthropological concepts. Human morality do not depend in social structures. It comes from educative experiences, establishing what is right and what is wrong, and creating the moral identity.

In the light of these reflections we discover, like a new way, the repercussions derivated of the modern societies' choices before gnawing moral dilemmas like abortion and euthanasia.

*Palabras clave:* Identidad moral, antropología, valores morales, principios

*Key words:* moral identity, anthropology, moral values, principles

Dentro de las múltiples facetas que constituyen y definen al ser humano, la identidad es quizá, el rasgo más arduo por determinar y el que presenta los más acuciantes ángulos para interpretación y vivencia. Hasta hoy, los métodos de estudio han dejado claro el no poder conciliar las diversas teorías y tesis invocadas con el fin de intentar, siquiera, formalizar una explicación medianamente satisfactoria para una cuestión que afecta esta área vital de la persona.

Referencias muy tempranas en la cultura oriental aluden al tema y dejan patente la preocupación histórica por el mismo.<sup>1,2</sup> Son bien conocidos los diferendos al respecto de la interpretación de la identidad en los múltiples campos de estudio del conocimiento humano. La multiplicidad de las referencias sobre este escabroso tema dan una muestra fehaciente de lo que ni la Filosofía<sup>3,4,5,6</sup>, la Psicología<sup>7,8,9,10,11</sup>, el Derecho<sup>12,13,14,15,16,17</sup>, la Antropología<sup>18,19,20</sup>, la Lógica<sup>21</sup>, la Educación<sup>22</sup>, la Sociología<sup>23,24,25,26,27,28,29,30,31,32</sup>, la Teología<sup>33,34,35</sup> y la Bioética,<sup>36</sup> han podido uniformizar.

La Medicina, desde luego, no se ha visto exenta de involucrarse en el problema, pues ha concitado gran parte de la confusión. Mayormente en los campos de investigación de la endocrinología, de la genética, la psiquiatría y, con mayor popularidad, en la cirugía plástica y reconstructiva. En donde se han cometido graves errores de juicio, tratamiento y procedimiento durante el abordaje de ciertos casos que definen perfectamente los problemas de identidad: las mal llamadas “reasignaciones o cambios de sexo”.<sup>8,9,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52</sup> Por lo visto, y como se tratará de dejar claro a lo largo de este trabajo, quedan aún demasiadas cuestiones pendientes que puedan avalar si es que debemos continuar preguntándonos acerca de qué es lo que constituye, en realidad, la identidad humana. Las cuestiones primordiales, desde luego, no son fáciles de dilucidar y, menos aún, de explicar. De acuerdo con las ideas de Quine —las cuales avalan muchos filósofos—: “El criterio de identidad es requerido para una respetabilidad ontológica, pues solo las entidades que poseen determinados criterios de identidad son ontológicamente aceptables”.<sup>11</sup>

El problema de fondo, en cuestiones de identidad, se ha acrecentado gracias a la voraz inquietud que surgió hace décadas —y se ha mantenido hasta hoy— en el vasto universo particular de las ciencias biomédicas. Donde a través de los enormes avances científicos y tecnológicos habidos en los campos de la genética, prácticamente han iniciado a desentrañar los secretos del genoma, comparado con el último reducto del *manual de instrucciones del ser humano*,

pero que puede llegar, con pasmosa tranquilidad, al odioso extremo de promover la aniquilación de embriones humanos (que son, justamente, el inicio de la identidad como seres humanos), la eliminación de personas ancianas o disminuidas y los cambios de sexo antes mencionados.<sup>52</sup> Sin embargo, existe una serie de elementos que impide la disolución identitaria absoluta y, que anclan al sujeto en una determinada identidad personal, que en la postmodernidad parece haber sufrido, desde un principio, la tensión entre la individuación radical, la libertad y autonomía humanas y la disolución posterior de esa individualidad en la complejidad y la transformación constante que parece estar en alta demanda en la vida social actual.<sup>53</sup>

Ahora bien, el tema de la identidad moral de ninguna manera se considera nuevo, pero adquiere, en la situación particular que vive el hombre en un mundo que le es impersonal y agresivo, rasgos de exquisita delicadeza que necesitan dilucidarse mucho más. Ese es, precisamente, el propósito de este trabajo: elaborar un análisis retro y prospectivo del *conundrum* (problema intrincado) de la identidad moral en el ser humano. Las reconstrucciones antropológicas de las etapas más primigenias en la historia del hombre nos muestran que los primeros seres humanos ya se habrían enfrentado, quizás sin saber interpretarlo así, con realidades perentorias de vida. Entre ellas, la primera debe haber sido, con toda seguridad, la adquisición de una identidad básica que integrase, firme y definitivamente, su ser personal dentro de un clan con creencias, costumbres y técnicas propias y estables que le diesen una seguridad mínima. No había un lugar específico para consideraciones místicas superiores; esto vendría mucho tiempo después.

Estos antecesores de nuestras diversas razas no poseían —por decirlo así— otra identidad moral que no fuesen el pensar, planear y realizar las actividades necesarias que le condujesen, rápida y efectivamente, a la supervivencia y la seguridad personal y de su prole dentro de un grupo identitario. Esto les aseguraba fuerza gregaria, cobijo y sustento energético, que posteriormente garanti-

zaron los conocimientos básicos que desarrollaron mejores ideas y técnicas, así como el comienzo de un pensamiento místico, que fue acaparado y regido por la presencia y la insondable riqueza experiencial del anciano, el curandero o el chamán, quien ocupaba el lugar de privilegio e interpretaba y digería las normas o recomendaciones generales básicas al grupo.

Estas nociones de lo que pudiera identificarse como un “comportamiento moral rudimentario” se obedecían sin reproche, desde el líder más fuerte al más pequeño, pues significaba para ellos, sencillamente, la diferencia entre la vida y la muerte o bien algo peor: la expulsión del clan y la necesidad de vivir, descastado, en forma nómada y en constante peligro.

Recientemente se ha descubierto, en sus entierros, que poseían unas cotas de respeto y ternura hacia sus muertos que evidencian ya la posesión y desarrollo de un concepto superior. Así como de unos cuidados particularmente esmerados hacia los ancianos y los niños, que sugiere la aparición de sensibilidades e ideas superiores (¿morales?). La expresión de sus mentes, en las herramientas y en el arte que produjeron, revela que no eran tan primitivos como alguna vez pensamos. Se regían por un claro sistema de alianzas y solidaridades, basado en creencias, historias y mitos, que les abrió la posibilidad de expandir sus capacidades cognitivas y les proveía, en forma confiable, de un fuerte grado de unidad que claramente sobrepasaba a su precaria condición biológica.<sup>54,55</sup>

Son bien conocidas las primeras experiencias místicas que empezaron a darse entre aquellas tribus que, aprovechando las vías que les presentaba el invierno en el estrecho de Bering, se animaron a migrar y poblar las extensas regiones de Norte, Centro y Sudamérica. En las primeras se dio una forma de relación directa con sus divinidades —relativa al dios *Manitou*— muy común entre tribus como los sioux, navajos y pies negros, apaches y comanches, mescaleros, chirichuvas y seminolas. De pueblos más civilizados, como los mayas, mexicas, olmecas, toltecas e incas, se conservan aún su ciencia, creencias, costumbres y monumentos dedicados a

dioses como Quetzalcóatl, Coatlicue, Tláloc, Huitzilopochtli o Inti. Entre estos últimos, las referencias místicas superiores fueron mucho más abundantes, fuertes y poderosas, frecuentemente acompañadas de brebajes y sahumerios, para allegarse a una mayor claridad de conceptos.

Aunque recurrieron al sacrificio humano, a manera de ofrenda hacia un supuesto requerimiento divino, eran tiempos en los cuales el disponer de vidas y de personas (esclavos) fue el comportamiento moral aceptado y normal. El choque tan brutal con civilizaciones diferentes, poseedoras de estándares morales tan opuestos, debe haber provocado un caos tan enorme que, muy probablemente, haya originado la ruina y la posterior desaparición de estas grandes culturas.

He aquí que aparecieron en el horizonte histórico cinco grandes pueblos, cuyas otras tantas civilizaciones de élite marcaron, para siempre y en demasiados aspectos, la historia moral de la humanidad. Sumeria, Alejandría, Atenas, Roma e Israel constituyeron, en su tiempo, los centros de cultura que procuraron imitar todos los pueblos que fueron expuestos a sus influencias (filosófica, política o militar). Y lo fueron porque, por vez primera en la historia, en cada uno de ellos se dieron códigos, como un intento formal de normar el comportamiento humano.

Conocemos los códigos de Hammurabi, Ibn-Sinna (Avicena), Hipócrates, Higeia y Galeno, la filosofía de Sócrates y Platón, el derecho romano y otros. Pero fue en Israel en donde nació la doctrina moral que transformó el comportamiento humano en forma radical, pues trocó el estricto enfoque normativo de la rígida ley judía en la religión del amor, el perdón y la caridad, como norma moral por excelencia.

En la Edad Media, a pesar de las graves disputas entre los ámbitos terrenal y eclesial y de las viejas ambiciones de los gobernantes por nombrar Papas y Obispos afines a sus propósitos de poder, se reafirmaron las normas del Dios cristiano y fueron rectoras de vidas y proceder, afirmándose en toda Europa, como lo ejemplifi-

caron las reglas de los Caballeros Templarios y los de San Juan, las órdenes mendicantes y las monásticas. En el Renacimiento no cambiaron demasiado las cosas, aunque ya se empezaba a buscar la verdad por las vías del esoterismo. Durante el Iluminismo y, posteriormente, en las Revoluciones Francesa e Industrial, la identidad moral ya había cambiado en forma radical, pues a Dios se le había obviado de las vidas de las personas y primarían la razón, el poder o el dinero.

En la postmodernidad las cosas han cambiado de nueva cuenta, aunque de forma diferente, pues hoy puede apreciarse, con toda normalidad y aquiescencia, que cualquier referencia a un Dios o a una norma ético-moral es conveniente y persistentemente atacada y relegada de las vidas de gran parte de la sociedad y su quehacer diario. Ahora esta tendencia obedece o responde a demandas sociales de una supuesta autonomía, justicia y beneficencia que disfrazan u ocultan intereses políticos y monetarios de las ciencias biomédicas y de intereses subversivos de colectivos de moda que conviene tener en la bolsa de los votantes.<sup>52</sup>

François de la Rochefoucauld mencionó que: “Nos hemos acostumbrado tanto a escondernos de los demás, que terminaremos siendo un misterio para nosotros mismos”. Quizá esto mismo era a lo que se refería Scheler, años después, cuando vaticinaba que: “En la historia, ésta es la primera vez que el hombre se ha vuelto universalmente problemático para sí mismo... No sabe quién es y se da cuenta de que ya no lo sabe... Este contexto de pérdida de identidad es una de las tareas más urgentes de nuestro tiempo”.<sup>6</sup>

Chesterton debe de haberlo intuido también por analogía, pues nos recordaba que: “El loco no es aquel que ha perdido la razón, sino aquel que lo ha perdido todo, salvo la razón”.<sup>56</sup>

En el tema de la identidad, hay una amplia variedad de autores. Vila-Coro, por ejemplo, nos habla de que: “El genoma —dentro de la unicidad embrionaria— es evolutivo, y de ahí que se deba respetar la obvia necesidad de un derecho a la identidad en el ser humano primigenio y garantizar su ejercicio, puesto que afectar la

continuidad de ese proceso de identidad es una intromisión injustificable”.<sup>57</sup> Existen pensadores preclaros, como Sanfélix, que, entre otras cosas, escribió: “Las sociedades de un capitalismo avanzado, sociedades de masas pobladas de individuos anónimos, tienden a generar personalidades moralmente anémicas”.<sup>58</sup> Otros, como Revilla, insisten en este tema: “[La identidad personal en la modernidad parece haber tenido, desde el principio, esta tensión entre la radical individuación, libertad y autonomía del sujeto y la disolución de esa individualidad en la complejidad y transformación constante que sufre la vida social en este momento histórico]”.<sup>53,59</sup>

No podíamos haber tenido dos opiniones más acertadas sobre lo que pasa en la sociedad mundial actual. Sin embargo, los problemas de identidad moral relacionados con la libertad fueron, quizás, observados por Leibniz desde 1704, quien decía con humor: “Nuestro conocimiento de la moral y la aritmética es innato, pero como la moral es más importante que la aritmética, Dios le ha dado al hombre instintos que le conducen, sin razonar, a una parte de lo que la razón manda”.<sup>60</sup> Con esto implicaba que existía una obvia intervención divina sobre el pensamiento humano. Años más tarde, Darwin plantearía un razonamiento análogo: “Un hombre sin una creencia en un dios personal o una existencia futura retribuida sólo puede tener, como regla de vida, el seguir los impulsos o instintos que le sean más fuertes o le parezcan mejores”. O sea, que su planteamiento implicaba que sin una intervención divina no podía haber un ordenamiento moral posible en el hombre.<sup>61</sup> Esta valoración fue aceptada, por muchos años, sin duda ni contestación alguna.

Sería un seguidor de Darwin, TX Huxley, quien influenciaría el curso del pensamiento dentro de la biología (casi por dos siglos) cuando expuso, en 1893 su enfoque: “Las leyes y preceptos morales tienen como fin dominar los procesos cósmicos y recordar al individuo su deber con la comunidad, a cuya protección debe, si no la existencia misma, sí al menos la vida propia de algo más que un salvaje”.<sup>62</sup> Daba a entender, con ello, que nuestra capacidad de

reprimir lo malo y fomentar lo bueno mediante un sistema ético no era más que una simple creación humana.

Rousseau iría más allá al introducir la referencia a la libertad: “El hombre tiene una diferencia de grado con el bruto..., no es tanto el entendimiento la diferencia, sino la cualidad de su actuación libre... La naturaleza imprime sus mandamientos en todo animal y este obedece... El hombre recibe el mismo impulso, pero se conoce con la libertad de asentir o resistir”.<sup>63</sup> No podemos sino considerar muy magra, entonces, la diferencia entre un bruto y un ser humano, sobre todo cuando viene de un pensador clásico. Algunos años más tarde, Sartre inauguró la corriente existencialista (que arrebató a la sociedad) y la glorificación de la que llamo *libertad porfiada* cuando llegó a afirmar, no sin gran descaro, este planteamiento: “Aunque el Eterno me hubiese mostrado su rostro, me negaría a escucharle, porque soy libre, y contra un hombre libre ni el mismo Dios puede nada”.<sup>64</sup> Puede decirse que, en el fondo, no le faltaba razón, pues es obvio que la barrera que un hombre oponga a Dios será respetada siempre por éste, por respeto supremo a la libertad con que dotó a aquel. En este sentido, conviene considerar la acertada opinión señalada por Lucas, en cuanto a que: “El verdadero problema del existencialismo no es el de Dios, sino la imposibilidad real de conciliar su existencia con la libertad humana”.<sup>65</sup>

Parece válido comentar ahora que la libertad del ser humano extendió, aún más, las brechas del conocimiento de su propia identidad moral y, con ello, contribuyó a empantanar el pensamiento acerca de estos temas, pues uno de los baluartes contra el conocimiento es el entendimiento de la libertad por la vía del empecinamiento, la necedad y el absurdo. El cristianismo ha considerado desde siempre (y especialmente en palabras de sus pensadores más recientes, como Gafo) que: “La fe no suprime a la racionalidad, sino debe tomarla como punto de partida en el tratamiento de los temas morales; el discurso racional ético es fundamental para una bioética católica”.<sup>66</sup>

El verdadero problema o impedimento para ir vislumbrando el origen de nuestra identidad moral es, precisamente, la visión de corte libertario que ha ido instalándose y madurando en la sociedad occidental. A pesar de estar iniciando el siglo XXI, pareciera que nos contentamos con pervivir en las reminiscencias de un existencialismo ya superado, creyendo que la libertad será siempre el principio formal suficiente para toda idea y acción moral humana. Todo aquello que se considere proveniente de un pensamiento liberal tiene vía amplia para realizarse sin acotamiento alguno y, por esta misma vía, será considerado intrínsecamente moral, ético y legal, llegándose a demandar como un derecho social ineluctable. Y como prácticamente el único precepto moral en la sociedad actual es el criterio de libertad, podemos decir entonces que se le están negando al acto humano tanto el objeto como la intención y las circunstancias y, por ende, que todo es válido.

Se ha vuelto la mirada hacia aquella vieja consigna, emanado de las hordas populares surgidas de la Revolución Francesa; “dejar hacer, dejar pasar”, con toda la carga moral negativa que trajo a las generaciones posteriores en cuanto a la pasividad moral social. No obstante, hay que dejar perfectamente claro que los valores no cambian; quienes cambian, desgraciadamente, son las conciencias humanas que —por las razones que fueren— han comprometido la escala de esos valores en forma tal que han causado despropósitos de la gravedad y trascendencia de los que hoy se dan, tanto en las ciencias como en las leyes.

Desde nuestro punto de vista, el problema de fondo no radica en cuestionar la libertad humana, sino en determinar que estas “neo-concepciones” de libertad —únicas del hombre actual— ven a la libertad como una simple autodeterminación (o autosuficiencia) y no como lo que en realidad debiera ser: una capacidad de autorrealización en relación y cooperación abierta con otros seres humanos, o sea, como una gran oportunidad hacia la auto-formación moral.<sup>67,68,69,70</sup> Por eso no se entiende (a menos que se deba a la comodidad que ello produce) el porqué una persona prefiera, inde-

fectiblemente, por entender su libertad por el lado de la autodeterminación (misma que, por su innata insuficiencia, no puede conducirlo a otra situación de crecimiento) y no optar por buscar un futuro más diversificado (o más versátil en cuanto al crecimiento de su persona), que sí podría ofrecerle el tipo de libertad entendida como autorrealización.

Puede decirse que el primer modelo de persona, buscado por el movimiento deconstructivista, le garantizaría a éste obtener un “producto” ideal y a modo, carente de toda orientación real, sobre el cual maniobrar para cambiar la sociedad. Un ser eminentemente reactivo —aunque insuficiente— que vive fijo en la ignorancia de una capacidad superior y en la necesidad de sentirse en ejercicio de elegir lo que mejor le parezca. El segundo modelo, muy por el contrario, le permite, en primera instancia, darse cuenta de su imperfección como persona, reevaluar su vida o estado moral previo, liberarse y colocarse en el camino para buscar mejorarse —en múltiples aspectos— a través de una continua introspección consciente. Quien no acepta este segundo modelo de libertad, que sólo se acota para lograr una superación personal, no acepta razones para cambio alguno en su proceder y es campo abonado para teorías que, en el fondo, atentan contra el mismo ser humano, como hemos elaborado en trabajo previo. Tampoco aceptará aquellas normas o principios morales que comprometan su derecho a la libertad y preferirá someterse a la pasividad más patética con el fin de justificar (y preservar a toda costa) su “falta de energía moral”. A esto contribuye, de manera muy precisa, la interpenetración conceptual que se ha tejido entre el evolucionismo (que engendró al reduccionismo biologicista), el relativismo y otras tendencias, como el liberalismo a ultranza, que han propiciado la secularización moral contemporánea.

Sabemos que, de acuerdo al tipo de antropología que se invoque como base para interpretar los diversos aspectos de la vida humana, serán los conceptos que se usen para el estudio y valoración de sus actos en la sociedad, para darle el valor que merece ante teorías

de la ciencia o abusos de la ley; en suma, para defender el respeto a su dignidad. Pues bien, además de libertaria, esta llamada “aldea social mundial” parece vivir felizmente inmersa en el más crudo reduccionismo, que le ha provisto de las ideas de un proyecto educacional basado en una antropología de corte biologicista, que se ha desarrollado al margen —y muchas veces en contra— del mismo ser humano, al que dice servir. Se trata de un proyecto cuyo objetivo es reducir todo lo relativo al ser humano a una escala prácticamente zoológica, en donde no exista, se invoque o respete una consideración moral de ninguna clase. Sus argumentaciones son generalmente empíricas, cargadas de ideología y siempre proclives al sesgo político, al mandato de la economía industrial transnacional o a las demandas de colectivos sociales reivindicativos, que se mueven a través de la presión del llamado *lobbying*, o cabildeo, en donde siempre primará el pensamiento políticamente correcto.<sup>52,71</sup> Esto es lo que Sgreccia ha dado en llamar *silencio antropológico*, o sea, entender y maniobrar conceptos éticos sin considerar, paradójicamente, al hombre como su centro y sujeto de estudio.<sup>72</sup>

Ruiz de la Peña había considerado los efectos deletéreos de lo que él ha querido denominar como *nuevas antropologías* cuando dijo: “El proyecto de reducir lo humano a una escala zoológica dista en mucho de contar con la anuencia generalizada de los especialistas; si se llega a admitir la equiparación del hombre con el animal, desaparecerían tanto la libertad como la responsabilidad y la ética”.<sup>73</sup> Es claro que los favorecedores de integrarse a los niveles zoológicos no han previsto esto último, pues los efectos de lo que propugnan —con tanta vehemencia— ya se dejan sentir desde las altas esferas de la ciencia y el poder público hasta los estratos sociales medios e inferiores. Puede verse, muy claramente, la intención que subyace a este tipo de valoraciones antropológicas postmodernas. Que, mediante los recientes intentos de deconstruir a la persona y su edificación moral, proponen la creación de lo que podríamos muy bien llamar un “tercer hombre nuevo”. Una verdadera quimera intelectual, que se revela a través de la ideación autopoiética de

otro ser fuera de la misma persona, a expensas de la destrucción de todos los conceptos lingüísticos conocidos, buscando lograr un lenguaje que, creándose y recreándose conceptualmente, se constituya en una personalidad o identidad diferente cada vez que lo requieran sus ilusiones.

Ello se vería como una manera diferente de ser uno mismo en diversas etapas o necesidades de la vida personal. Esto se detecta en los pacientes transexuales, que viven un estado de psicosis de tipo paranoide en el que aseguran “estar en el cuerpo del sexo que no son” y, por tanto, abominan constantemente de sus genitales, buscando removerlos a toda costa. Este tipo de pacientes (que no dudamos pronto se excluirán también del DSM o compendio de las patologías mentales) se consideran, dentro de la clínica psiquiátrica, absolutamente refractarios a cualquier tratamiento.<sup>51</sup> Intuimos las razones por las cuales interesa excluirlos de la notación de enfermedad, que pueden leerse entre líneas.

Intentando hacer un balance somero acerca de las evidencias hasta ahora recogidas al respecto de la identidad moral humana, podemos decir, según nuestra visión particular, que:

La moralidad humana no obedece a estructuras mentales y/o conductuales diseñadas al amparo de una religión, ideología, sistema social, educativo o filosófico determinados,

Proviene de íntimas experiencias educativas de vida personal y familiar ante determinados sucesos de vida que van marcando el pensamiento y el proceder de la mente,

Determinando en la conciencia diversos juicios de valor acerca de la bondad o maldad de ciertas instancias de vida que no quisiéramos sufrir ni ver sufrir a nadie, y

Generan el sentido particular de justicia, que cada uno elige aceptar, rechazar o ignorar, y

Va diseñando, así, la identidad moral tan específica (y libérrima) de cada persona.

Según Ayala, las evidencias nos llevan a considerar que así es como surge el discernimiento ético: “Como un atributo universal y

privativo del ser humano, que no es resultado de una mera evolución biológica, sino del refinamiento exquisito de las capacidades intelectuales y volitivas necesarias para un comportamiento ético”.<sup>74</sup> Deja bien claro que debe necesitarse un análisis racional para poder actuar libre y éticamente.

A nuestro entender, este discernimiento ético ha ido capacitando los juicios de nuestra identidad moral, en su variante normativa, la cual parece nacer en la mente desde etapas muy tempranas en la vida e irse madurando de una forma gradual, inherente —o esencial— a una persona que, a través de los años, mantendrá (si así lo desea) una vía de perfeccionamiento de su naturaleza (su ser) inacabada, incompleta, en camino. Esta supracapacidad, única del ser humano, le confiere una dignidad superior en forma de valor o bien moral (el llamado *ethos* particular de cada persona), que representa la necesidad de adoptar al deber-ser como la norma confiable, estable y deseada para regir al pensamiento y comportamiento personal. Ese bien moral es el valor intrínseco que guía o induce a que el deber-ser se acepte o no libremente, y va sugiriendo (a través de evidencias morales que constituyen nuestro *imprinting* moral temprano), a respetar esa dignidad-valor de todo ser humano y en toda situación de vida, sin excepción.

Pero en la filosofía moral ha habido quienes pensaron que sólo la razón debía de ser la base a la cual se remitiera todo juicio moral. Como Rachels —también darwinista— que lo vio de este modo: “La moral estriba, primero y ante todo, en consultar la razón; lo que la moral exige hacer, en cualquier circunstancia, es aquello para lo cual tenemos las mejores razones”.<sup>75</sup> Y en una obra posterior mencionó: “Después de Darwin, ya no podemos considerar que ocupamos un puesto especial en la creación; por el contrario, debemos darnos cuenta de que somos un producto de las mismas fuerzas evolutivas ciegas y carentes de finalidad que han modelado al resto del reino animal”.<sup>76</sup> Esto continuaba la preponderancia del reduccionismo biologicista más plano en el pensamiento científico que estaba en boga en aquella época.

En realidad, McCormick había vaticinado, en 1982, la situación actual: “Nuestras decisiones éticas no se basan en normas, códigos, regulaciones ni filosofías éticas, sino en las razones que subyacen a esa superficie; nuestra forma de percibir los valores humanos y de relacionarnos con ellos está dada por nuestra cultura, que puede distorsionar valores humanos básicos y afectar nuestras opciones éticas”.<sup>77</sup> Con toda franqueza, y no obstante la abundancia de bibliografía al respecto, la verdad es que aún no existe unanimidad en cuanto a cómo es que se adquieren y desarrollan nuestra facultad y comportamiento moral.

Hauser, en una interesante obra relativa a la opinión de la psicología moral en el tema, intuye lo siguiente: “Debe existir una capacidad innata que permita a un niño ir construyendo esa ‘gramática moral’ tan específica a través de un algo (que reconoce exclusivo del cerebro humano) que haga posible dicha construcción”. Menciona, además, “si existen morales universales, deben de ser unas capacidades compartidas por todos los seres humanos con un desarrollo normal”, (puesto que los niños autistas no las presentan) y se pregunta, entre otras muchas interrogantes: “¿Qué es lo que hace que determinados sistemas morales sean susceptibles de aprendizaje y qué es lo que hace que determinados tipos de experiencias sean moralmente pertinentes?”. Partiendo de ahí, ha diseñado unas interesantes preguntas sobre los dilemas morales: “¿Qué distingue a un bien moral de un mal moral?, ¿qué rasgos distinguen a los dilemas morales de los no morales, ¿qué es lo que eleva un dilema a nivel de dilema moral?, y ¿qué convierte a un juicio en un juicio moralmente cargado de peso?”. Con todo esto, parece haber puesto las bases para lo que pudiera concebirse como una nueva teoría sobre la mente moral humana, cuando propone: “Primero generamos una reacción automática frente a un dilema moral, mediada por la emoción; después valoramos, críticamente, lo que haríamos estando en la piel del protagonista pero, en realidad, no se tiene prueba alguna de una relación causal entre estos dos elementos”.<sup>78</sup>

Nos es más que evidente que las emociones están ligadas a nuestra forma de recibir y procesar la información, pero éstas no parecen ser la clave en los juicios morales humanos; hay emociones de índole variada que afectan nuestra mente y sensibilidad, pero no de una manera que puedan dominar fatalmente nuestra forma de ser. Asaltos, crímenes y miserias humanas podrán impactar nuestras mentes, pero no son suficientes para construir una nueva forma de ser que nos induzca a matar, asaltar o perjudicar vidas y tampoco, desde luego, a comprometer nuestro juicio moral. Se concede, sin embargo, que un bajo nivel educativo o una situación de pobreza de vida (que puede estar lastrada por innumerables situaciones) puede obrar directamente en contra de mentalidades menos privilegiadas y anular —o destruir— su capacidad de juicio y reacción ética.

En consecuencia con su teoría, Hauser ha lanzado una tesis que es, por demás, demasiado debatible, cuando ha sugerido que: “Los juicios morales están mediados por un proceso inconsciente, una gramática moral oculta que valora las causas y consecuencias de las acciones propias y ajenas”, pero sobre todo porque cree que el tipo de emoción que se experimenta surge de un análisis inconsciente de las causas y consecuencias de la acción, asegurando que: “este análisis es el territorio de nuestra facultad moral”.<sup>78</sup> Puede concederse que cada ser humano posea una gramática moral oculta que proviene de su particular historia y educación, además del volumen de información especializada que se haya podido adquirir en diversas áreas (en este caso, la ética) y que ésta le permita expresarse en un preciso momento de su vida en relación a casos puntuales, pero ello de ninguna manera puede traspolarse a pensar que en un proceso inconsciente (que, por otro lado, nunca intuye ni explica Hauser) se den, precisamente, los elementos de juicio responsables de la valoración de un dilema moral humano.

También parece obvio que sólo desde un análisis plenamente consciente se pueda obtener algún tipo de control sobre las emociones y valoraciones mayores que, serenas y bien estructuradas,

resuelvan con un alto porcentaje de certeza los juicios morales. No se puede hallar, siquiera, una justificación plausible en cuanto a que un juicio moral pueda ser llevado a cabo en el inconsciente y que ésta fuese decisivo para lograrlo; ello equivaldría a asegurar que podemos percibir, dilucidar, ordenar y resolver dilemas morales durante el sueño, el delirio febril o bien estando bajo los efectos de anestesia o sedación.

El filósofo moral utilitarista Jeremy Bentham dijo, en 1789, que nuestras emociones desempeñan un papel fundamental en el análisis tanto descriptivo como prescriptivo de la conducta moral: “La naturaleza ha colocado a la humanidad bajo el gobierno de dos soberanos, el dolor y el placer... solo ellos señalan lo que debemos hacer, así como determinan lo que haremos... nos gobiernan en todo lo que hacemos, decimos y pensamos”.<sup>78</sup> Sócrates, por el contrario, sostenía tenazmente que: “Un sistema moral que se base en valores emocionales relativos no es más que una ilusión, una concepción completamente vulgar en la que no hay valor ni verdad alguna”. Nos parece obvio reconocer que no puede haber una escisión real y efectiva entre cognición y emoción puesto que, con una dicotomía educativa como esta, nunca habiéramos podido alcanzar el extensísimo bagaje de aprendizaje y la infinidad de conceptos de toda clase que han ido conformando nuestras vidas personales, entre ellos (y de forma privilegiada) nuestra estructura moral.

Díaz quiso profundizar en un aspecto que, en mucho, tiene que ver directamente con la emoción, y que ha dado en llamar el enfoque del *doles, ergo sum* (me dueles, luego existo). Lo expresa de esta manera: “La compasión, la más segura garantía de moralidad, no se funda en la dignidad del otro (Kant), sino única y exclusivamente en su sufrimiento, la identificación del hombre con sus semejantes; la ética es mi naturaleza puesta en tela de juicio por el otro”.<sup>79</sup> En otras palabras, esto puede compararse, muy favorablemente, con aquel sabio refrán que invitaba a “ponerse en los zapatos del otro” para entender y valorar una situación dada. Y tiene un elemento de lógica, de lo cual ya hemos hablado antes. ¿Un ejemplo

de emociones que sirvan para enjuiciar un acto o un dilema moral? Quizá, pero evidentemente involucrando en ello el lado consciente de la mente. Este concepto puede, muy propiciamente, compararse con la idea de ver al principio de justicia como equidad —propuesto por Rawls— quien aseguraba que la equidad no es una forma de justicia, sino que es la justicia misma y, de ahí, obtener un sistema moral basado en unos principios que equilibren las necesidades de la vida social.

Por otro lado, siempre han existido opiniones contrarias, que alegan que las emociones perturban siempre toda objetividad en un juicio moral, que resolvemos los dilemas morales razonando sobre un conjunto de reglas o principios y, la más extrema, que no existen problemas morales, puesto que para los conflictos entre diversas obligaciones solo existe una opción válida. De hecho, afuera de una iglesia en Yorkshire, Inglaterra, puede leerse la siguiente frase, que resume lo antes dicho: “Si tienes dos deberes en conflicto, uno de ellos no es tu deber”.

Ya que estamos considerando la importancia (total o relativa) de las emociones en el campo de las valoraciones éticas y morales, conviene incluir en la mezcla las consideraciones del psicólogo social Jonathan Haidt, quien piensa que poseemos cuatro “familias” de emociones morales, que mueven dichos procesos y nos proveen de las intuiciones sobre lo que está bien o mal:

Heterocondenatorias: Desprecio, ira, repugnancia.

Autoconscientes: Vergüenza, pena, culpa.

Simpatizadoras: Compasión (¿solidaridad?).

Heteroencomiásticas: Gratitud, enaltecimiento.<sup>80,81</sup>

Emociones, entorno familiar, razones íntimas, niveles educativos, aprendizaje selectivo y más aún. Es muy probable que el conglomerado de todos estos aspectos de la persona humana trabajen al unísono para generar en ella una acendrada identidad moral particular, que se desarrollará y se pulirá entre la inteligencia, la continencia, la prudencia, la justicia y la libertad (con el aderezo de los sentimientos), dentro de sociedades diferentes, con valores diferen-

tes y en un mundo que se encuentra inmerso en la inevitable vorágine del cambio constante. A éste, muchos lo conocen hoy como “progreso”, otros le llaman “derechos” o “libertades sociales”, otros más lo señalan sólo como el “reino de la insensatez y la estulticia”. No es una verdad de Perogrullo aseverar aquí, que la conciencia ilumina la inteligencia y guía a la razón en toda persona y en cualquier instancia de vida diaria. Es debido a ello que la pasamos realmente mal cuando vemos cometer una injusticia grosera, como es la de una persona adulta lastimando a un niño, un anciano siendo discriminado por su lentitud e incapacidad general, o bien, por el auténtico genocidio en que se ha convertido la “licitud” del aborto; vamos, incluso cuando una foca o un zorro se les vapulea para quedarse con su tan ansiada piel. La voluntad, por el contrario, y a pesar de ser tributaria o dependiente de las deliberaciones de la inteligencia y de la conciencia moral, queda “tocada” por la violencia con que se concibe hoy a la libertad, que es vista más como un derecho y nunca como lo que es: un don. Concebida así, esta libertad viene a ser el elemento ideal con el cual se siente cómoda aquella persona que no desea profundizar en su conciencia por las razones que fueren (un rasgo preocupantemente común hoy día).

Probablemente el lector se haya identificado alguna vez con situaciones sociales en las cuales una discusión sobre uno o varios temas de actualidad sean propuestos por personas sin formación alguna o por otras (como sucede en medios masivos de comunicación desde hace décadas) que se sienten autorizados a disertar sobre temas torales por el hecho de tener el poder de la pluma, el micrófono o la cámara. Esta tendencia ejemplifica, a la perfección, todo lo que se habló anteriormente y ha sido causante de la multiplicación de opiniones desautorizadas impulsadas por una libertad sin cauces que se expresa hoy en cualquier tema de trascendencia.<sup>52</sup> Esta ecuación humana, que deben regir la conciencia y la inteligencia, se ve entonces alterada, de forma que la voluntad y su sub-producto, la libertad, deciden abandonar la fórmula y dejar atrás la

verdadera cohesión que la constituye, escindiendo a la persona en un estado de vida imposible, en donde, tarde o temprano, llega el momento en que deberá definirse: hacer caso a la conciencia u obedecer a la voluntad libre. Si podemos imaginar este escenario “esquizoide” en lo relativo a los ámbitos de la identidad moral, queda más que claro que los dictados de un juicio moral, en casos de dilemas éticos, pueden ser afectados por infinidad de pretextos que oponga la libertad.

Quizá secundario a esto, es que han podido darse las jurisprudencias a las que hemos estado expuestos en relación a los casos de cambios de identidad interpuestos por los colectivos *gay*, la adopción de menores por homosexuales (sin considerar el derecho superior del menor de tener una familia de características normales) o bien, la dolosa y conveniente tergiversación del concepto de familia, con el fin de casar las necesidades de los involucrados en tales despropósitos. Al fin y al cabo, quizá para ellos (y consecuentemente para los jueces que en flagrante ignorancia validaron esas determinaciones) sólo sea una mera consecuencia del movimiento de “deconstrucción” que prima en esta sociedad, que ya hemos desenmascarado someramente en este trabajo y algo más extensamente en una obra previa.<sup>52,71</sup>

Se dice que sabemos mucho más de lo que decimos; por analogía, es evidente que nuestras ideas, acciones y consecuencias dicen sólo una parte de lo que es nuestra “unidad bio-psico-social”, que está constituida en cada persona. Cuando pensamos y expresamos ideas, solamente podemos esperar que se nos entienda en el mismo canal o sintonía, con el fin de intentar un diálogo productivo ante una o varias personas. Esto se debe, precisamente, al sentido que cada uno imprime a sus ideas (que emanan desde unos principios personalísimos) y a la percepción de esas ideas por el otro. Es sólo cuestión, al fin y al cabo, del viejo esquema del “emisor-receptor”. Cuando expresa las ideas, el hombre no piensa en cómo construirá su fraseo ni en reglas gramaticales, sino que las expresa como un todo y con seguridad. De esto también había hablado

Chomsky, cuando pensó acerca de la analogía entre la adquisición de principios operativos del lenguaje y la moral en los niños.<sup>82</sup>

Como esperamos haya quedado demostrado, no seguimos en la obscuridad, sino aún en medio de la incertidumbre acerca del mecanismo de origen de la identidad moral humana, a lo que se suma la vivencia diaria y la problemática de un mundo en donde no se dispone (por cualesquiera razones que se invoquen) de una teoría moral definitiva para dirimir sobre los dilemas morales acuciantes de una sociedad lastimosamente ignorante, libertaria y cada vez más demandante. Disponemos, no obstante, de una enorme riqueza en corrientes filosóficas y teorías dentro de la Bioética contemporánea, que se disputan entre sí la posesión de la corrección moral. Todas ellas poseen en sus principios los elementos dignos de ser tomados en cuenta a la hora de arrostrar casos éticos de difícil solución, ya sea en Filosofía, Medicina, Psicología, Antropología o Derecho. Sólo es cuestión de iluminar el entendimiento personal con el estudio profundo de la Bioética y, de esta manera, conseguir la difusión de la corrección en el juicio moral en todos los estratos sociales. De hecho, sólo así podremos revertir la tendencia mundial a dejar de lado toda conciencia moral con el fin de trocirla por la tiranía obcecada de una voluntad ignorante de estirpe libertaria. Sea como sea, creemos firmemente que la capacidad humana de recibir datos, dejarse empapar por las evidencias y juzgar de acuerdo a estándares morales personales y educados, no ha sido ni será superada por las libertades o los derechos que quieran darse los individuos en la sociedad. Así como tampoco por los abominables desatinos de la ciencia y la legislación contemporáneas, sino que ha modernizado y autorizado su pensamiento, de modo de conseguir la necesaria adaptación argumentativa que tales retos le han planteado. La conciencia moral humana deberá permanecer hoy, más que nunca, vigilante y proactiva, pues se constituye en la seguridad y garantía por las cuales se accede a la excelencia en la ortodoxia ética.

## Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> BIBLIA DE JERUSALÉN. *Salmo 8, 4-6*. Ver también salmos: 1, 2, 4, 7, 9, 10, 14, 17, 19 y 22.
- <sup>2</sup> AGUSTÍN DE HIPONA. *Confesiones*, IV c, p. 4.
- <sup>3</sup> LLANO C. *Viaje al centro del Hombre*. México, 1999, pp. 4-8.
- <sup>4</sup> HEIDEGGER M. "*Kant und das Problem der Metaphysik*", Frankfurt, 1951, p. 189. GEVAERT J. "El Problema del Hombre", Salamanca, 1987, p. 13.
- <sup>5</sup> HAECKER T. *¿Qué es el Hombre?* Madrid, 1961, p. 147.
- <sup>6</sup> SCHELER M. "*Philosophische Weltanschauung*". Bonn, 62, 1929. Ver además: "Die Stellung des Menschen im Kosmos". Bonn, 13, 1928. GEVAERT J. «El Problema del Hombre». Salamanca, 1987, pp. 12-13.
- <sup>7</sup> STRASSER S. "*Le point de depart en psychologie métaphysique*". Revue philosophique de Louvain 48, (1950), pp. 210-238. En: GEVAERT J. «*El Problema del Hombre*». Salamanca, 1987, p. 23.
- <sup>8</sup> DSM-III-R.
- <sup>9</sup> DSM-IV-R.
- <sup>10</sup> MONTELEONE JA. "*The psychological aspects of sex*". En: AA.VV., *Human sexuality and personhood*. The Pope John Center. St. Louis, 1981, pp. 71-76.
- <sup>11</sup> CARRARA M, GIARETTA P. "*The Many Facets of Identity Criteria*". *Dialectica*, 58, (2004), pp. 221-232.
- <sup>12</sup> D'AGOSTINO F. "*Sexualidad y Derecho*". *Medicina y Ética* 3 (1997), pp. 303-315.
- <sup>13</sup> POSNER R. *Sesso e ragione*. Ed., Comunità, Milán, 1995.
- <sup>14</sup> PRINI P. *Il corpo che siamo*. Ed., SEI, Turín, 1991.
- <sup>15</sup> VENTURA P. "*Pensare oggi la sessualità umana*". *Problemi attuali de Filosofia del Diritto*. Ed., Giappichelli, Turín, 1961, p. 61.
- <sup>16</sup> LACAN J. *Scritti*. Ed. Einaudi, Turín, 1996, p. 269.
- <sup>17</sup> D'AGOSTINO F. *Per una archeologia del diritto: Miti giuridici greci*. Ed., Giuffrè Milán, 1985.
- <sup>18</sup> GEVAERT J. "*El Problema del Hombre*", Salamanca, 1987, pp. 18-20.
- <sup>19</sup> SLOTERDIJK P. "*Anthropo-Technology*". *New Perspectives Quarterly*, 21, (2004) pp. 40-44.
- <sup>20</sup> CAPONE D. "*Antropología, conciencia y personalidad*". *La conciencia moral hoy*. Ed., P.D., Madrid, 1971, p. 156.
- <sup>21</sup> GEACH P. "*Ontological relativity and relative identity*". En: Ed., Munitz MK, *Logic and Ontology*. New York, New York University Press, 1973.
- <sup>22</sup> MORGAN J. "*Defence of Autonomy as an Educational Ideal*". *Journal of Philosophy of Education*, 30, (1996), pp. 239-252.
- <sup>23</sup> CÓRDOBA GARCÍA D. "*Identidad sexual y performatividad*". *Athenea Digital*, 4, (2003), pp. 87-96.
- <sup>24</sup> DERRIDA J. "Firma, acontecimiento, contexto". En: *Márgenes de la Filosofía*. Madrid. Cátedra, 1998, pp. 347-372.

- <sup>25</sup> FOUCAULT M. *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Ed., Siglo XXI, Madrid, 1992.
- <sup>26</sup> LACLAU E. "Converging on an Open Quest". *Diacritics*, 27 (1997), pp. 17-19.
- <sup>27</sup> ZIZEK S. *El sublime objeto de la ideología*. Ed., Siglo XXI, México, 1992.
- <sup>28</sup> LLAMAS R. Vidarte FJ: *Homografías*. Madrid, Ed., Espasa, 1999.
- <sup>29</sup> BUTLER J. *Excitable Speech: A Politics of the Performative*. Ed., Routledge, New York, 1997, pp. 147-161.
- <sup>30</sup> ALTHUSSER L. "Ideología y aparatos ideológicos del Estado" (notas para una investigación). En: *Posiciones*. Ed., Anagrama, Barcelona, 1997, pp. 69-126.
- <sup>31</sup> AUSTIN JW. *Cómo hacer las cosas con palabras*. Ed., Paidós, Barcelona, 1988.
- <sup>32</sup> LACLAU E. *New Reflections on the Revolution of Our Time*. Ed., Verso, London, 1990.
- <sup>33</sup> AMATO S. *Sessualità e corporeità. I limiti dell'identificazione giuridica*. Ed., Giuffrè, Milán, 1985.
- <sup>34</sup> KIELY B. "La cura pastorale delle persone omosessuali". *L'Osservatore Romano*, (14/11/1986).
- <sup>35</sup> SERRA A. "Le componente biologiche della sessualità umana". En: Centro Italiano Femminile (CIF): *Uomo-donna progetto di vita*. UECl, Roma, 1985, pp.103-136.
- <sup>36</sup> CESARI G: "Nature ed interpretazioni dell'omosessualità". En: Sgreccia E. *AIDS. Problemi bioetici correlate con la clinica, la epidemiologia e le implicazioni socioculturali della sindrome da immunodeficienza acquisita*. Bologna. Centro di Iniziativa Culturale, 1988.
- <sup>37</sup> BARBARINO A, DE MARINIS L. "Basi biologiche sul concetto "imprinting" ipotalamo-ipofisiario". *Medicina e Morale*, 2, (1984), pp. 166-171.
- <sup>38</sup> KOLODNY RC. "Medical and psychiatric perspectives on a healthy sexuality". Ed., Shelp EE. *Sexuality and Medicine. I. Conceptual roots*. Dordrecht. D. Riedel. 1987, pp. 3-17.
- <sup>39</sup> KAUFMAN D, VAN MAASDAM J, LAUB DR. "Surgery for the Gender Identity Disorder". En: McCarthy J. *Plastic Surgery*. First Edition. Ed., W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1990, Vol. 6, Chapter 156: 1305ss.
- <sup>40</sup> SNYDER CC, BROWNE EZ: "Intersex problems and Hermaphroditism". En: Converse JM. *Reconstructive Plastic Surgery*. E., W. B. Saunders Co., Chapter. Philadelphia, 1977, 100: 3930-3969.
- <sup>41</sup> HAMBURGER C, STURUP GK, DAHL-IVERSEN E. *Transvestism. Hormonal, psychiatric and surgical treatment*. Ed. JAMA, 1953, pp.152: 391ss.
- <sup>42</sup> GILBERT DA, WINSLOW BH, GILBERT DM et al. "Transsexual surgery in the genetic female". *Clin Plast Surg*, (1988) pp. 15: 471ss.
- <sup>43</sup> SUN G, HUANG J. "One-stage reconstruction of the penis with composite iliac crest and lateral groin flap". *Ann Plast Surg*, (1988) pp. 15: 519ss.
- <sup>44</sup> FOERSTER DW, REYNOLDS CL. "Construction of natural appearing female genitalia in the male transsexual". *Plast Reconstr Surg*, (1979) pp. 64: 306ss.

- <sup>45</sup> HUANG TT. "Twenty years of experience in managing patients with gender dysphoria: I. Surgical management of the male transsexual". *Plast Reconstr Surg* (1995) pp. 96: 921ss.
- <sup>46</sup> KARIM RB. *Vaginoplasty in Transsexuals*. Ed., VU University Press, Amsterdam, 1996.
- <sup>47</sup> HAGE JJ, KARIM RB, BLOEM JJ et al. "Sculpturing the neoclitoris in vaginoplasty for the male-to-female transsexuals". *Plast Reconstr Surg*, (1994) pp. 93: 358ss.
- <sup>48</sup> *International Statistical Classification of Diseases and Related health Problems*. Tenth Revision. Second Edition. Vol. I, chap. 5 F64.0 Gender Identity Disorders. World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- <sup>49</sup> ZORNIOTTI AW, LEFLEUR RS: "Autoinjection of the corpus cavernosum with a vasoactive drug combination for vasculogenic impotence". *J Urol*, 1985, pp.133:39ss,
- <sup>50</sup> FURLOW W; BARRETT D. "Inflatable penile prosthesis: new device design and patient-partner satisfaction". *Urology*. (1984), pp. 24: 559ss.
- <sup>51</sup> CROWN S (ed). *Transsexuality (gender dysphoria) desire to "change sex" and psychosexual problems*. Academic Press, New York. 1976
- <sup>52</sup> ALONSO R. "La Identidad Sexual Humana: El Caso de la Transexualidad. Tesis de grado para obtener el título de Maestro en Bioética". Universidad Anáhuac. México, 2009.
- <sup>53</sup> REVILLA JC. "Los anclajes de la identidad personal". *Athenea Digital*. Universidad Autónoma de Barcelona, (2004), pp. 54-67.
- <sup>54</sup> Acceso en: <http://www.elpais.com/arti/sociedad/europeo/millon/anos/elpepusoc/200803.27marzo2008>.
- <sup>55</sup> AZNAREZ M. «*Neanderthales. Más cerca de nosotros*». *El País Semanal*. Madrid, 2008, pp. 44-54.
- <sup>56</sup> CHESTERTON T. "Ortodoxia, cap. 1". Citado En: SGRECCIA E: *Manual de Bioética*. Ed. Diana. México, 1996, p. 440.
- <sup>57</sup> VILA-CORO MD. *El Derecho a la Identidad Personal*. Acceso en: <http://www.foromoral.com.ar/respuesta.asp?id=138>, 09mayo2008.
- <sup>58</sup> SANFÉLIX V. "¿Cabe todavía hablar de identidad personal?". *Universidad de Valencia. Thémata. Revista de Filosofía*, 39, (2007).
- <sup>59</sup> REVILLA JC. *La identidad personal de los jóvenes: pluralidad y autenticidad*. Ed., Entinema. Madrid, 1998.
- <sup>60</sup> LEIBNIZ G. *Libro I*, capítulo 2, 1704.
- <sup>61</sup> *The autobiography of Charles Darwin*. Ed., Totem Books. New York, 1958/2004, p. 94
- <sup>62</sup> HUXLEY TX. *Evolution and Ethics*, 1893. Acceso en: <http://alephO.clarku.edu/huxley/CE9/E-E.html>
- <sup>63</sup> La filogénesis de la moral según Rousseau. Acceso en: <http://www.bartleby.com/66/49/47349.html>
- <sup>64</sup> SARTRE JP. *Barioná, el hijo del trueno: misterio de Navidad*. Ed. de J. A. Agejas. Vozdepapel. Madrid, 2004, p. 104.

- <sup>65</sup> LUCAS R. «Horizonte vertical. Sentido y significado de la persona humana. Estudios y Ensayos. Filosofía y Ciencias». BAC. Madrid, 2008, pp. 34-35.
- <sup>66</sup> GAFO J. *Bioética teológica*. Ed. Julio L. Martínez. Comillas. Desclée de Brouwer. 3ª. Ed. Madrid, 2003, 133ss.
- <sup>67</sup> BOTTURI F. *Libertà e formazione morale*: 36-53. En: SGRECCIA E. *Manual de Bioética. 1. Fundamentos y Ética Biomédica*. Ed. BAC. Madrid, 2008, p. 200.
- <sup>68</sup> BOTTURI F. "*Formazione della coscienza morale: un problema di libertà*", p. 73-95. En: SGRECCIA E. *Manual de Bioética. 1. Fundamentos y Ética Biomédica*. Ed., BAC. Madrid, 2008, p. 200.
- <sup>69</sup> PAREYSON L. "*Ontologia della libertà*". En: SGRECCIA E. *Manual de Bioética. 1. Fundamentos y Ética Biomédica*. Ed., BAC. Madrid, 2008, p. 201.
- <sup>70</sup> VIGNA C. "*Etica del Desiderio umano. Introduzione all'etica*". Ed. ÍD. p. 130-138. En: Sgreccia E. *Manual de Bioética. 1. Fundamentos y Ética Biomédica*. Ed. BAC. Madrid, 2008, p. 201.
- <sup>71</sup> DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, México, Noviembre de 2008. Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, Agosto de 2010.
- <sup>72</sup> SGRECCIA E. *Manual de Bioética: 1 Fundamentos y Ética Biomédica*. Ed., BAC. Madrid, 2008, p. 215.
- <sup>73</sup> RUIZ DE LA PEÑA JL. *Las nuevas antropologías. Un reto a la teología*. Santander, pp. 89-129.
- <sup>74</sup> AYALA FJ. *Origen y evolución del hombre*. Ed., Alianza. Madrid, 1980, pp. 169-188.
- <sup>75</sup> RACHELS J. *The Elements of Moral Philosophy*. Ed., McGraw-Hill. Boston, 2003.
- <sup>76</sup> RACHELS J. «*Creati dagli animali*». En: SGRECCIA E. *Manual de Bioética. 1. Fundamentos y Ética Biomédica*. Ed., BAC. Madrid, 2008, p. 128.
- <sup>77</sup> MCCORMICK RA. *Theology and Biomedical Ethics*. Ed. Logos. Santa Clara CA 1982, 3: 45.
- <sup>78</sup> HAUSER MD. *La mente moral. Cómo la naturaleza ha desarrollado nuestro sentido del bien y del mal*. Ed., Paidós Ibérica. Barcelona, 2008.
- <sup>79</sup> HAUSER MD. *La mente moral. Cómo la naturaleza ha desarrollado nuestro sentido del bien y del mal*. Ed., Paidós Ibérica. Barcelona, 2008.
- <sup>80</sup> HAIDT J, MCCAULEY CR, ROZIN P. "*Individual differences in sensitivity to disgust: a scale sampling seven domains of disgust elicitors*". En: *Personality and Individual Differences*, 1994, 16: 701-713.
- <sup>81</sup> HAIDT J, JOSEPH C. *Intuitive ethics: how innately prepared intuitions generate culturally variable virtues*. En: *Daedalus*, 2004, pp. 55-56.
- <sup>82</sup> CHOMSKY N. *On Nature and Language*. Ed., Cambridge University Press. New York, 2000.



# Bioética y Terrorismo

*María Elizabeth de los Ríos Uriarte\**

## Resumen

Este artículo analiza el fenómeno del terrorismo en todas sus circunstancias. La persona que es víctima clama justicia, y es objeto de un pavor incontrolable que se trasmite a las grandes masas. El terrorista es evasivo y anónimo, despliega su fuerza a nivel táctico, estratégico y político, provocando múltiples tipos de víctimas. Los actos terroristas tienen algunas características comunes: La clandestinidad, su carácter de desafío, su organización. Se consideran tres tipos de terrorismo: el sistemático o discriminatorio, el indiscriminado o aleatorio y el étnico-nacionalista.

La justicia que clama la víctima no debe entenderse como venganza, sino revestida de memoria, va enfocada a la redención; según el pensamiento de W. Benjamin. No la reparación del daño, sino la responsabilidad en lo que hay por hacer y evitar.

## Summary

This article analyses the phenomenon of terrorism in all its circumstances. The victim clamors for justice, and is object of an uncontrollable dread which transmits to the great mass of the population. Terrorist is evasive and anonymous, spreads his force at a tactic level, strategic and political, inducing multiple types of vic-

---

\* Licenciada en Filosofía, Maestra en Bioética, Candidata a doctora en Filosofía. Profesora de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac.

tims. The terrorist acts have some common characteristics: to work underground, to challenge, and his organization. There are three kinds of terrorism: systematic, random and ethnic.

The justice which is cried out for the victim not will be understood like revenge, but faced with memory, will be focus on redemption, according to W. Benjamin. Not redress of damages, but responsibility in what to do and what to avoid.

*Palabras clave:* Terrorismo, víctima, justicia, memoria, redención.

*Key words:* Terrorism, victim, justice, memory, redemption.

Nueva York, Septiembre 11 2001. Madrid, Marzo 11 2004. Morelia, México, Septiembre 15 2008. Moscú, Marzo 2010. Uganda Julio 11 2010. Se podría pensar en muchos otros sucesos en donde se tiene algo en común: la muerte de personas inocentes que se encontraban en un mal momento, en el peor lugar; víctimas todas ellas de identidades tan desconocidas que no dejaron huella. La intención es clara: provocar miedo en la población civil en tiempos reales, en escenarios multitudinarios.

¿Qué queda después de una explosión, un bombazo, o un accidente? Miedo, enojo, confusión, desesperación, incertidumbre. Las víctimas se sienten solas, abandonadas a su suerte por un gobierno que debería, en principio, protegerlas. La víctima no es sólo una persona herida es, ante todo, una persona que clama justicia.

El término terrorismo surge por primera vez en Francia en el siglo XVIII, para referirse al terror ejercido por la autoridad, o sea, por el Estado. Posteriormente, el siglo XXI, con sus grandes avances científicos y tecnológicos —denominado por muchos como el siglo de las grandes movilizaciones— ha propiciado el surgimiento de la figura del terrorista casi como un ente coexistente con la sociedad civil, sin que ésta sepa que es en ella misma de donde nace el terror.

La violencia ejercida se torna alternativa por su simplicidad operativa; bajo costo, efecto devastador, facilidad de transnacionalización y visibilidad global (transmisión en tiempos reales). Además, encuentra su más vulnerable flanco en el aspecto psicológico de las víctimas provocándoles un pavor incontrolable, que se transmite en los escenarios de las grandes masas sociales.

Así, el terrorista se sitúa siempre como el “otro”, un “otro” que no aparece pero que deja entreverse en los efectos inmediatos de sus acciones; un “otro” del que todos sospechan pero que nadie reconoce como un “alguien”. Este aspecto desconocido, oculto, es precisamente de lo que se alimenta el terrorismo: al no ser un blanco identificable puede ser “cualquiera”.

El terrorismo surge como confrontación. Una confrontación entre las fuerzas de autoridad y los individuos disconformes, es decir, obedece a la lógica del juego entre fuerzas del poder y las resistencias obedientes de las que hablaba Nietzsche.

Un acto terrorista provoca una conmoción social y un despliegue de fuerzas en tres niveles:

— Táctico: se pretende provocar el mayor daño posible con la mayor publicidad alcanzable.

— Estratégico: pretende otorgar la victoria a la resistencia, arrebatar la capacidad de combate; la víctima queda sola e inmóvil ante el pavor de un nuevo ataque. En este nivel, el objetivo principal es hacer sentir al otro desamparado y vulnerable.

— Político: de los tres éste es, quizá, el más dañino, pues al moverse en el plano de las fuerzas autoritarias, su intención es desestabilizar el aparato político, es decir, el terrorista no busca la toma del poder (si lo hiciera buscaría una lucha de frente, cara a cara con la autoridad reinante), tampoco busca imponer su voluntad, sólo busca crear descontrol, confusión, lanzarle a la autoridad gobernante una alarma de su impotencia y de su ineficiencia.

Con este conjunto de fuerzas de niveles se obtienen también tres diferentes tipos de víctimas:

1) Víctima directa: provocada inmediatamente desde el nivel táctico. No sobreviven.

2) Víctimas sobrevivientes: nacen del nivel estratégico y son aquellos que quedan vivos pero profundamente aterrados.

3) El Estado: se considera otro tipo de víctima, pues al quedar desestabilizado queda expuesto a la crítica social por no haber podido garantizar la seguridad de sus ciudadanos, así fracasa en su misión, y esto queda evidenciado por las dos víctimas anteriores.

Es difícil englobar los actos terroristas en una tipología única, sin embargo, hay ciertas características que comparten si bien no todos, sí la mayoría de ellos, que los distinguen como actos perpetrados por grupos terroristas. Algunas de estas características son:

— Uso del terror como *modus operandi*

— Clandestinidad: hay que hacer notar aquí, que si al inicio la lucha que emprendían los grupos terroristas era anónima, y con ello aceleraban su objetivo táctico y estratégico, hoy en día ante un ataque, tiempo después aparece el autor del mismo dando la cara frente a los medios de comunicación (Osama Bin Laden en los ataques del 11 de septiembre en Nueva York y Al Shehab, vinculada con Al Qaeda, en Uganda).

— Carácter de desafío o rebeldía

— Organización en red: específicamente importante en grupos como ETA en el País Vasco o IRA en Irlanda; con esto, su alcance es mayor, de tal modo ya no se trata de desestabilizar un sólo gobierno, sino de desestabilizar el orden mundial.

— Evolucionan en una guerrilla o recurren a la lucha por grupos urbanos violentos. El caso de las FARC ilustra la evolución, lo mismo que el IRA y ETA, quienes en su conformación se subdividen en un brazo estratégico que nunca aparece en público y que es autor intelectual de los actos, además de ser un brazo armado que, mediante las armas, crea una confusión de identidades entre la sociedad civil.

Existen tres grandes clasificaciones del terrorismo:

1) Sistemático o discriminatorio: este tipo de terrorismo elige a su víctima basándose en la etnia, color de piel, profesión, clase social, función política, etc. Algunos ejemplos nuevamente son ETA, cuyas víctimas son tanto empresarios y funcionarios del gobierno, como guardias civiles; IRA (Ejército Republicano Irlandés), FIS (Frente Islámico de Salvación, brazo armado), HAMAS, contra puestos militares israelitas y la guerrilla de Colombia contra compañías petroleras extranjeras. Su objetivo es forzar la desertión provocada por el miedo y la pérdida de prestigio de la institución.

2) Indiscriminado o aleatorio: no hay identificación de la víctima, busca hacer víctimas de un gran número de inocentes y con la mayor diferenciación social posible. Se distingue por la espectacularidad y visibilidad del atentado, normalmente en escenarios públicos. El ciudadano se siente a merced del enemigo que puede ser cualquier “otro”.

3) Étnico-nacionalista: Propone demandas novedosas en el espacio político. Plantea la segregación política de un territorio previamente situado dentro de un ámbito de competencia estatal.

Poseen una identidad que trasciende la formulación de idearios (sentimiento de unidad, interdependencia y sentido común). Sus principales características son:

- Disponibilidad de amplios recursos
- Construcción de una identidad a partir del pasado
- Defensa de la “casa” vinculada a la madre tierra
- Defensa de una lengua hermética

En este juego de fuerzas y resistencias, se presenta una desigualdad entre el grupo terrorista y su enemigo, debido a cuatro factores:

- Posición ideológica extremista que no cuenta con un amplio apoyo popular.
- Apela a un grupo étnico o religioso minoritario.
- Opera en un estado autoritario sin posibilidad de oposición pacífica.

— Descarta la idea de una movilización popular en aras de conservar su anonimato.

No obstante un acto terrorista logra:

1) Situar públicamente una cuestión; en el caso de terrorismo étnico o nacionalista: la defensa de una lengua, de una tierra, de tradiciones, cultura y costumbres determinadas.

2) Presionar al Estado y arrancarle concesiones.

3) Constituirse en un método propagandístico de gran alcance gracias a su aparición en tiempos reales en escenarios reales.

4) Inducir al Estado a adoptar medidas represivas, y con ello, aumentar el descontento popular.

En cualquier caso, el uso de la violencia y del terror no puede ni debe ser admisible en ninguna época histórica, en ningún lugar geográfico, en ninguna circunstancia cultural.

La víctimas de este uso desproporcionado de la fuerza, política o armada, merecen justicia, pero no una justicia entendida como revancha —esto sería caer en el mismo juego de fuerzas y resistencias del que se está tratando de salir— sino una justicia que recaiga sobre el talante de la memoria, de una memoria que lucha contra el olvido porque la exigencia ética ante ellas no puede ser otra que la de recordarlas, porque en su recuerdo yace la posibilidad de revertir el curso de la historia y de los sucesos que una vez dañaron y que no se vuelvan a repetir.

Nadie mejor que los filósofos de la Escuela de Frankfurt para entender y expresar la importancia de la memoria, y de entre todos ellos, Walter Benjamin brinda una aproximación aún más exacta.

Para Benjamin, la Historia sólo ha sido contada desde un ángulo: el de los vencedores, lo que implica dejar de lado a los vencidos, a las víctimas, y acallar de una vez y para siempre su voz. Por esta razón, el único comportamiento ético que se puede esperar en el trance generacional es la memoria, entendida no como la recordación continua o intermitente de eventos pasados, sino como una memoria anamnética encargada de traer al presente sucesos pasa-

dos para devolverles la voz a los que ya no están, en el caso de Benjamin, a los muertos.

La memoria de Benjamin se contrapone al olvido propio de la historia monumental de la que hablaba Nietzsche, sin embargo para el filósofo de la teoría crítica, aquella se recarga en una débil fuerza mesiánica, es decir, en cada generación se encuentra la débil posibilidad de evitar el daño pasado, de prevenir que la historia siga siendo sólo y únicamente la historia de los vencedores.

Memoria y acción van de la mano cuando hablamos acerca de la posibilidad de redimir la historia, o más exactamente, para Benjamin la memoria tiene una dimensión política por excelencia.

Es preciso señalar que Benjamin no está de acuerdo con el uso victimario de la memoria que pretende provocar lástima entre quienes lo viven y hacia quienes se dirige; para Benjamin, el uso de la memoria es sabia que alimenta y no va dirigida a nadie más que a uno mismo, más que a aquél de quien sale y a aquél hacia quien retorna. La memoria así, no tiene otro público que la misma historia en cuyo seno revive, más por obligación humana que por temporalidad metafísica, el pasado que no es pero que fue y que por haber sido, sigue históricamente presente, es decir, por la memoria viven los muertos y por la memoria se hace presente lo ausente, y cobra existencia la no existencia con el fin y único propósito de traer a la conciencia lo que en el devenir histórico ha quedado oculto, para con ello intentar restituir lo perdido (dimensión política de la memoria).

La memoria que recuerda y hace justicia al pasado es, para el filósofo de la teoría crítica; la Redención, concepto que toma de su antecesor Franz Rosenzweig.

Para Benjamin, el concepto de redención queda plasmado en la imagen del ángel de la historia (tesis 9), basado en el poema de Sholem El saludo del ángel, y en la pintura de Klee *Angelus Novus*, en donde haciendo la comparación, el autor explica que el ángel de la historia tiene también vuelta su mirada al pasado e intenta fallidamente “despertar a los muertos y recomponer los fragmentos”<sup>1</sup>

como narraba Benjamín en la tesis número nueve de su obra *Tesis sobre el concepto de historia*. Sin embargo, esto no es posible y sólo le resta una mínima “fuerza mesiánica” para traer al presente el pasado no realizado.

El intento fracasado del ángel por restaurar la historia a partir de las ruinas del progreso, le confiere a cada generación lo que ya se decía en el párrafo anterior: “una débil fuerza mesiánica”, es decir, una herencia de sueños no cumplidos, esperanzas arrebatadas, deseos insatisfechos que alzan su voz en medio de la historia e irrumpen como ráfaga de luz.<sup>2</sup> El presente de ésta para recordar (concepto de memoria) que hay algo que queda por hacer, esa tarea nueva que es la reconstrucción de la historia y de los muertos; esto lo afirma vehementemente Benjamín en su tesis número dos de la obra mencionada con palabras contundentes que no dan cabida a indagaciones ni interpretaciones ulteriores: “Hemos sido esperados en esta tierra. A nosotros como a cada generación precedente, nos ha sido dada una débil fuerza mesiánica sobre la que el pasado tiene derechos” (Benjamín Tesis 2).

Es preciso entender que el concepto de redención en Benjamín no tiene el mismo tinte que tendría para la teología, ya que para ésta, la justicia sería total, totalizadora y totalizante; recordemos que la filosofía de Benjamín tiene un aire pesimista, por ello, la justicia para él jamás será total, sino que pertenece al orden de lo humano, de lo circunstancial, pero también la injusticia se suscribe dentro de los mismos límites, por ello es como si ambos extremos coincidieran en un mismo momento: el hombre tiene en sus manos la posibilidad de seguir cometiendo injusticias, o bien, la posibilidad de redirigir el rumbo de la historia realizando actos justos que, si bien nunca serán totales, ayudarán a la redención del pasado, no para reparar el daño causado (justicia consumada desde la teología) sino para evitar el daño futuro. La posibilidad de esto, yace en la memoria colectiva que, como explica Mate:

“Imaginemos una injusticia pasada. Mientras no sea saldada quedará ahí, oculta o latente, a la espera de que haya una concien-

cia moral sensible que la despierte. Esa huella estará ahí, acompañando la historia, porque la historia se ha construido sobre ella. Aunque esté presente bajo la forma de ausencia, es decir, aunque no haya conciencia de ello, habrá que decir que forma parte de la memoria colectiva” (Mate, 2008, p.160).

Para Reyes Mate, la memoria es, por todo lo anterior, una actividad hermenéutica (Mate, 2008) consistente que logra hacer aparecer lo ausente en lo presente. En segundo lugar, la memoria es justicia, es decir, sin la memoria de las injusticias cometidas no hay esperanza de una venida de justicia. Esto fortalece un nuevo concepto de la justicia ya que para la tradición occidental, el modelo es pensar la injusticia en términos de justicia, es decir, antes de pensar en la injusticia es preciso concebir la justicia; Por el contrario, para Benjamin, pensar la justicia sólo es posible si primero pensamos la injusticia,<sup>3</sup> mejor dicho, el germen de la justicia es la injusticia cometida, y a partir de ella, a través de la memoria, se puede pensar la esperanza de la justicia, algo que Benjamin denomina como redención.

En tercer y último lugar, dice Reyes Mate que la memoria es un deber (Mate, 2008, p.169). Adorno, después de que Kant enunciara su imperativo categórico sobre bases metafísico-morales, lanza un Nuevo Imperativo Categórico, a saber, “hay que recordar para que la historia no se repita” (Mate, 2008, p.169). Este imperativo de Adorno, indica un re-pensar la vida toda tomando en cuenta el sufrimiento, es decir, recuerda la estrecha relación existente entre verdad y sufrimiento, realidad y barbarie, de tal manera que ya ambos binomios resulten indivisibles. Sin la concepción de estos binomios, el horror y el sufrimiento constituyen un teatro al que asiste la humanidad impasible; “esta estatización del horror sólo es posible si las víctimas se hacen insignificantes e invisibles” (Mate, 2008, p.172).

Esta concepción de una justicia diferente a la tradicionalmente consentida, como la reparación del daño, da lugar a un nuevo con-

cepto de responsabilidad que proviene no de lo ya hecho, sino de lo que hay por hacer y/evitar (Mate, 2006, p.78).

Los victimarios no tienen rostro, las víctimas sí y su nombre descansa en nuestra posibilidad de revertir el proceso de la historia. La única manera posible de darle rostro al terrorismo, de ponerle nombre a sus acciones violentas y destructoras, es la memoria que recuerda y hace justicia, la memoria que no olvida y precisamente por eso puede: “[...] revertir la historia, subvertirla y lanzarla en otra dirección” (Ellacuría, 2007, p.493).<sup>4</sup>

## Referencias bibliográficas

- ARENDET, H. Introducción a Walter Benjamín. “Conceptos de Filosofía de la historia”. Ed. Derramar. Argentina, 2007.
- AVILÉS, J., HERRERÍN, A. El nacimiento del terror en occidente. Ed. Siglo XXI Madrid, 2008.
- BARKER, J. El sinsentido del terrorismo. Intermón Oxfam. Barcelona, 2004.
- COHEN, H. El concepto de religión en el sistema de la filosofía.: ED. Sígueme, Salamanca, 2008.
- DE LA CORTE, L. La lógica del terrorismo. Alianza Editorial. Madrid, 2006.
- DE LA GARZA, M.T. Política de la memoria. Anthropos/UIA Barcelona/México, 2002.
- DE OLLOQUI, J. Problemas jurídicos y políticos del terrorismo. UNAM. México, 2003.
- ELLACURÍA, I. Filosofía de la realidad histórica. Ed. Trotta, Madrid, 1991.
- Escritos Filosóficos. Tomo III. El Salvador: UCA, 2001.
- ELLACURÍA I., SOBRINO, J. Conceptos fundamentales de la teología de la liberación. UCA, El Salvador, 1992.
- HORGAN, J. (2006) Psicología del terrorismo. Ed. Gedisa, Barcelona.
- JAY, M. La imaginación dialéctica. Ed. Taurus, Madrid, 1989.
- JORDÁN, J. Los orígenes del terror. Biblioteca Nueva, Madrid, 2004.
- MATE, R. Medianoche en la historia. Ed. Trotta, Madrid, 2006.
- La herencia del olvido. Errata Naturae, Madrid, 2008.
- Memoria de Occidente. Anthropos, Barcelona, 1997.
- (s/f) La filosofía después del Holocausto. Ríopiedras, Barcelona.
- MATE, R., MARDONES, J. La Ética ante las víctimas. Anthropos, Barcelona, 2003.
- MEDINA, E., MATE, R., MAYORGA, J., RUBIO, M., ZAMORA, J.A. El perdón, virtud política. Anthropos, Barcelona, 2008.

MOSES, S. El ángel de la historia. Trad: Alicia Martorell. Frónesis Cátedra Madrid, 1997.

VEDDA, M. Constelaciones dialécticas. Tentativas sobre Walter Benjamin. Herramienta ediciones, Buenos Aires, 2008.

SOBRINO, J., ROMERO, O., CARDENAL, R. La voz de los sin voz. UCA, El Salvador, 1980.

S/A. Terrorismo. Toda la verdad. El arca de papel, España, 2001.

<sup>1</sup> Benjamín contrasta las figuras de la alegoría con aquella del símbolo, ya que en la primera es donde la historia se presenta como petrificada, como una ruina, como un fragmento, es decir, es ahí donde la historia se presenta con su carga dolorosa e intempestiva (Benjamín, 1990, p.159)

José Antonio Zamora retoma la importancia de la alegoría para Benjamin afirmando que: "la alegoría abre pues los ojos para la dimensión de la historia y de la vida individual tal y como de hecho ambas transcurren" (Zamora, 1997, p.-271).

<sup>2</sup> Esta imagen de *ráfaga de luz* es tomada de la tesis 5 de Benjamin, donde advierte claramente que ese instante en donde el pasado irrumpe en la historia nunca más se verá, es decir, el pasado y con él la posibilidad de cambio sólo pueden ser detectados por el historiador del pasado, como él lo llama, es decir, por el historiador de la historia no monumental.

<sup>3</sup> Reyes Mate lo expresa de la siguiente manera: "pensar lo impensado, supone, para poder pensar, traer a presencia, mediante el recuerdo, lo que no pudo ser pensado pero tuvo lugar". Tomado de, Reyes (2003). Auschwitz, acontecimiento fundante del pensar en Europa. 1ª conferencia del III Seminario de Filosofía de la Fundación Juan March.

<sup>4</sup> Tomado de Sobrino, J. (2007). Fuera de los pobres no hay salvación. Madrid: Trotta.



# Repercusiones del inicio de la vida sexual en la adolescencia

*María del Rosario Laris E.*

## Resumen

En la actualidad tenemos un número record de adolescentes en el mundo, y estos comienzan su vida sexual a edades cada vez menores, lo cual determina un neto aumento en las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados. La Organización Mundial de la Salud(OMS) propone dos estrategias para contener este problema: El uso del condón ofrece una protección aunque no completamente segura. La abstinencia de la actividad sexual en la adolescencia, aunada a la comunicación familiar y al fomento de los valores, como la fidelidad con parejas sanas; y una formación sólida en el uso de los medios de comunicación social.

## Summary

In these days, the world has the biggest number of adolescents in history, and those start their sexual life more and more earlier. This fact increases the sexually transmitted diseases (STD) and unwanted pregnancies. The World Health Organization (WHO) proposes two strategies to content the problem: The use of condom offers a protection, but not whole security. Abstinence of sexual in adolescents' life, the best familiar communication and

---

\* Doctora María del Rosario Laris Echeverra, médico cirujano, maestra en Salud Pública y candidata a doctora en Bioética.

encourage an interest for moral values like fidelity with health sexual partners; and a solid formation for the correct use of the mass media.

*Palabras clave:* Vida sexual precoz, condón, abstinencia, comunicación, convicciones.

*Key words:* Early sexual life, condom, abstinence, communication, convictions.

## I. Introducción

Actualmente habitan en todo el planeta el mayor número de adolescentes (personas entre 10 y 19 años),<sup>1</sup> de toda la historia de la humanidad; siendo casi la mitad de la población mundial menores de 25 años.<sup>2</sup> En México cifras del año 2000 indican que el 21.3% de los habitantes del país son adolescentes, es decir, 20.7 millones de personas.<sup>3</sup>

En los últimos 20 años la edad de inicio de la vida sexual a nivel mundial ha disminuido notablemente. En los Estados Unidos, en el año 2002, el 46%<sup>4,5</sup> de los adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales y el 7% reportaron el inicio de dicha actividad antes de los 13 años de edad.<sup>6,7</sup> Datos del año 2000 de la Encuesta Nacional de Salud en nuestro país indican que el 55.3% de los jóvenes de entre 15 y 29 años de edad tienen actividad sexual; y el 67.7% de estos declararon que la edad de inicio fue entre los 15 y los 19 años.<sup>8,9</sup>

El inicio de la vida sexual a temprana edad, está asociado con el aumento de número de parejas sexuales<sup>10,11,12,13,14</sup> y, como consecuencia, mayor padecimiento de infecciones de transmisión sexual (ITS),<sup>15,16,17,18,19</sup> incluyendo el VIH,<sup>20</sup> embarazos no deseados,<sup>14,21</sup> depresión,<sup>22,23,24,25,26</sup> suicidios<sup>27,28</sup> y aumento en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

## II. Infecciones de transmisión sexual

Existen identificadas más de 30 agentes causantes<sup>29</sup> de las ITS, siendo la mayoría incurables, y factores claros de riesgo para presentar esterilidad, cáncer y afectación a la madre y al feto durante el embarazo.<sup>30,31,32</sup> Dentro de las ITS más comunes se encuentran: clamidia, sífilis, gonorrea, virus del papiloma humano (VPH), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), virus de hepatitis B, entre otras.

Las ITS son consideradas la gran pandemia y el mayor problema de salud pública,<sup>33</sup> y forman parte de las 5 causas de enfermedades que conllevan pérdida de productividad en los países desarrollados.<sup>34</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que estas causan 333 millones de nuevos casos anualmente.<sup>35</sup> En todo el mundo existen 46 millones de personas con VIH (2.5% son niños), 5 millones de infecciones anuales nuevas. Han muerto más de 20 millones de personas por la enfermedad,<sup>36</sup> siendo la zona más afectada África Subsahariana con el 33% del total de los casos y solamente el 2% de la población mundial.<sup>37</sup> Se estimó que para este año, tan sólo en China, India y Rusia se presentarían entre 35 y 68 millones de casos de VIH.<sup>38</sup>

Cada año, 1 de cada 20 jóvenes en todo el mundo se infecta de una ITS.<sup>39</sup> Los jóvenes entre 15 y 24 años, solamente representan el 25% de la población con vida sexual activa, pero padecen del 50 al 66% de todas las ITS,<sup>40,41</sup> es decir, que son el grupo más afectado.<sup>42</sup> Esto debido a que poseen características psicológicas, conductuales<sup>43</sup> y sociales<sup>44</sup> que los hacen más propensos a padecerlas. Así mismo, las adolescentes se infectan en mayor proporción<sup>45,46</sup> debido a varios factores como la inmadurez del aparato reproductor,<sup>47</sup> específicamente del cérvix.<sup>48,49</sup>

El VPH es la ITS más común que se transmite en personas menores de 24 años, específicamente en jóvenes de entre 14 y 19 años.<sup>50</sup> Existen factores hormonales que hacen más vulnerables a las adolescentes a contraer el VPH,<sup>51,52</sup> y ellas tienen mayor riesgo

de desarrollar cáncer asociado al VPH, sobre todo si iniciaron su vida sexual a temprana edad.<sup>53,54</sup>

Las personas infectadas por una ITS son más propensas a infectarse de VIH<sup>55,56</sup> inclusive de 5 a 10 veces más que aquellas que no presentan una ITS. Así mismo, la presencia de gonorrea,<sup>57</sup> herpes y otras ITS ulcerativas; facilita dicha transmisión.<sup>58,59</sup>

En Estados Unidos se presentan casi 19 millones de casos de ITS cada año,<sup>60</sup> (de los cuales el 48% son en personas entre 15 y 24 años) incluyendo 40,000 infecciones por HIV, de las cuales 20,000 ocurren en jóvenes.<sup>61</sup> La clamidia es la ITS más común en todo el mundo,<sup>62</sup> y en este país. En los últimos 5 años ha aumentado 43.5%. Respecto a la gonorrea se estima que ocurren 600,000 nuevos casos anuales en Norte América,<sup>63</sup> y esta aumentó en adolescentes un 10% del año 2004 al 2006. Los casos de sífilis han aumentado casi un 50% en mujeres de entre 15 a 19 años del 2004 al 2006.<sup>64</sup>

Hay estudios que indican que en Estados Unidos, entre el 25 y el 45%<sup>65</sup> de mujeres con vida sexual activa de entre 15 y 29 años, y el 45% de mujeres entre 20 y 24 años tienen infección por VPH,<sup>64,66</sup> y más de 66% de todas las ITS en este país son causadas por dicho virus y por tricomonas.<sup>67</sup> Respecto al VHS-2, por lo menos 50 millones de personas en este país padecen dicha infección, aunque existen reportes que se presenta hasta en el 22% de su población,<sup>68</sup> (es decir 66 millones de personas).

En México, la OMS estimó que ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de ITS: tricomonas (3.4 millones), clamidia (1.9 millones), gonorrea (1.4 millones) y sífilis (0.24 millones).<sup>69</sup> Cifras del año 2009 estiman que existen 200,000 personas adultas con VIH.<sup>70</sup> Así mismo, se han reportado cifras de infección por VHS-2 en jóvenes desde 6%, 11%<sup>71</sup> y hasta 21%,<sup>72,73,74</sup> siendo más afectadas las mujeres.

Estudios informan que casi el 17% de las mujeres mexicanas menores de 25 años presentan infección por VPH.<sup>75</sup> Y que un factor de riesgo para esta infección es la edad temprana de inicio de la

vida sexual.<sup>76</sup> Existen datos que indican que en México los hombres mayores de 18 años presentan infección por VPH desde 42<sup>77,78</sup> hasta 60%<sup>79</sup> y que en ellos se presenta en el 46% de los casos en los genitales externos.<sup>80</sup>

Respecto a la infección por virus de hepatitis B, en México existen datos de presencia de 1.4% en menores de 40 años.<sup>81,82</sup> 1.7 millones de mexicanos han sufrido la infección por este virus y 107,000 padecen del estado de portador crónico.<sup>83</sup> Estudios indican que en nuestro país, se presenta infección por sífilis en 167,816 personas, aunque existen 1.6 millones que han presentado la enfermedad.<sup>84</sup>

### III. Embarazos no deseados

En EU, las relaciones sexuales en la adolescencia, dan como resultado 780,000 embarazos no deseados en niñas de entre 10 y 19 años, de las cuales entre el 30 y el 40% terminan en abortos.<sup>85</sup> Aproximadamente 1 de cada 13 adolescentes en este país se queda embarazada cada año, así mismo, el porcentaje de nacimientos de padres adolescentes fuera del matrimonio ha aumentado de 46% en 1980 a 80% en el 2002.<sup>86</sup> Los nacimientos de madres adolescentes de entre 15 y 19 años aumentaron casi 2.2% del año 2006 al 2007.<sup>87</sup>

En Sudafrica, el 33% de las adolescentes entre 15 y 19 años que han tenido vida sexual activa han presentado un embarazo, y en el 66% de los casos este ha sido un embarazo no deseado.<sup>88</sup> En Inglaterra, el 79% de las mujeres que han tenido un aborto ha sido durante la adolescencia.<sup>89</sup>

En México, en el 2000 ocurrieron más de 500 000 embarazos en menores de 19 años y 360,000 llegaron a término, lo que representó 17% del total de nacimientos del país.<sup>90</sup> De las mujeres de entre 12 y 19 años que han tenido relaciones sexuales en nuestro país el 55.7% han estado embarazadas alguna vez.<sup>91</sup>

## IV. Estrategias para evitar las ITS y los embarazos no deseados

Ante dicha realidad presentada, se han determinado dos estrategias para prevenir las ITS y los embarazos no deseados en adolescentes: la primera relacionada a la promoción y entrega masiva de condones a los jóvenes, la segunda enfatizando la abstinencia sexual y la monogamia estricta en la edad adulta.

### 1) Promoción del condón

El condón nunca es 100% seguro para prevenir ITS. Su efectividad varía según la consistencia en su uso; de entre el 60 y 80%<sup>92,93,94</sup> para algunas de las ITS, es decir, que por lo menos en 1 de cada 3 relaciones existirá siempre el riesgo de infección.<sup>95</sup>

Dicha efectividad se debe a varias razones:

a) Varias de la ITS se contagian piel con piel en áreas donde el condón no protege,<sup>96,97</sup> como el VPH, el VHS-2<sup>98</sup> sífilis, linfogranuloma venereo o chancroide.<sup>99,100,101,102,103</sup> Los estudios indican que la efectividad es muy baja,<sup>104</sup> en el caso de las úlceras genitales causadas por el VHS-2, sífilis y el chancroide. Se ha demostrado que la protección completa para el VPH usando un condón, es imposible.<sup>105</sup> La OMS establece que el uso consistente del condón no protege contra el VPH y sólo lo hace contra el desarrollo de verrugas genitales y algunos cánceres. Algunos estudios demuestran que el uso consistente del mismo disminuye la infección en un 70%,<sup>106</sup> pero si no es consistente es del 50%,<sup>93</sup> e incluso se ha reportado al condón como un factor de riesgo para el contagio del VPH.<sup>107</sup>

b) Falla mecánica en su uso, principalmente en jóvenes<sup>100,108</sup> pues tienen mayor dificultad para usarlo y presentan deslizamientos y roturas en mayor proporción.<sup>109,110,111,112</sup> Existe un porcentaje de ruptura del 12 al 30%<sup>113,114,115,116,117</sup> y ha habido reportes de hasta 35%.<sup>118</sup> Las mujeres adolescentes presentan mayor número de ITS cuando se presenta ruptura o deslizamiento del condón.<sup>119</sup>

c) Permeabilidad de los mismos. El Laboratorio de investigación de la FDA (Food and Drug Administration) en los Estados Unidos, elaboró un método para valorar la permeabilidad de los condones, y demostró fuga en el 32% de los casos.<sup>120</sup> En varios estudios, se ha comprobado el paso del VIH por los poros de látex del condón hasta en un 33%.<sup>121</sup>

d) La inconsistencia en su uso. Su uso en adolescentes es inconsistente, este es de entre el 27 al 48%, lo que aumenta el número de ITS.<sup>122</sup> Los usuarios inconsistentes (es decir, que no lo usan el 100% de las veces), tienen 20 veces más riesgo de infectarse por VIH que los usuarios consistentes en contactos sexuales en parejas infectadas.<sup>123</sup> El uso inconsistente no protege contra el VIH ni las demás ITS, y se relaciona con aumento en infección por gonorrea y clamidia.<sup>124</sup>

En relación a la prevención del VIH al utilizar un condón, existen varios estudios que demuestran una efectividad del 69%,<sup>125</sup> 90%,<sup>123</sup>, 87%;<sup>126</sup> pero en global se considera que ésta es del 80% con uso consistente;<sup>127</sup> es decir que por lo menos en 1 de cada 5 relaciones siempre existirá el riesgo de infección.

Se ha reportado que la protección del condón en mujeres para prevenir gonorrea es del 58%<sup>128</sup> al 62% y para clamidia del 25% con su uso consistente.<sup>129</sup> Varios reportes indican que este ofrece inadecuada protección contra tres de las ITS más comunes: VPH, HVS-2 y clamidia.<sup>130</sup>

Así mismo, el condón tiene un elevado número de fallos para prevenir embarazos, reportándose datos del 12%,<sup>131,132</sup> del 13%,<sup>133</sup> 17%<sup>134</sup> y hasta del 50% en el 2º año de uso.<sup>135</sup> Así mismo, el condón ha sido muy cuestionado para la prevención de embarazos, hay reportes donde más de 4,500 mujeres que acudieron a abortar en Inglaterra entre 1989 y 1993, el 40% se embarazó por falla del condón.<sup>136</sup>

Se ha demostrado que la exposición a la educación del uso del condón no tiene como consecuencia mayor seguridad en las prácti-

cas sexuales, ni aumenta su uso al tener conductas sexuales de riesgo.<sup>137,138,139,140</sup> Y los esfuerzos que se han realizado por educar al adolescente en el uso del mismo no presentan gran impacto en su uso,<sup>141</sup> por lo que no disminuyen las ITS ni los embarazos no deseados.

Varios estudios refieren mayor número de infectados por VIH asociado al aumento en el uso del condón, debido a que las campañas que popularizan el condón, ofrecen la ilusión del llamado sexo seguro, que incrementa la promiscuidad entre jóvenes y que aumenta el número de ITS.<sup>142</sup>

## 2) Promoción de la abstinencia sexual

La promoción de la abstinencia es la mejor solución sobre la conducta sexual, especialmente en adolescentes.<sup>143</sup> Es la única forma 100% segura de evitar ITS y embarazos no deseados<sup>144</sup> en los jóvenes,<sup>145,146,147</sup> y por consiguiente lo más efectivo para lograr dicho objetivo,<sup>148,149</sup> y debe ser el primer paso en los programas de prevención de las ITS.<sup>150</sup> Así mismo, se ha comprobado que su promoción no tiene efectos secundarios.<sup>151</sup>

La educación en la abstinencia sexual se define como la enseñanza de los beneficios de esta práctica, en términos de ganancia, en los ámbitos social y de salud, pero también de las posibles consecuencias de la actividad sexual en adolescentes como serían el riesgo de embarazo y contagio de enfermedades de transmisión sexual.<sup>152</sup>

Dentro de la comunidad científica, existe actualmente un acuerdo para promover como puntos primarios el valor de la abstinencia y la fidelidad basados en la estrategia del ABC (abstinence, be faitfull, condom). Esto se puede concluir del consenso que publicó Lancet en el año 2004.<sup>145</sup>

Así mismo, desde el año 2003, la OMS afirma que:<sup>153</sup> dentro de las medidas preventivas de educación en las escuelas para evitar la infección del VIH en jóvenes de entre 10 y 18 años, debe enfatizarse el retraso en la edad de inicio de la vida sexual, es decir, promover la abstinencia sexual. En el “Reporte de estrategias globales para prevención y control de enfermedades de transmisión sexual” de dicha organización, se menciona a la abstinencia sexual y la reducción de parejas sexuales como estrategia para disminuir la infección por VIH.<sup>154</sup> Así mismo, el Departamento de Salud Reproductiva hace énfasis en el “Comunicado sobre planeación familiar en salud reproductiva”, que las estrategias preventivas más efectivas para la completa protección de las ITS es la abstinencia sexual y la fidelidad con parejas sanas; y que dichas conductas deben ser promovidas como estrategia primaria de prevención.<sup>155</sup>

Dentro de los objetivos del 2010 del gobierno de Estados Unidos relacionados con la sexualidad, se encuentran el aumento del número de adolescentes que se abstengan de las relaciones sexuales.<sup>156,157</sup>

La abstinencia sexual en gente joven reduce el número de parejas sexuales que se tendrán en toda la vida,<sup>158</sup> el número de parejas no monógamas, y la exposición a conductas sexuales de riesgo, previniendo de las ITS y los embarazos no deseados.<sup>159</sup>

Debe enfatizarse la promoción de la abstinencia sexual o el retraso del inicio de la vida sexual<sup>160</sup> dado que esta práctica ofrece una verdadera esperanza al mayor número de adolescentes<sup>161</sup> para prevenir las ITS<sup>162</sup>, así como embarazos no deseados.<sup>163,164,165</sup>

Las intervenciones basadas en la educación en la abstinencia sexual juegan un rol importante para prevenir el inicio de la vida sexual a corta edad.<sup>166</sup> Diversos estudios científicos demuestran que sí se puede educar a los<sup>167</sup> y las<sup>168</sup> adolescentes en la abstinencia<sup>169,170</sup> o el retraso del inicio de la vida sexual.<sup>171,172,173,174,175,176,177,178</sup> Y aquellos estudiantes que reciben educación sobre la abstinencia tienen menos probabilidad de iniciar la vida sexual comparada con quienes no reciben este tipo de programas.<sup>179,180</sup>

## **V. Caso exitoso de promoción de la abstinencia sexual y la disminución del VIH en el mundo**

Los cambios en la conducta sexual,<sup>181</sup> entendidos como promoción de la abstinencia sexual y la disminución de parejas sexuales,<sup>182</sup> es decir, la monogamia con una persona sana, han sido la única estrategia que ha logrado disminuir la infección por VIH, muy por encima de la utilización del condón.<sup>183,184,185,186</sup> Tal es el caso de Uganda.<sup>187</sup>

Uganda es un país de África Subsahariana que fue considerado una de las naciones con mayor porcentaje de población infectada con el VIH, especialmente el distrito de Rakai, el cual fue epicentro de la pandemia del VIH en África.<sup>188</sup>

Uganda disminuyó 70% el VIH desde inicio de los años noventa, relacionado este al 60% en la reducción de sexo casual, es decir, disminuyendo el número de parejas sexuales<sup>189</sup> y promoviendo la abstinencia, siendo mucho más importantes dichas estrategias que la utilización del condón.<sup>190</sup>

Uganda es uno de los pocos países del mundo que ha logrado disminuir significativamente del VIH en su población,<sup>191</sup> en contraste con sus vecinos,<sup>192</sup> que han promovido el condón pero no la abstinencia ni la monogamia.<sup>193</sup>

En 1986, el 15% de los adultos que vivían en la capital de dicho país, (Kampala), tenían VIH, y en todo el país se presentaban 1.3 millones de adultos con VIH, de un total de 19.5 millones de adultos.<sup>181</sup> De 1991 al 2001, Uganda pasó de tener de 30% de su población infectada con el VIH, a sólo el 5%, en 2001.<sup>187</sup>

La efectividad del programa de prevención del VIH en Uganda se ha comparado con la efectividad que se podría obtener utilizando una vacuna contra el VIH, la cual sería del 80%.<sup>189</sup>

## **VI. Estrategias para lograr la adecuada promoción de la abstinencia sexual en los adolescentes y jóvenes**

1) Promover la mejor relación y comunicación entre padres de familia y los adolescentes.

Los padres son esenciales para el desarrollo saludable de los adolescentes, ellos juegan un papel crítico en la efectiva comunicación relacionada con valores sexuales,<sup>194</sup> su cuidado y supervisión son importantes para evitar que los jóvenes caigan en conductas de riesgo.<sup>195</sup>

Se ha demostrado que a mayor comunicación entre padres e hijos adolescentes y unión familiar,<sup>196</sup> existe mayor frecuencia de abstinencia sexual en los jóvenes,<sup>197</sup> pues los adolescentes que reportan menor satisfacción en la relación con sus padres tienen el doble de riesgo de tener relaciones sexuales que aquellos que sí la tienen.<sup>198</sup>

El nivel de supervisión de los padres de familia tiene influencia en las conductas sexuales de los adolescentes. A mayor supervisión de los padres<sup>199</sup> o responsables<sup>200</sup> existe mayor retraso en el inicio de la vida sexual,<sup>201,202,203,204,205,206</sup> pues si los adolescentes jóvenes no son supervisados más de 5 horas a la semana después de la escuela, tienen doble riesgo de contraer una ITS clamidia y gonorrea, que aquellos que sí son supervisados más de 5 horas a la semana.<sup>207</sup>

Si los padres que cuidan a sus hijos promueven la convivencia familiar, y existe buena relación entre ellos, se disminuyen las conductas sexuales de riesgo en sus hijos; por lo que reducen embarazos e ITS en los jóvenes.<sup>208</sup>

Así mismo, es fundamental que los padres hablen con los jóvenes sobre abstinencia sexual, sobre cómo decir NO a las relaciones sexuales; les indiquen reglas claras, y les enseñen qué es bueno y qué no; así mismo, enfatizan la desaprobación de las relaciones sexuales precoces, pues esto retrasa el inicio de la vida sexual en la adolescencia.<sup>209,210</sup> Se ha demostrado que los jóvenes que platican de sexualidad con sus padres más que con sus amigos, son más propensos a no tener relaciones sexuales.<sup>211</sup> Así mismo, los casos de padres que platican con sus hijos sobre sexualidad a edades tardías, se relacionan con el inicio de la vida sexual a temprana edad

por los jóvenes.<sup>212</sup> La influencia de los padres para evitar las relaciones sexuales cuando existe una comunicación estrecha entre ellos y sus hijos es muy eficaz.<sup>198</sup>

Por otro lado, la unión familiar es fundamental para lograr este objetivo, pues los adolescentes que viven con sus dos padres inician la vida sexual a edades posteriores<sup>213</sup> que aquellos que vive solamente con uno.<sup>214,215,216,217</sup> El vivir con un sólo padre aumenta la actividad sexual.<sup>218</sup>

Para reducir el riesgo de tener actividad sexual en la adolescencia, los padres deben hacer énfasis en retrasar los noviazgos, sobre todo en el caso de las mujeres si el novio es algunos años mayor que ellas.<sup>219</sup>

## 2) Enfatizar la religión en los jóvenes.

La religiosidad está asociada de manera positiva a conductas saludables en los adolescentes,<sup>220</sup> disminuye las conductas sexuales de riesgo<sup>221</sup> y retrasa el inicio de la vida sexual.

Está comprobado que los y las adolescentes que asisten frecuentemente a los servicios religiosos, a actividades religiosas para jóvenes<sup>222</sup>, le dan alta importancia de la religión en su día a día; inician hasta en un 50%<sup>223</sup> más tarde la vida sexual.<sup>224,225,226,227,228,229,230,231,232</sup>

La fuerte religiosidad en las familias, incluyendo padres religiosos<sup>233</sup> y que acuden a los servicios religiosos, contribuye al retraso del inicio de la vida sexual.<sup>234</sup> Es así que tener convicciones religiosas importantes ha demostrado ser un factor protector para prevenir conductas de riesgo como el consumo de alcohol y el inicio de relaciones sexuales.<sup>235,236</sup>

Mientras mayores son las convicciones religiosas, mayor es la presencia de actitudes positivas hacia la abstinencia<sup>237,238</sup> hasta el matrimonio,<sup>239</sup> y actitudes sexuales conservadoras.<sup>240</sup>

## 3) Evitar la deserción escolar en los adolescentes.

Varios estudios han demostrado que los adolescentes que llegan a graduarse de la preparatoria y a acuden a la universidad, son más propensos a abstenerse de las relaciones sexuales, que aquellos que cortan sus estudios a temprana edad.<sup>241</sup>

Mayor educación escolar retrasa el inicio de la vida sexual activa<sup>242,243,244</sup> y los embarazos en gente joven;<sup>245</sup> así mismo, a menor educación y mayor deserción escolar, aumentan las conductas sexuales de riesgo<sup>246,247</sup> y el inicio de vida sexual a corta edad.<sup>248</sup>

4) Promover amistades positivas entre los jóvenes.

Las adolescentes identifican a su familia, amigos, compañeros, la escuela y los medios de comunicación como sus fuentes más importantes de conocimiento sobre salud sexual.<sup>249</sup>

Los jóvenes que perciben que sus amigos no tienen o no favorecen la vida sexual activa, son menos propensos a tener relaciones sexuales,<sup>250</sup> pero aquellos que sus amigos sí tienen relaciones sexuales influyen en el inicio de la vida sexual en la adolescencia;<sup>251,252</sup> pues los amigos son la mayor influencia para iniciar la vida sexual en ellos.<sup>253</sup>

Los jóvenes que se sienten menos presionados por sus amigos para iniciar la vida sexual y que están más seguros de sus habilidades para decir “No”, retrasan el inicio de la vida sexual más fácilmente.<sup>254,255</sup>

5) Evitar otras conductas de riesgo como el consumo de alcohol, cigarrillos y otras drogas; así como ciertos programas de televisión y música.

Existe relación directa entre la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas y la edad de inicio de la vida sexual; es decir, que a menor edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, menor será la edad de inicio de la vida sexual.<sup>256</sup>

Hay estudios que indican que el retraso del inicio de la vida sexual se asocia con los adolescentes que no consumen alcohol, drogas ilícitas ni fuman cigarrillos.<sup>255</sup>

Los jóvenes que tienen vida sexual reportan del 50 al 100% más consumo de tabaco que aquellos que no han iniciado la vida sexual; y de manera casi similar lo es para el consumo de alcohol y marihuana.<sup>39</sup>

El consumo de alcohol en la adolescencia se asocia con inicio de la vida sexual, múltiples parejas sexuales, consumo de drogas y embarazos no deseados.<sup>257</sup>

Del mismo modo, la exposición de los adolescentes a contenidos sexuales en la televisión aumenta la precocidad del inicio de vida sexual<sup>258</sup> y aumenta al doble el riesgo de presentar embarazo en los siguientes 3 años.<sup>259</sup>

Así mismo, escuchar música con contenido sexual degradante está relacionado con el aumento de la actividad sexual. Reducir el contenido sexual de la música popular a la disposición de los jóvenes retrasa el inicio de la vida sexual.<sup>260</sup>

## VII. Conclusiones

En base a los datos presentados, podemos concluir que:

1) El inicio de la vida sexual en la adolescencia, únicamente pone en riesgo la salud física y psicológica de este grupo de personas.

2) El condón puede proporcionar algún grado de protección contra algunas de las ITS, pero esta NUNCA es del todo efectiva, pues el porcentaje de fallas para prevenir todas las ITS es de entre 20 y 50%, por lo que hasta ahora no puede proporcionar “sexo seguro”.

3) La única forma 100% segura de prevenir las ITS y los embarazos no deseados en los adolescentes es la abstinencia sexual.

4) Como sociedad es importante promover en los jóvenes todas las herramientas que permitan retrasar el inicio de la vida sexual, como son una adecuada comunicación entre padres e hijos, el aumento en las convicciones religiosas y las amistades positivas entre adolescentes para lograr dicho objetivo.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> Dehne KL, Riedner G. *Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services*. Geneve: World Health Organization; 2005.

<sup>2</sup> United Nations Population Fund. *State of world population, 2003. Investing in adolescents' health and rights*. UNFPA; 2003.

- <sup>3</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Resumen General*. México, D.F.: INEGI.
- <sup>4</sup> Abma JC, Martinez GM, Mosher WD, Dawson BS. *Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002*. Vital Health Stat 2004, 23 (24): 1-48
- <sup>5</sup> Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, et al. *Youth Risk Behaviour Surveillance-United States, 2005*. Surveillance Summaries, vol 55, no SS-5, Centers for disease Control and Prevention (on line) June 9, 2006. Atlanta, GA: US. Department of Health and Human Services. Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5302a1.htm>.
- <sup>6</sup> Forehand R, Armistead L, Long N, Wyckoff CS, Kotchick BA, Whitaker D, et al. *Efficacy of a parent-based sexual-risk prevention program for african american preadolescents*. Arch Pediatr Adolesc Med 2007; 161(12): 1123-29.
- <sup>7</sup> National campaign to prevent teen pregnancy. *Highlights: 2002 National Survey of Family Growth*. December 10, 2004 (on line) Washington DC: Author. Available at: <http://www.teenpregnancy.org>
- <sup>8</sup> Encuesta Nacional de Juventud 2000. *Resultados Generales*. México, D.F.: Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de la Juventud, agosto 2002.
- <sup>9</sup> Walker D, Gutierrez JP, Torres P, Bertozzi SM. *HIV prevention in Mexican schools: prospective randomized evaluation of intervention*. BMJ 2006; 332: 1189-94.
- <sup>10</sup> Genuis SJ, Genuis SK. *Adolescent behaviour should be priority*. BMJ 2004; 328: 894.
- <sup>11</sup> Greenberg J, Magder L; Aral S. *Age at first coitus. A marker for risky sexual behavior in woman*. Sex Transm Dis 1992; 19: 331-34.
- <sup>12</sup> Sandfort TG, Orr M, Hirsch JS, Santelli J. *Long-Term Health Correlates of Timing of Sexual Debut: Results From a National US Study*. Am J Public Health 2008; 98: 155-61.
- <sup>13</sup> Santelli JS, Brener ND, Lowry R, Bhatt A, Zabin LS. *Multiple sexual partners among U.S. adolescents and young adults*. Fam Plann Perspect 1998; 30: 271-5.
- <sup>14</sup> Smith CA. *Factors associated with early sexual activity among urban adolescents*. Soc Work 1997; 42: 334-46.
- <sup>15</sup> Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. *Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults*. Am J Epidemiol 2005; 161: 774-80.
- <sup>16</sup> Niccolai LM, Ethier KA, Kershaw TS, Lewis JB, Meade CS, Ickovics JR. *New sex partner acquisition and sexually transmitted disease risk among adolescent females*. J Adolesc Health 2004; 34: 216-23.
- <sup>17</sup> Rosenthal SL, Von Ranson KM, Cotton S, Biro FM, Mills L, Succop PA. *Sexual initiation predictors and developmental trends*. Sex Trans Dis 2001; 28: 527-32.
- <sup>18</sup> Kahn JA, Rosenthal SL, Succop PA, Ho GY, Burk RD. *Mediators of the association between age of first sexual intercourse and subsequent human papillomavirus infection*. Pediatrics 2002; 109 (1): E5.

- <sup>19</sup> Evans DW, Davis K, Ashley OS; Blitstein J, Koo H, Zhang Y. *Efficacy of abstinence promotion media messages: finding from an online randomized trial*. J Adoles Health 2009; 1-8
- <sup>20</sup> Pettifor A, van der Straten A, Dunbar M, Shiboski S, Padian N. *Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among woman in Zimbabwe*. AIDS 2004; 18: 1435-42.
- <sup>21</sup> Magnusson C, Trost K. *Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood?* J Psychosom Obstet Gynaecol 2006; 27 (4): 237-44.
- <sup>22</sup> Hallfors DD, Waller MW, Bauer DJ, Ford CA, Halpern CT. *Which comes first in adolescence-sex and drugs or depression?* Am J Prev Med 2005; 29: 163-70.
- <sup>23</sup> Lam TH, Stewart SM, Leung GM, Lee PW, Wong JP, Ho LM. *Depressive symptoms among Hong Kong adolescents: relation to atypical sexual feelings and behaviors, gender dissatisfaction, pubertal timing, and family and peer relationships*. Arch Sex Behav 2004; 33 (5): 487-96.
- <sup>24</sup> Kaltiala-Heino R, Kosunen E, Rimpelä M. *Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence*. J Adolesc 2003; 26 (5): 531-45.
- <sup>25</sup> Sabia JJ, Rees DI. *The effect of adolescent virginity status on psychological well-being*. J Health Econ 2008; 27 (5): 1368-81.
- <sup>26</sup> Khan MR, Kaufman JS, Pence BW, Gaynes BN, Adimora AA, Weir SS, et al. *Depression, sexually transmitted infection, and sexual risk behavior among young adults in the United States*. Arch Pediatr Adolesc Med 2009; 163 (7): 644-52.
- <sup>27</sup> Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, et al. *Adolescent depression and suicide risk; association with sex and drug behavior*. Am J Prev Med 2004; 27 (3): 224-31.
- <sup>28</sup> Rector R, Johnson K, Noyes L. *Sexually active teenagers are more likely to be depressed and to attempt suicide*. Heritage Foundation Center for data Analysis 2003: Report #03-04. Available at: <http://www.heritage.org/Research/Family/cda0304.cfm>.
- <sup>29</sup> Gayón VE, Hernández OH, Sam SS, Lombardo AE. *Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual*. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76 (2): 88-96.
- <sup>30</sup> National Institute of Allergy and Infectious Disease. *Workshop Summary: evidence on condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention, 2000*.
- <sup>31</sup> Workowski KA, Levine WC, Wasserheit JN. *U.S. Centers for Disease Control and Prevention guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases: an opportunity to unify clinical and public health practice*. Ann Intern Med 2002; 137 (4): 255-62.
- <sup>32</sup> Lipozencić J, Ljubojević S, Marinović B. *Epidemiology of sexually transmitted disease and infections*. Acta Dermatovenerol Croat 2007; 15 (4): 232-5.
- <sup>33</sup> *Riding the sexual-health bandwagon*. Lancet Infect Dis 2005; 5(1):1.
- <sup>34</sup> Anwar M, Sulaiman SA, Ahmadi K, Khan TM. *Awareness of school students on sexually transmitted infections (STIs) and their sexual behavior: a cross-sectional*

study conducted in Pulau Pinang, Malaysia. *BMC Public Health* 2010; 10: 47.

<sup>35</sup> Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Chohan B, Martin HL, et al. *Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: Results from a prospective study*. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 380-85.

<sup>36</sup> *HIV treatment will boost prevention and strengthen health systems, says the World Health Report 2004*. *Bull World Health Organ* 2004; 82 (6): 477-8.

<sup>37</sup> Kmietowicz Z. *Global efforts to control AIDS are "entirely inadequate"*. *BMJ* 2003; 327: 1246.

<sup>38</sup> Grassly NC, Garnett GP. *The future of the HIV pandemic*. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83: 378-83.

<sup>39</sup> Gutierrez JP, Bertozzi SM, Conde-González CJ, Sanchez-Aleman MA. *Risk behaviors of 15–21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas*. *BMC Public Health* 2006, 6: 49.

<sup>40</sup> Moscicki AB. *Impact of HPV infection in adolescent populations*. *J Adolesc Health* 2005; 37 (6 Suppl): S3-9.

<sup>41</sup> Lipozencić J, Ljubojević S. *Some thoughts about the role of sexually transmitted disease in everyday life*. *Acta Dermatovenerol Croat* 2005; 13 (2): 127-9.

<sup>42</sup> Catchpole M. *Sexually transmitted infections: control strategies*. *BMJ* 2001; 322: 1135–6.

<sup>43</sup> Tarr ME, William ML. *Sexually transmitted infections in adolescent women*. *Clin Obstet Gynecol* 2008; 51 (2): 306-18.

<sup>44</sup> Feroli KL, Burstein GR. *Adolescent sexually transmitted diseases: new recommendations for diagnosis, treatment and prevention*. *MCN Am J Mater Child Nurs* 2003; 28: 113-8.

<sup>45</sup> Centers for Disease Control and Prevention, Division of HIV/AIDS Prevention. *Fact Sheet.-Young People at Risk: HIV/AIDS Among American's Youth* (on line). Atlanta, GA: US. Department of Health and Human Services, 2003. Available at: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/youth.htm>.

<sup>46</sup> Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Disease Surveillance*. 2002 (on line) Atlanta, GA: US. Department of Health and Human Services September, 2003. Available at: <http://www.cdc.gov/stats/tables/table12B.htm>.

<sup>47</sup> Paul C, Van Roode T, Herbison P, Dickson N. *Longitudinal study of self-reported sexually transmitted infection incidence by gender and age up to age thirty-two years*. *Sex Transm Dis* 2009; 36: 63-69.

<sup>48</sup> Stevens-Simon C, Nelligan D, Breese P, Jenny C, Douglas JM. *The prevalence of genital human papillomavirus infections in abused and nonabused preadolescent girls*. *Pediatrics* 2000; 106 (4): 645-9.

<sup>49</sup> Kahn JA, Rosenthal SL, Succop PA, Ho GY, Burk RD. *Mediators of the association between age of first sexual intercourse and subsequent human papillomavirus infection*. *Pediatrics* 2002; 109 (1): E5.

<sup>50</sup> Revzina NV, Diclemente RJ. *Prevalence and incidence of human papillomavirus infection in women in the USA: a systematic review*. *Int J STD AIDS* 2005; 15: 528-37.

- <sup>51</sup> Shew ML, Fortenberry JD, Miles P, Amortegui AJ. *Interval between menarche and first sexual intercourse, related to risk of human papillomavirus infection.* J Pediatr 1994; 125(4):661-6.
- <sup>52</sup> Moscicki AB. *Genital HPV infections in children and adolescents.* Obstet Gynecol Clin North Am 1996; 23 (3): 675-97.
- <sup>53</sup> Koutsky LA, Holmes KK, Critchlow CW, Stevens CE, Paavonen J, Beckmann AM, et al. *A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection.* N Engl J Med 1992 Oct 29; 327 (18): 1272-8.
- <sup>54</sup> Giuliano AR, Papenfuss M, Schneider A, Nour M, Hatch K. *Risk factors for high-risk type Human Papillomavirus infection among Mexican-American women.* Cancer Epidemio Biomarkers Prev 1999; 8: 615-20.
- <sup>55</sup> Blackard JT, Mayer KH. *HIV superinfection in the era of increased sexual risk-taking.* Sex Transm Infect 2004; 31 (4): 201-04.
- <sup>56</sup> Hamers FF, Downs AM. *The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies?* Lancet 2004; 364: 83-94.
- <sup>57</sup> Fleming DT, Wasserheit JN. *From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted disease to sexual transmission of HIV infection.* Sex Transm Infect 1999; 75:3-17.
- <sup>58</sup> Auvert B, Ballard R, Campbell C, Carael M, Carton M, Fehler G, et al. *HIV infection among youth in South Africa mining town is associated with herpes simplex virus-2 seropositive and sexual behaviour.* AIDS 2001; 15: 885-98.
- <sup>59</sup> Mbizvo EM, Msuya-Sia E, Spray-Pedersen B, Chirenje MZ, Munjoma M, Hussain A. *association of herpes simplex virus type 2 with the human immunodeficiency virus among urban women in Zimbabwe.* Int J STD AIDS 2002; 13: 343-8.
- <sup>60</sup> Crepaz N, Horn AK, Rama SM, Griffin T, Deluca JB, Mullins MM, et al. *The efficacy of behavioral interventions in reducing HIV risk sex behaviors and incident sexually transmitted disease in black and hispanic sexually transmitted disease clinic patients in the United States: A meta-analytic review.* Sex Transm Dis 2007; 34 (6): 319-32.
- <sup>61</sup> Weinstock H, Berman S, Gates W. 2004. *Sexually transmitted disease among american youth: incidence and prevalence estimates, 2000. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2004;* 36 (1): 6-10.
- <sup>62</sup> Chiaradonna C. *The Chlamydia cascade: enhanced STD prevention strategies for adolescents.* J Pediatr Adolece Gynecol, 2008; 21: 233-41.
- <sup>63</sup> CDC. *Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2004.* Atlanta, GA: USA. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for HIV, STD, and TB Prevention; 2005.
- <sup>64</sup> Gavin L, MacKay AP, Brown K, Harrieer S, Ventura SJ, Kann L, et al. *Sexual and reproductive health of persons aged 10-14 years-United States, 2002-2007.* MMWR Surveill Summ. 2009 Jul 17; 58 (S S06): 1-58.
- <sup>65</sup> Brown DR, Shew ML, Qadadri B, Neptune N, Vargas M, Tu W, et al. *A longitudinal study of genital Human Papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women.* J Infect Dis 2005; 191 (2): 182-92.

- <sup>66</sup> Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, McQuillan G, Swan DC, Patel SS, Markowitz LE. *Prevalence of HPV infection among females in the United States*. JAMA 2007; 297:813-19.
- <sup>67</sup> Cates W, Jr. *Estimates of the incidence and prevalence of sexually transmitted diseases in the United States*. American Social Health Association Panel. Sex Transm Dis 1999; 26 (4 Suppl): S2-7.
- <sup>68</sup> Barton SE. *Reducing the transmission of genital herpes*. BMJ 2005; 330: 157-8.
- <sup>69</sup> Santos-Preciado JI, Villa-Barragan JP, Garcia-Aviles MA, Leon-Alvarez G, Quezada-Bolanos S, Tapia-Conyer R. *La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México*. Salud Pública Mex 2003; 45 Suppl 1: S140-52.
- <sup>70</sup> Registro Nacional de Casos de SIDA. *Datos al 14 de noviembre del 2009*. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; Secretaría de Salud, México.
- <sup>71</sup> Torres P, Walker DM, Gutiérrez JP, Bertozzi SM. *Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos*. Salud Publica Mex 2006; 48: 308-16.
- <sup>72</sup> Abraham C, Conde-González CJ, Cruz-Valdez A, Sánchez-Zamorano L, Hernández-Marquez C, Lazcano-Ponce E. *Sexual and demographic risk factors for herpes simplex virus type 2 according to schooling level among Mexican youths*. Sex Transm Dis 2003; 30: 549-55.
- <sup>73</sup> Gutierrez JP, Conde-González CJ, Walter DM, Bertozzi SM. *Herpes Simplex Virus Type 2 among Mexican high school adolescents: prevalence and association with community characteristics*. Archiv Med Research 2007; 38: 774-82.
- <sup>74</sup> Sánchez-Alemán MA, Conde-González CJ, Gayet C. *Sexual behavior and herpes simplex virus 2 infection in college students*. Arch Med Research 2005; 36: 574-80.
- <sup>75</sup> Lazcano-Ponce E, Herrero R, Muñoz N, Cruz A, Shah KV, Alonso P, et al. *Epidemiology of HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology*. Int J Cancer 2001; 91: 412-20.
- <sup>76</sup> Flores YN, Bishai DM, Shah KV, Lazcano-Ponce E, Lörcincz A, Hernández M, et al. *Risk factors for cervical cancer among HPV positive women in Mexico*. Salud Publica Mex 2008; 50: 49-58.
- <sup>77</sup> Lazcano-Ponce E, Herrero R, Muñoz N, Hernández-Avila M, Salmeron J, Leyva A, et al. *High prevalence of Human Papillomavirus infection in mexican male. Comparative study of penile-urethral swabs and urine samples*. Sex Transm Dis 2001; 28 (5): 277-80.
- <sup>78</sup> Lajous M, Mueller N, Cruz-Valdéz A, Aguilar LV, Franceschi S, Hernández-Ávila M, et al. *Determinants of Prevalence, Acquisition, and Persistence of Human Papillomavirus in Healthy Mexican Military Men*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005;14 (7): 1710-6.
- <sup>79</sup> Giuliano AR, Lazcano-Ponce E, Villa LL, Flores R, Salmeron J, Lee J, et al. *The human Papillomavirus Infection in men study: Human Papillomavirus prevalence and type distribution among men residing in Brazil, Mexico and the United States*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2008;17 (8): 2036-43.

- <sup>80</sup> Aguilar LV, Lazcano-Ponce E, Vaccarella A, Cruz A, Hernández P, Smith JS, et al. *Human papillomavirus in men: comparison of different genital sites*. Sex Transm Infect 2006; 82: 31–33.
- <sup>81</sup> Tanaka J. *Hepatitis B epidemiology in Latin America*. Vaccine 2000; 18:Suppl1: S17-9.
- <sup>82</sup> Silveira TR, Fonseca JC, Rivera L, Fay OH, Tapia R, Santos JI, et al. *Hepatitis B seroprevalence in Latin America*. Rev Panam Salud Publica 1999; 6 (6): 378-83.
- <sup>83</sup> Valdespino JL, Conde-González CJ, Olaiz-Fernández G, Palma O, Sepúlveda J. Prevalence of hepatitis B infection and carrier status among adults in Mexico. Salud Publica Mex 2007; 49 suppl 3: S404-S411.
- <sup>84</sup> Conde-González CJ, Valdespino JL, Juárez-Figueroa LA, Palma O, Olamendi-Portugal M, Olaiz-Fernández G, et al. *Prevalencia de anticuerpos anti-treponémicos y características sociodemográficas en población mexicana adulta en el año 2000*. Salud Publica Mex 2007; 49 supl 3:S412-S420.
- <sup>85</sup> Menacker F, Martin J, MacDorman M, Ventura S. 2004, *Births to 10-14 year-old mothers, 1990-2002: Trends and health outcomes*. National Vital Statistics Reports 2004; 53: 1-20.
- <sup>86</sup> Weed SE, Ericksen IH, Lewis A, Grant G, Wibberly KH. *An abstinence program's impact on cognitive mediators and sexual initiation*. Am J Health Behav 2008; 32 (1): 60-73
- <sup>87</sup> Gavin L, MacKay AP, Brown K, Harriear S, Ventura SJ, Kann L, et al. *Sexual and reproductive health of persons aged 10-24 years United States, 2002-2007*. MMWR Surveill Summ. 2009 Jul 17; 58 (S S06): 1-58.
- <sup>88</sup> Pettifor AE, Rees HV, Kleinschmidt I, Steffenson AE, MacPhail C, Hlongwa-Madikizela L, et al. *Young people's sexual health in South Africa: HIV prevalence and sexual behaviors from a nationally representative household survey*. AIDS 2005, 19: 1525–34.
- <sup>89</sup> Adler M. *Sexual health*. BMJ 2003; 327 (7406): 62-3.
- <sup>90</sup> Consejo Nacional de Población 2000. *La situación actual de las y los jóvenes en México*. Diagnóstico demográfico. México, DF: Conapo; 1997: 16.
- <sup>91</sup> González-Garza C, Rojas-Martínez R, Hernández-Serrato MI, Olaiz-Fernández G. *Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000*. Salud Publica Mex 2005; 47: 209-218.
- <sup>92</sup> Workowski KA, Berman SM. *Sexually transmitted disease treatment guidelines, 2006*. MMWR 2006; 55 (RR11): 1-94.
- <sup>93</sup> Crosby RA, DiClemente RI, Wingood GM, Land D, Harrington KF. *Value of consistent condom use: a study of sexually transmitted disease prevention among African American adolescent females*. Am J Public Health 2003; 93 (61): 901-2.
- <sup>94</sup> Cayley W. *Effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV*. Am Fam Physician 2004; 70 (7): 1268-69.
- <sup>95</sup> Winer RL, Huges JP, Qinghua F, O'Reilly BS, Kiviat NB, Holmes KK, et al. *Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women*. N Eng J Med 2006 Jun 22; 354(25): 2645-54.

- <sup>96</sup> Centers for Disease Control and Prevention. *Fact sheet for public health personnel: male latex condoms and sexually transmitted disease*. 2001. Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/STD>.
- <sup>97</sup> McIlhanev JS Jr. *Sexually transmitted infection and teenage sexuality*. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 334-9.
- <sup>98</sup> Rana RK, Pimenta JM, Rosenberg DM, Tyring SK, Paavonen J, Cook SF, et al. *Demographic, behavioral and knowledge factors associates with herpes simplex virus type 2 infection among men whose current female partner has genital herpes*. Sex Transm Dis 2005; 32 (5): 308-13.
- <sup>99</sup> Workowski KA, Levine WC. *Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002*. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep 2002; 5 (RR-6): 1-78.
- <sup>100</sup> Genuis SJ, Genuis SK. *Managing the sexually transmitted disease pandemic: a time for re-evaluation*. Am J Obstet Gynecol 2004; 191: 1103-12.
- <sup>101</sup> Fitch JT, Stine C, Hager D, Mann J, Adam MB, McIlhanev J. *Condom effectiveness. Factors that influence risk reduction*. Sex Transm Dis 2002; 29 (12): 811-17.
- <sup>102</sup> Genuis SJ, Genuis SK. *Primary prevention of sexually transmitted disease: applying the ABC strategy*. Postgrad Med J 2005; 81: 399-301.
- <sup>103</sup> Workowski KA, Levine WC. *Selected topics from the Centers for Disease Control and prevention sexually transmitted disease treatment guidelines 2002*. HIV Clin Trials 2002; 3(4): 421-33.
- <sup>104</sup> Holmes KK, Levine R, Weaver M. *Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections*. Bull World Health Org 2004; 82 (6): 454-61.
- <sup>105</sup> Manhart LE, Koutsky LA. *Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts or cervical neoplasia? A meta-analysis*. Sex Trans Dis 2002; 29: 725-35.
- <sup>106</sup> Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK. *Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women*. N Eng J Med 2006; 354 (25): 2645-54.
- <sup>107</sup> National Institute of Allergy, Infectious Diseases. *Workshop Summary: Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention*, Herdon, VA, July 20, 2001.
- <sup>108</sup> Warner L, Clay-Warner J, Boles J, Williamson J. *Assessing condom use practices: implications for evaluating method and user effectiveness*. Sex Transm Dis 1998; 25 (6): 273-7.
- <sup>109</sup> Crosby RA, Diclemente RJ, Wingood GM, Salazar LF, Rose E, Levine D, et al. *Correlates of condom failure among adolescents males: an exploratory study*. Prev Med 2005; 41 (5-6): 873-76.
- <sup>110</sup> Crosby RA, Sanders SA, Yarber WL, Graham CA, Dodge B. *Condom use errors and problems among college men*. Sex Transm Dis 2002; 29 (9): 552-57.
- <sup>111</sup> Crosby RA, Yarber WL. *Perceived versus actual knowledge about correct condom use among U.S. Adolescents: results from a nacional study*. J Adolesc Health 2001; 28 (5): 415-20.

<sup>112</sup> Hatherall B, Ingham R, Stone N, McEacharan J. *How, not just if, condoms are used: the timing of condom application and removal during vaginal sex among young people in England*. Sex Trans Infect 2007; 83 (1): 68-70.

<sup>113</sup> Ahmed G, Liner EC, Williamson NE, Schellstede WP. *Characteristics of condom use and associated problems: experience in Bangladesh*. Contraception 1990; 42 (5): 523-33.

<sup>114</sup> Crosby R, Yarber WL, Sanders SA, Gram CA, Arno JN. *Slips, breaks and "falls": condom errors and problems reported by men attending an STD clinic*. Int J STD AIDS 2008; 19 (2): 90-3.

<sup>115</sup> Albert AE, Hatcher RA, Graves W. *Condom use and breakage among women in a municipal hospital family planning clinic*. Contraception 1991; 43 (2): 167-76.

<sup>116</sup> Crosby R, Sanders S, Yarber WL, Graham CA. *Condom-use errors and problems. A neglected aspect of studies assessing dcondom effectiveness*. Am J Prev Med 2003; 24 (4): 367-370.

<sup>117</sup> Yarber WL, Graham CA, Sanders SA, Crosby RA. *Correlates of condom breakage and slippage among university undergraduates*. International Journal of STD and AIDS 2004; 15: 467-72.

<sup>118</sup> Crosby R, DiClemente RJ, Holtgrave DR, Wingood CM. *Design, measurement, and analytical considerations for testing hypotheses relative to condom effectiveness against non-viral STIs*. Sex Transm Inf 2002; 78: 228-31.

<sup>119</sup> Crosby R, Salazar LF, Diclemente RJ, Yarber WL, Caliendo AM, Staples-Horne M. *Accounting for failures may improve precision: evidence supporting improved validity of self-reported condom use*. Sex Transm Dis 2005; 32 (8): 513-15.

<sup>120</sup> Retta SM, Herman WA, Rinbaldi JE, Carey RF, Herman BA, Athey TW. *Test method for evaluating the permeability of intact prophylactics to viral-size microspheres under simulated physiological conditions*. Sex Transm Dis 1991; 18 (2): 111-18.

<sup>121</sup> Carey RF, Herman WA, Retta SM, Rinaldi JE, Herman BA, Athey TW. *Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use*. Sex Transm Dis 1992; 19 (4): 230-4.

<sup>122</sup> Abma JC, Martinez, GM, Mosher, WD, Dawson BS. *Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002*. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 2004; 23 (24): 1-48

<sup>123</sup> Pinkerton SD, Abramson PR. *Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission*. Soc Sci Med 1997; 44 (9): 1303-12.

<sup>124</sup> Ahmed S, Lutalo T, Wawer M, Serwadda D, Sewankambo NK, Nalugoda F, et al. *HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: a population study in Rakay, Uganda*. AIDS 2001; 15: 2171-9.

<sup>125</sup> Weller SC. *A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV*. Soc Sci Med 1993; 36: 1635-44.

<sup>126</sup> Davis KR, Weller SC. *The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV*. Fam Plann Perspect 1999; 31 (6): 272-9.

<sup>127</sup> Weller SC, Davis-Beaty K. *Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission*. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2002. Art. No.: CD003255.

- <sup>128</sup> Warner L, Newman DR, Austin HD, Kamb ML, Douglas JM, Malotte CK, et al. *Condom effectiveness for reducing transmission of gonorrhoea and Chlamydia: the importance of assessing partner infection status*. Am J Epidemiol 2004; 159: 242-51.
- <sup>129</sup> Sánchez J, Campos PE, Courtois B, Gutierrez L, Carrillo C, Alarcon J, et al. *Prevention of sexually transmitted disease (STDs) in female sex workers: prospective evaluation of condom promotion and strengthened STD services*. Sex Transm Dis 2003; 30 (4): 273-9.
- <sup>130</sup> McIlhaney JS Jr. *Sexually transmitted infection and teenage sexuality*. Am J Obstet Gynecol 2000; 183 (2): 334-9.
- <sup>131</sup> Trussell J. *Contraceptive failure in the United States*. Contraception 2004; 70 (2): 89-96.
- <sup>132</sup> Parkes A, Wight D, Henderson M, Stephenson J, Strange V. *Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: findings from a secondary analysis of 16-year old girls from the RIPPLE and SHARE studies*. J Adolesc Health 2009; 44 (1): 55-63.
- <sup>133</sup> Weller SC. *A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV*. Soc Sci Med 1993; 36 (12): 1635-44.
- <sup>134</sup> Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. *Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth*. Contraception 2008; 77 (1): 10-21.
- <sup>135</sup> Gayón VE, Hernández OH, Sam SS, Lombardo AE. *Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual*. Ginecol Obstet Mex 2008; 76 (2): 88-96.
- <sup>136</sup> Carnall D. *Condom failure is on the increase*. BMJ 1996; 312 (7038): 1059.
- <sup>137</sup> Weisman CS, Plichta S, Nathanson CA, et al. *Consistency of condom use for disease prevention among adolescent users of oral contraceptives*. Fam Plann Perspect 1991; 23: 71-4.
- <sup>138</sup> Hausser D, Michaud PA. *Does a condom-promoting strategy (the Swiss STOP-AIDS campaign) modify sexual behavior among adolescents?* Pediatrics 1994; 93: 580-5.
- <sup>139</sup> Bankole A, Darroch JE, Singh S. *Determinants of trends in condom use in the United States, 1988-1995*. Fam Plann Perspect 1999; 31: 264-71.
- <sup>140</sup> Ahmed S, Lutalo T, Wawer M, Serwadda D, Sewankambo N, Nalugoda F, et al. *HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: a population study in Rakai, Uganda*. AIDS 2001; 15: 2171-9.
- <sup>141</sup> Kirby D, Laris BA, Roller L. *The impact of sex and HIV education programs on sexual behaviours of youth in developing and developed countries*. Youth Research Working paper Series, No 2, 2005. Family Health International.
- <sup>142</sup> Slaymaker E, Zaba B. *Measurement of condom use a risk factor for HIV infection*. Reprod Health Matters. 2003; 11: 174-184.
- <sup>143</sup> Beitz JM. *Sexual health promotion in adolescents and young adults: primary prevention strategies*. Holist Nurs Pract 1998; 12: 27-37

- <sup>144</sup> Vesely SK, Wyatt VH, Oman RF, Aspy CH, Kegler MC, Rodine S, et al. *The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors.* J Adolesc Health 2004; 34: 356-65.
- <sup>145</sup> Halperin DT, Steiner MJ, Cassell MM, Green EC, Hearst N, Kirby D, et al. *The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV.* Lancet 2004; 364: 1913-14.
- <sup>146</sup> Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases. *Treatment Guidelines 2006.* www.dcd.gov/std/treatment/2006/ref.htm#ref13.
- <sup>147</sup> Potts M, Halperin DT, Kirby D, Widler D, Marseille E, Klausner JD. *Reassessing HIV Prevention.* Science 2008, 320: 749-50.
- <sup>148</sup> Khouzam HR. *Promotion of sexual abstinence: reducing adolescent sexual activity and pregnancies.* South Med J 2005; 88 (7): 709-11.
- <sup>149</sup> Shlay JC, McClung MW, Patnaik JL, Douglas JM. *Comparison of sexually transmitted disease prevalence by reported level of condom use among patients attending an urban sexually transmitted disease clinic.* Sex Transm Dis 2004; 31 (3): 154-60.
- <sup>150</sup> Genuis SJ, Genuis SK. *Adolescent behaviour should be priority.* BMJ 2004; 328: 894.
- <sup>151</sup> Vigil P, Riquelme R, Rivadeneira R, Aranda W. *TeenSTAR: Una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes.* Rev Méd Chile 2005; 133: 1173-82.
- <sup>152</sup> Thomas M. *Abstinence based programs for prevention of adolescent pregnancies.* J Adolesc Health 2000; 26: 5-17.
- <sup>153</sup> Organización Mundial de la Salud. *Reporte Mundial de la Salud 2002.* 2002, capítulo 5: 101-44.
- <sup>154</sup> Organización Mundial de la Salud. *Global Strategy for the prevention and control of sexually transmitted disease: 2006-2015.* Geneva 2007.
- <sup>155</sup> Departamento de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. *Comunicado sobre Planeación Familiar en Salud Reproductiva, 2004.*
- <sup>156</sup> Stephens MB. *Preventive health counseling for adolescents.* Am Fam Physician 2006; 74: 1151-6.
- <sup>157</sup> U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed.* Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, November 2000. Accessed January 3, 2006, at: <http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm>.
- <sup>158</sup> Rosengard C, Adler NE, Millstein SG, Gurvey JE, Ellen JM. *Perceived STD risk, relationship, and health values in adolescents' delaying sexual intercourse with new partners.* Sex Transm Inf 2004; 80: 130-37.
- <sup>159</sup> Rasberry CN, Goodson EP. *Predictors of secondary abstinence in U.S. college undergraduates.* Arch Sex Behav 2009; 38: 74-86.
- <sup>160</sup> Pettifor A, O'Brien K, MacPhail C, Miller WC, Rees H. *Early coital debut and associated HIV risk factors among young women and men in South Africa.* Int Persp Sex Rep Health 2009; 35 (2): 74-82.
- <sup>161</sup> McIlhaney JS Jr. *Sexually transmitted infection and teenage sexuality.* Am J Obstet Gynecol 2000; 183 (2): 334-9.

- <sup>162</sup> Hook EW. *An ounce of prevention*. *Ann Intern Med* 2005; 143: 751-52.
- <sup>163</sup> Cohen MS, Kaleebu P, Coates T. *Prevention of the sexual transmission of HIV-1: preparing for success*. *Journal of the International AIDS Society* 2008; 11: 4
- <sup>164</sup> Royce R; Seña A; Cates W; Cohen M. *Sexual transmission of HIV*. *N Eng J Med* 1997; 336 (15): 1072-8.
- <sup>165</sup> Cohen MS, Hellmann N, Levy JA, DeCock K, Joep Lange J. *The spread, treatment, and prevention of HIV-1: evolution of a global pandemic*. *J. Clin. Invest* 2008; 118: 1244–54.
- <sup>166</sup> Jemmott JB 3ers, Jemmott LS, Fong GT. *Efficacy of a theory-based abstinence-only intervention over 24 months: a randomized controlled trial with young adolescents*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010, 164 (2): 152-9.
- <sup>167</sup> Coyle KK, Kirby DB, Marin BV, Gómez CA, Gregorich SE. *Draw the Line/Respect the Line: a randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors*. *Am J Public Health* 2004; 94: 843–51.
- <sup>168</sup> Aarons SJ, Jenkins RR, Raine TR, El-Khorazaty MN, Woodward KM, Williams RL, et al. *Postponing sexual intercourse among urban junior high school students—a randomized controlled evaluation*. *J Adolesc Health* 2000; 27(4): 236-47.
- <sup>169</sup> Stammers T. *Sexual health in adolescents*. *BMJ* 2007; 334: 103-4.
- <sup>170</sup> Blake SM, Simkin L, Ledsky R, Perkins C, Calabrese JM. *Effects of a parent-child communications intervention on young adolescents' risk for early onset of sexual intercourse*. *Fam Plann Perspec* 2001; 33 (2): 52–61.
- <sup>171</sup> Vigil P, Riquelme R, Rivadeneira R, Aranda W. *TeenSTAR: Una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes*. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 1173-82.
- <sup>172</sup> Hubbard BM, Giese ML, Rainey J. *A replication study of Reducing the risk, a theory-based sexuality curriculum for adolescents*. *J Sch Health* 1998; 68 (6): 243-7.
- <sup>173</sup> O'Donnell L, Stueve A, O'Donnell C, et al. *Long-term reductions in sexual initiation and sexual activity among urban middle schoolers in the Reach for Health service learning program*. *J Adolesc Health*, 2002; 31: 90-100.
- <sup>174</sup> Denny G, Young M. *An evaluation of an abstinence-only sex education curriculum: An 18-month follow up*. *J Sch Health* 2006; 76 (8): 414-22.
- <sup>175</sup> Kirby DB, Laris BA, Roller, LA. *Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world*. *J Adolesc Health* 2007; 40: 206–17.
- <sup>176</sup> UNESCO. *International Technical Guidance on Sexuality Education*. Paris 2009.
- <sup>177</sup> Kirby D, Obasi A, Laris BA. *The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries*. *World Health Organ Tech Rep Ser* 2006; 938: 103-50.
- <sup>178</sup> Shuey DA, Babishangire BB, Omiat S, Bagarukayo H. *Increased sexual abstinence among in-school adolescents as a result of school health education in Soroti district, Uganda*. *Health Education Research* 1999; 14 (3): 411-9.
- <sup>179</sup> Weed SE, Eriksen IH, Lewis A, Grant GE, Wibberly KH. *An abstinence program's impact on cognitive mediators and sexual initiation*. *Am J Health Behav* 2008; 31 (2): 60-73.

- <sup>180</sup> Kim C, Rector RE. *Abstinence Education: Assessing the Evidence*. Heritage Foundation Report #2126. Available at: [Http://www.heritage.org/Research/Welfare/bg2126.cfm](http://www.heritage.org/Research/Welfare/bg2126.cfm).
- <sup>181</sup> Asiiimwe-Okiror G, Opio AA, Musinguzi J, Madraa E, Tembo G, Michel Caraël M. *Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda*. *AIDS* 1997; 11: 1757–63.
- <sup>182</sup> Green EC, Halperin DT, Nantulya V, Hogle JA. *Uganda's HIV prevention success: The role of sexual behavior change and the national response*. *AIDS and Behavior* 2006; 10 (4): 335-46.
- <sup>183</sup> Blum RW. *Uganda AIDS prevention: A,B,C and politics*. *J Adoelsc Health* 2004; 34: 428-32
- <sup>184</sup> Kirby D. *Changes in sexual behaviour leading to the decline in the prevalence of HIV in Uganda: confirmation from multiple sources of evidence*. *Sex Transm Infect* 2008; 84 (Suppl II): ii35–ii41.
- <sup>185</sup> May M. *Commentary: Still dying of ignorance? Human immunodeficiency virus (HIV) prevention strategies revisited*. *Int J Epidem* 2004; 33: 549–50.
- <sup>186</sup> Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. *Sexual behaviour in context: a global perspective*. *Lancet* 2006; 368 (9548): 1706-28.
- <sup>187</sup> Genuis SJ, Genuis SK. *HIV/AIDS prevention in Uganda: why has it worked?* *Postgrad Med J* 2005; 81: 615-17.
- <sup>188</sup> Blum RW. *Uganda AIDS prevention: A,B,C and politics*. *J Adoelsc Health* 2004; 34: 428-32
- <sup>189</sup> Stoneburner RL, Low-Beer D. *Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda*. *Science* 2004; 304: 714–18.
- <sup>190</sup> Alonso A, de Irala J. *Strategies in HIV prevention: the A-B-C approach*. *Lancet* 2004; 364: 1033.
- <sup>191</sup> Organización Mundial de la Salud. “*Informe Mundial del año 2003*”, 2003 Capítulo 5.
- <sup>192</sup> Blum RW. *Uganda AIDS prevention: A,B,C and politics*. *J Adoelsc Health* 2004; 34: 428-32
- <sup>193</sup> Moore DM, Hogg RS. *Trends in antenatal human immunodeficiency virus prevalence in Western Kenya and Eastern Uganda: evidence of differences in health policies?* *Inter J Epidem* 2004; 33: 542–48.
- <sup>194</sup> Dittus P, Miller KS, Kotchick BA, Forehand R. *Why Parents Matter!: The conceptual basis for a community-based HIV prevention program for the parents of African American youth*. *J Child Fam Stud* 2004; 13 (1): 5-20.
- <sup>195</sup> Rupp R, Rosenthal SL. *Parental influences on adolescent sexual behaviors*. *Adolesc Med* 2007; 18: 4670-70. \*
- <sup>196</sup> Lerand SJ, Ireland M, Blum RW. *Individual and environmental impacts on sexual health of Caribbean youth*. *Scientific World Journal* 2006; 22 (6): 707-17.
- <sup>197</sup> Yang H, Stanton B, Li X, Cottrel L, Galbraith J, Kaljee L. *Dynamic association between parental monitoring and communication and adolescent risk involvement among African-American adolescents*. *J Natl Med Assoc* 2007; 99 (5): 517-24.

- <sup>198</sup> Jaccard J, Dittus PJ, Gordon VV. *Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior*. Fam Plan Perspect 1996; 28 (4): 159-65.
- <sup>199</sup> Fortenberry JD, Katz BP, Blythe MJ, Juliar BE, Tu W, Orr DP. *Factors associated with time of day of sexual activity among adolescent women*. J Adolesc Health 2006; 38 (3): 275-81.
- <sup>200</sup> Harris L, Oman RF, Vesely SK, Tolma EL, Aspy CB, Rodine S, Marshall L, Fluhr J. *Associations between youth assets and sexual activity: does adult supervision play a role?* Child Care Health Dev 2007; 33 (4): 448-54.
- <sup>201</sup> Li X, Stanton B, Feigelman S. *Impact of perceived parental monitoring on adolescent risk behavior over 4 years*. J Adolesc Health 2000; 27: 49-56.
- <sup>202</sup> Nagamatsu M, Saito H, Sato T. *Factors associated with gender differences in parent-adolescent relationships that delay first intercourse in Japan*. J School Health 2008; 78 (11): 601-6.
- <sup>203</sup> Romer D, Stanton B, Galbraith J, Feigelman S, Black MM, Li X. *Parental influence on adolescent sexual behavior in high-poverty settings*. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153: 1055-62.
- <sup>204</sup> Rupp R, Rosenthal SL. *Parental influences on adolescent sexual behaviors*. Adolesc Med 2007; 18: 460-70.
- <sup>205</sup> Yang H, Stanton B, Li X, Cottrel L, Galbraith J, Kaljee L. *Dynamic association between parental monitoring and communication and adolescent risk involvement among African-American adolescents*. J Natl Med Assoc 2007; 99 (5): 517-24.
- <sup>206</sup> Dancy BL, Crittenden KS, Ning H. *African-American adolescent girls' initiation of sexual activity: survival analysis*. Womens Health Issues 2010;20 (2): 146-55.
- <sup>207</sup> Cohen DA, Farley TA, Taylor SN, Martin DH, Schuster MA. *When and where do youths have sex? The potential role of adult supervision*. Pediatrics 2002; 110: 66-72.
- <sup>208</sup> Manlove J, Logan C, Moopre KA, Ikramullan E. *Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use*. Perspect Sex Reprod Health 2008; 40 (2):105-17.
- <sup>209</sup> Aspy C, Vesely S, Oman R, Rodine S, Marshall L, McLeroy K. *Parenteral communication and youth sexual behavior*. J Adolescence 2007; 30: 449-66.
- <sup>210</sup> Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. *Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health*. JAMA 1997; 278 (10): 823-32.
- <sup>211</sup> Dilorio C, Kelley M, Hockenberry-Eaton M. *Communication about sexual issues. Mothers, fathers, and friends*. J Adoles Health, 1999, 24: 181-189.
- <sup>212</sup> Atienzo EE, Walker DM, Campero L, Lamadrid-Figueroa H, Gutiérrez JP. *Parent-adolescent communication about sex in Morelos, Mexico: does it impact sexual behaviour?* Eur J Contracept Reprod Health Care 2009; 14 (2): 111-9.
- <sup>213</sup> Kan ML, Cheng YA, Landale NS, McHale SM. *Longitudinal Predictors of Change in Number of Sexual Partners across Adolescence and Early Adulthood*. J Adolesc Health 2010; 46: 25-31.
- <sup>214</sup> Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. *Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youngs aged 13 to 18 years*. J Adols Health 2000; 26: 42-48.

- <sup>215</sup> Raine T, Jenkins R, Aarons S, Woodward K, Fairfax J, El-Khorazaty M, et al. *Sociodemographic correlates of virginity in seventh-grade black and Latino students*. J Adole Health, 1999; 24, 304-12.
- <sup>216</sup> Haglund KA, Fehring RJ. *The association of religiosity, sexual education, and parental factors with risky sexual behaviors among adolescents and young adults*. J Relig Health 2009. 30 junio.
- <sup>217</sup> Belgrave FZ, Van Oss Marin B, Chambers DB. *Cultural, contextual, and intra-personal predictors of risky sexual attitudes among urban African-American girls in early adolescence*. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol 2000; 6 (3): 309-22.
- <sup>218</sup> Blum R, Beuhring T, Shew M, Bearinger L, Sieving R, Resnick M. *The effects of race ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviours*. Am J Public Health 2000; 90: 1879-84.
- <sup>219</sup> Marin BV, Kirby DB, Hudes ES, Coyle KK, Gómez CA. *Boyfriends, girlfriends and teenagers' risk of sexual involvement*. Perspect Sex Reproduc Health 2006; 38 (2): 76-83.
- <sup>220</sup> Rew L, Wong YL. *A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors*. J Adolesc Health 2006; 38 (4): 433-42.
- <sup>221</sup> Hanglund K, Fehring R. *The association of religiosity, sexual education, and parental factors with risky sexual behaviors among adolescents and young adults*. J Relig Health 2009, junio 30.
- <sup>222</sup> Doss JR, Vesely SK, Oman RF, Aspa CB, Tolma E, Rodino S, et al. *A matched case-control study: investigating the relationship between youth assets and sexual intercourse among 13- to 14-year-olds*. Child Care Health Dev 2007; 33 (1): 40-4.
- <sup>223</sup> Haglund KA, Fehring RJ. *The association of religiosity, sexual education, and parental factors with risky sexual behaviors among adolescents and young adults*. J Relig Health 2009. 30 junio.
- <sup>224</sup> Holder DW, Durant RH, Harris TL, Daniei JH, Obeidallah D, Goodman E. *The association between adolescent spirituality and voluntary sexual activity*. J Adolesc Health 2000; 26 (4): 295-302.
- <sup>225</sup> Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. *Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youngs aged 13 to 18 years*. J Adolesc Health 2000; 26: 42-48.
- <sup>226</sup> McCree DH, Wingood GM, DiClemente R, Davies S, Harrington KF. *Religiosity and risky sexual behavior in African-American adolescent females*. J Adoles Health 2003; 33 (1): 2-8.
- <sup>227</sup> Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW. *Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviours: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health*. Soc Science Med 2003; 57: 2049-54.
- <sup>228</sup> Rotosky S, Regnerus M, Wright M. *Coital debut. The role of religiosity and sex attitudes in the add health survey*. J Sex Research 2003; 40: 358-67.
- <sup>229</sup> Zaleski EH, Schiaffino KM. *Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transition to collage*. J Adolesc 2000; 23 (2): 223-27.

- <sup>230</sup> McCree DH, Wingood GM, DiClemente R, Davies S, Harrington KF. *Religiosity and risky sexual behavior in African-American adolescent females*. J Adolesc Health 2003; 33 (1): 2-8.
- <sup>231</sup> Cotton S, Berry D. *Religiosity, spirituality and adolescent sexuality*. Adolesc Med State Art Rev 2007; 18 (3): 471-83.
- <sup>232</sup> Lefkowitz ES, Gillen MM, Shearer CL. *Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood*. J Sex Research 2004; 41 (2): 150-9.
- <sup>233</sup> Manlove JS, Terry-Humen E, Ikramullah EN, Moore KA. *The role of parent religiosity in teens' transitions to sex and contraception*. J Adolesc Health 2006; 39 (4): 578-87.
- <sup>234</sup> Manlove J, Logan C, Moore KA, Ikramullah E. *Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use*. Perspec Sexual Reprod Health 2008; 40 (2): 105-17.
- <sup>235</sup> Poulson RL, Eppler MA, Satterwhite TN, Wuensch KL, Bass LA. *Alcohol consumption, strength of religious beliefs, and risky sexual behavior in college students*. J Am Coll Health 1998; 46 (5): 227-32.
- <sup>236</sup> De Visser RO, Smith AM, Richters, Rissel CE. *Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian adults*. Arch Sex Behav 2007; 36: 33-46.
- <sup>237</sup> Belgrave FZ, Van Oss Marin B, Chambers DB. *Cultural, contextual, and intra-personal predictors of risky sexual attitudes among urban African-American girls in early adolescence*. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol 2000; 6 (3): 309-22.
- <sup>238</sup> Shirazi KK, Morowatisharifabad EM. *Religiosity and determinants of safe sex in Iranian non-medical male students*. J Relig Health 2009; 48: 29-36.
- <sup>239</sup> Halpern CT, Waller MW, Spriggs A, Hallfors DD. *Adolescent predictors of emerging adult sexual patterns*. J Adolesc Health 2006; 39 (6): 926.e1-10.
- <sup>240</sup> Ahrold TK, Farmer M, Trapnell PD, Meston CM. *The relationship among sexual attitudes, sexual fantasy, and religiosity*. Arch Sex Behav 2010. Abril 3.
- <sup>241</sup> Sabia JJ, Rees DI. *The effect of sexual abstinence on females' educational attainment*. Demography 2009; 46 (4): 695-715.
- <sup>242</sup> Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. *Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youngs aged 13 to 18 years*. J Adols Health 2000; 26: 42-48.
- <sup>243</sup> Linh CL, Blum RW. *Premarital sex and condom use among never married youth in Vietnam*. Int J Adolesc Med Health 2009; 21 (3): 299-312.
- <sup>244</sup> Gutierrez JP, Bertozzi SM, Conde-González CJ, Sanchez-Aleman MA. *Risk behaviors of 15-21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas*. BMC Public Health 2006, 6: 49.
- <sup>245</sup> Magadi MA, Agwanda AO. *Determinants of transitions to first sexual intercourse, marriage and pregnancy among female adolescents: evidence from South Nyanza, Kenya*. J Biosoc Sci 2009; 41 (3): 409-27.
- <sup>246</sup> Bennett DL, Bauman A. *Adolescent mental health and risky sexual behavior*. BMJ 2000; 321: 251-52.

- <sup>247</sup> Blum RW, Ireland M. *Reducing risk, increasing protective factors: findings from the Caribbean Youth Health Survey*. *J Adolesc Health* 2004; 35: 493-500.
- <sup>248</sup> Santelli JS, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L, Middlestadt S. *Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: the influence of psychosocial factors*. *J Adolesc Health* 2004; 34 (3): 200-8.
- <sup>249</sup> Teitelman AM, Bohinski JM, Boente BA. *The social contexts of sexual health and sexual risk for urban adolescent girls in the United States*. *Issues Mentl Health Nurs* 2009; 30 (7): 460-69.
- <sup>250</sup> Wallace SA, Miller KS, Forehand R. *Perceived peer norms and sexual intentions among African American preadolescents*. *AIDS Educ Prev* 2008; 20 (4): 360-9.
- <sup>251</sup> Fasula AM, Miller KS. *African-American and Hispanic adolescents' intentions to delay first intercourse: parental communication as a buffer for sexually active peers*. *J Adolesc Health* 2006; 38 (3): 193-200.
- <sup>252</sup> Kinsman S, Romer D, Furstenberg F, Schwarz D. *Early sexual initiations: The role of peer norms*. *Pediatrics* 1998; 102: 1185-92.
- <sup>253</sup> Stammers T. *Doctors should advise adolescents to abstain from sex*. *BMJ* 2000; 321; 1520-2.
- <sup>254</sup> Tenkorang EY, Maticka-Tyndale E. *Factors influencing the timing of first sexual intercourse among young people in Nyanza, Kenya*. *Ins Fam Plan Perspect* 2008; 34 (4): 177-88.
- <sup>255</sup> Kahn JA, Huang B, Austin B, Aweh GN, Colditz GA, Frazier AL. *Development of a scale to measure adolescents' beliefs and attitudes about postponing sexual initiation*. *J Adoelsc Health* 2004; 35 (3): 425.e1– 425.e10
- <sup>256</sup> Rothman EF, Wise LA, Bernstein E, Bernstein J. *The timing of alcohol use and sexual initiation among a sample of Black, Hispanic, and White adolescents*. *J Ethn Subst Abuse* 2009; 8 (2): 129-45.
- <sup>257</sup> Stueve A, O'Donnell LN. *Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths*. *Am J Public Health* 2005; 95: 887-93.
- <sup>258</sup> Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE, Kunkel D, Hunter SB, et al. *Watching Sex on Television Predicts Adolescent Initiation of Sexual Behavior*. *Pediatrics* 2004; 114:e280 –e289.
- <sup>259</sup> Chandra A, Martino C, Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE, et al. *Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a National Longitudinal Survey of Youth*. *Pediatrics* 2008; 122: 1047–54.
- <sup>260</sup> Martino SC, Collins RI, Elliott MN, Strachman A, Kanouse, Sandra H, et al. *Exposure to degrading versus nondegrading music lyrics and sexual behavior among youth*. *Pediatrics* 2006; 118 (2): e430-e441.

# MEDICINA Y ÉTICA

## PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

Formulario de suscripción / Order form:

Nombre/Name: \_\_\_\_\_

Institución/Institution \_\_\_\_\_

Dirección/Address: \_\_\_\_\_

Ciudad-País/City Country: \_\_\_\_\_

Código Postal/Zip Code: \_\_\_\_\_

Teléfono/Telephone: \_\_\_\_\_

Fax/fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico/E-mail: \_\_\_\_\_

### Suscripción/Subscriptions Rates

Suscripción/Subsription	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 México

Banco/Bank: Santander Serfin  
Cuenta a nombre de/Account name: Investigaciones y Estudios Superiores SC  
No Cuenta/Account number: 51-500651312  
No. Referencia: 0000JJ.07835081234186

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

Banco/Bank: Santander Serfin Sucursal 5 18, Módulo Anáhuac  
Cuenta/Account: 51-50063292-6  
CLABI/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 depósito/Send deposit to Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742

Informes:  
FACULTAD DE BIOÉTICA  
Universidad Anáhuac  
Av. Lomas Anáhuac s/n. Col Lomas Anáhuac  
Huisquilucan, 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



**Litho Press**  
DE MEXICO

---

Este libro se terminó de imprimir en julio de 2011,  
en los talleres de Litho Press de México,  
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.  
Tiraje 500 ejemplares